



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA  
CENTRO DE FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTADO E SOCIEDADE**

**ISABELA SALGADO FERNANDES**

**ACESSO FACILITADO PARA A LOUCURA: CONCEPÇÕES SOBRE O  
RACISMO, DETERMINAÇÕES SOCIAIS E SOFRIMENTO PSÍQUICO DE PESSOAS  
NEGRAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE EUNÁPOLIS-BAHIA**

**PORTO SEGURO-BA  
2023**

**ISABELA SALGADO FERNANDES**

**ACESSO FACILITADO PARA A LOUCURA: CONCEPÇÕES SOBRE O  
RACISMO, DETERMINAÇÕES SOCIAIS E SOFRIMENTO PSÍQUICO DE PESSOAS  
NEGRAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE EUNÁPOLIS-BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Estado e Sociedade da  
Universidade Federal do Sul da Bahia, como requisito para conclusão de mestrado.

Linha de pesquisa: Sociedade, Cultura e Ambiente.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Aparecida de Oliveira Lopes

**PORTO SEGURO-BA  
2023**

**Catálogo na Publicação (CIP)**  
**Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)**  
**Sistema de Bibliotecas (SIBI)**

L864a Fernandes, Isabela Salgado, 1985 -  
Acesso facilitado para a loucura: concepções sobre o racismo, determinações sociais e sofrimento psíquico de pessoas negras na atenção psicossocial de Eunápolis-BA. / Isabela Salgado Fernandes. – Porto Seguro, 2023.  
191 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida de Oliveira Lopes  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia. Centro de Formação em Ciências Humanas e Sociais. Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade. Campus Sosígenes Costa.

1. Racismo em Saúde. 2. Determinantes Sociais em Saúde. 3. Atenção Psicossocial. 4. Itinerários Terapêuticos. 5. Saúde Mental. I. Lopes, Maria Aparecida de Oliveira. II. Título.

CDD – 150.82

**Elaborado por Lucas Sousa Carvalho - CRB-5/1883**

# FOLHA DE APROVAÇÃO



**Universidade Federal do Sul Da Bahia – UFSB**  
**Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação – PROPPG Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade (PPGES)**

## Ata de defesa de Mestrado

Aos dias 06 de novembro de 2023 na sala virtual com link de transmissão <https://meet.google.com/emv-ebkw-shv>, reuniram-se as(os) membras(os) da banca examinadora composta pelas(os) docentes Dra. Maria Aparecida de Oliveira Lopes (presidente), Dra. Fernanda Lopes (USP-BAOBA), Dr. Fernando Luiz Zanetti (UEMG) Dr. Rafael Andres Patino Orozco (PPGES-UFSB) e Dra. Ana Carneiro (PPGES-UFSB) para arguirem **Isabela Salgado Fernandes**, na defesa de mestrado cujo trabalho de pesquisa intitula-se : **Acesso facilitado para a loucura: concepções sobre o racismo, determinações sociais e sofrimento psíquico de pessoas negras na atenção psicossocial de Eunápolis-Bahia**. Aberta a sessão pela presidente da banca, coube o candidato, na forma regimental, expor o tema da sua dissertação dentro do tempo regulamentar, sendo em seguida questionado pelas(os) membras(os) da banca examinadora, tendo dado as explicações que foram necessárias.

As(Os) membras(os) da banca consideraram a dissertação:

- ( x ) Aprovado  
( ) Aprovado com modificações  
( ) Não aprovado, devendo ser realizada nova defesa no prazo de \_\_\_ meses.

### Banca Examinadora:

Prof. Dra.  
Maria Aparecida de Oliveira Lopes  
(UFSB/PPGES-presidente)

Membro externo  
Dra. Fernanda Lopes (USP-BAOBA)

Membro externo  
Dr. Fernando Luiz Zanetti (UEMG)

Membro interno  
Dr. Rafael Andres Patino Orozco

Membro interno  
Dr. Ana Carneiro

Mestranda  
Isabela Salgado Fernandes

## AGRADECIMENTOS

Nesse momento final que teimava em não chegar, eu gostaria de agradecer pessoas muito especiais que contribuíram para que eu não desistisse e entregasse essa pesquisa para a sociedade.

Agradeço a Deus, que mesmo com a minha pouca fé, suportou meus momentos de angústia e aliviou meu coração.

Agradeço à Luíza pela alegria que anima as nossas vidas, pela paciência com uma mamãe tantas vezes distraída pelas demandas;

Ao Edilson pela companhia e cuidado com a pequena;

À minha mãe Maria Nilza por toda retaguarda, sem a qual nada disso seria possível;

A meu pai Joel, meu irmão Joel Júnior e a todos os demais familiares, que manifestam o seu amor mesmo à distância.

À Professora Maria Aparecida Lopes por me apresentar intelectuais negros que mudaram a minha compreensão sobre a ciência.

Aos membros da banca, Prof<sup>a</sup>. Fernanda Lopes, Prof<sup>a</sup> Ana Cerqueira, Prof. Fernando Zanetti e Prof. Rafael Patiño que nas suas avaliações, me deram orientações fundamentais;

À Eduarda Motta por me apresentar o programa e a UFSB, desde quando cheguei à região;

Aos trabalhadores da RAPS de Eunápolis que permitiram a minha entrada no campo, mesmo quando eu não conseguia esconder o olhar de agente estadual;

A todas as pessoas que amo e que me amam em tantos lugares desse mundo;

Por fim, agradeço às nove pessoas que contribuíram com suas histórias de vida para esse trabalho com tanta verdade e generosidade.

## EPÍGRAFE

### ISMÁLIA (EMICIDA, 2019)<sup>1</sup>

Com a fé de quem olha do banco a cena  
Do gol que nós mais precisava na trave  
A felicidade do branco é plena  
A pé, trilha em brasa e barranco, que pena  
Se até pra sonhar tem entrave  
A felicidade do branco é plena  
A felicidade do preto é quase  
Olhei no espelho, Ícaro me encarou:  
“Cuidado, não voa tão perto do sol  
Eles num guenta te ver livre, imagina te  
ver rei”  
O abutre quer te ver de algema pra dizer:  
“Ó, num falei?!”  
No fim das conta é tudo Ismália, Ismália  
Quis tocar o céu, mas terminou no chão  
Ela quis ser chamada de morena  
Que isso camufla o abismo entre si e a  
humanidade plena  
A raiva insufla, pensa nesse esquema  
A ideia imunda, tudo inunda  
A dor profunda é que todo mundo é meu  
tema  
Paisinho de bosta, a mídia gosta  
Deixou a falha e quer migalha de quem  
corre com fratura exposta  
Apunhalado pelas costa  
Esquartejado pelo imposto imposta  
E como analgésico nós posta que  
Um dia vai tá nos conforme  
Que um diploma é uma alforria  
Minha cor não é uniforme  
Hashtags #PretoNoTopo, bravo!  
80 tiros te lembram que existe pele alva e  
pele alvo  
Quem disparou usava farda (mais uma vez)  
Quem te acusou nem lá num tava (banda  
de espírito de porco)  
Porque um corpo preto morto é tipo os hit  
das parada:  
Todo mundo vê, mas essa porra não diz  
nada  
Ter pele escura é ser Ismália, Ismália  
Quis tocar o céu, mas terminou no chão

Primeiro cê sequestra eles, rouba eles,  
mente sobre eles  
Nega o deus deles, ofende, separa eles  
Se algum sonho ousa correr, cê pára ele  
E manda eles debater com a bala que vara  
eles, mano  
Infelizmente onde se sente o sol mais  
quente  
O lacre ainda tá presente só no caixão dos  
adolescente  
Quis ser estrela e virou medalha num boçal  
Que coincidentemente tem a cor que matou  
seu ancestral  
Um primeiro salário  
Duas fardas policiais  
Três no banco traseiro  
Da cor dos quatro Racionais  
Cinco vida interrompida  
Moleques de ouro e bronze  
Tiros e tiros e tiros  
O menino levou 111  
É a desunião dos preto junto à visão sagaz  
De quem tem tudo, menos cor, onde a cor  
importa demais  
"Quando Ismália enlouqueceu  
Pôs-se na torre a sonhar  
Viu uma lua no céu  
Viu outra lua no mar  
No sonho em que se perdeu  
Banhou-se toda em luar  
Queria subir ao céu  
Queria descer ao mar  
E num desvario seu  
Na torre, pôs-se a cantar  
Estava perto do céu  
Estava longe do mar  
E, como um anjo  
Pendeu as asas para voar  
Queria a lua do céu  
Queria a lua do mar  
As asas que Deus lhe deu  
Ruflaram de par em par  
Sua alma subiu ao céu  
Seu corpo desceu ao mar”.

<sup>1</sup> Houve supressão de parte do texto do refrão.

## RESUMO

O racismo estrutural sustenta determinantes sociais que fragilizam as condições de saúde mental da população negra. Nessa conjuntura, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS têm se constituído como equipamentos destinados ao acolhimento do sofrimento psíquico grave, ao quais negros seguem como mais expostos. Buscamos compreender como se compõem as trajetórias de usuários negros acompanhados nos CAPS II (adulto) e Álcool e outras Drogas (AD) no município de Eunápolis-Bahia. Para entender esse contexto foram coletadas histórias de vida, realizadas análises de prontuários, e aplicada a técnica de análise temática para organizar os depoimentos. Os resultados apontaram a pujança do mito da democracia racial e suas técnicas de atuação. Assim sendo, os participantes manifestaram certo desconhecimento sobre pertencimento racial, baixa compreensão sobre discriminação, e negação da influência do racismo em suas trajetórias. As violências em suas distintas modalidades apareceram em todos os depoimentos e revelam que esse grupo persiste como o outro a ser eliminado em todos os ciclos de vida, nos componente físico e emocional. Foi possível demonstrar a vigência de duros contextos de vida promotores de sofrimento, com laços sociais fragilizados, pobreza e restrição de direitos, além de uma profusão de barreiras de acesso, de origem geográfica, econômica e da própria estrutura do sistema de saúde. A relação do racismo com o sofrimento psíquico é discutida a partir da visão de psicanalistas negros tais como Neusa Souza, Frantz Fanon, Lélia González e Isildinha Nogueira, como contraponto, apresentamos os argumentos da atenção psicossocial com Maria Lúcia Silva, Denize Ribeiro, Jeane Tavares, Renan Rocha, André Faro, Marcos Pereira e tantos outros. Os itinerários desenvolvidos refletiram a influência interseccional dos determinantes sociais, com consequente compreensão tardia do sofrimento mental, exposição a situações extremas de danos à saúde ou dificuldades de convívio social. O CAPS segue como referência principal de cuidado porém, nas situações de crise, o hospital passa a ser o protagonista da assistência. Quando se considera o campo AD, as comunidades terapêuticas têm tomado espaço dos equipamentos de saúde.

**PALAVRAS-CHAVES:** racismo em saúde; determinantes sociais em saúde; atenção psicossocial; itinerários terapêuticos; saúde mental.

## ABSTRACT

Structural racism sustains social determinants that weaken the mental health conditions of the black population. In this context, the Psychosocial Care Center (CAPS) have been constituted as equipment destined to the reception of severe psychic suffering, to which the black population continues to be more exposed. We seek to understand how the trajectories of black users followed in CAPS II (adults) and Alcohol and other Drugs (AD) in the city of Eunápolis-Bahia are composed. To understand this context, life stories were collected, analysis of medical records was carried out, and the thematic analysis technique was applied to organize and understand the testimonies. The results pointed to the strength of the myth of racial democracy and its performance techniques. Therefore, the participants expressed a certain lack of knowledge about racial belonging, low understanding of discrimination, as well as denying the influence of racism in their trajectories. Violence in its different forms appeared in all the testimonies and reveal that this group persists as the other to be eliminated in all life cycles, in the physical and emotional components. It was possible to demonstrate the existence of harsh life contexts that promote suffering, with weakened social ties, poverty and restriction of rights, in addition to a profusion of access barriers, of geographic, economic origin and the very structure of the health system. The relationship between racism and psychic suffering is discussed from the perspective of black psychoanalysts such as Neusa Souza, Frantz Fanon, Lélia González and IsildinhaNogueira, as a counterpoint, we present the arguments of psychosocial care with Maria Lúcia Silva, Denize Ribeiro, Jeane Tavares , Renan Rocha, André Faro, Marcos Pereira and many others. The itineraries developed reflected the intersectional influence of social determinants, with consequent late understanding of mental suffering, exposure to extreme situations of damage to health or difficulties in social life. CAPS continues to be the main care reference, but in crisis situations, the hospital becomes the protagonist of care. When considering the alcohol and other drugs field, therapeutic communities have taken up space in health facilities.

**KEYWORDS:** racism in health; social determinants of health; psychosocial care; therapeutic itineraries; mental health.



## **LISTA DE SIGLAS**

AD - Álcool e outras drogas

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CADÚNICO - Cadastro Único para Programas Sociais

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CESM - Centro Especializado em Saúde Mental

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

COVID-19 - Infecção pelo vírus Sars-COV2

CT- Comunidades Terapêuticas

DSS - Determinantes Sociais em Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

PTS - Projeto Terapêutico Singular

SPA - Substância Psicoativa

SUS - Sistema Único de Saúde

TR- Técnico de Referência

UBS- Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>21</b>
<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>26</b>
TIPO DE ESTUDO .....	26
TÉCNICA DE COLETA DE DADOS E SUJEITOS DA PESQUISA .....	27
CAMPO DE ESTUDO.....	32
ANÁLISE DOS DADOS .....	38
<b>CAPÍTULO 1: BREVES RELATOS DAS TRAJETÓRIAS DE PESSOAS QUE PARTILHARAM SUAS HISTÓRIAS DE VIDA</b> .....	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO 2: RAÇA, RACISMO E OS FENÔMENOS RACIAIS BRASILEIROS</b> .....	<b>52</b>
2.1 RAÇA E RACISMO: HISTÓRIA, CONCEITOS E COMPREENSÕES DOS PARTICIPANTES .....	52
2.2 RACISMO, BIPODER E AS TECNOLOGIAS DE ELIMINAÇÃO DA POPULAÇÃO NEGRA .....	65
2.3 FENÔMENOS RACIAIS BRASILEIROS: EXPERIÊNCIA DE VIVER NUMA CULTURA DE NEGAÇÃO DO RACISMO.....	80
<b>CAPÍTULO 3: O RACISMO COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE NO SUS</b> .....	<b>88</b>
3.1 O MOVIMENTO NEGRO E A LUTA POLÍTICA PARA CONSTRUÇÃO E SUSTENTAÇÃO DO SUS .....	88
3.2 DETERMINAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE: A PRECARIIDADE DAS CONDIÇÕES BÁSICAS DA VIDA.....	103
3.3 DETERMINAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE: ANÁLISE DAS CONDICIONALIDADES ESTRUTURANTES - CLASSE E GÊNERO.....	110
3.4 DETERMINAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE: OS LAÇOS RELACIONAIS NO TERRITÓRIO COMO PROTEÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVA.....	124
<b>CAPÍTULO 4: RACISMO, ESTIGMA E SOFRIMENTO MENTAL</b> .....	<b>132</b>
4.1 SOFRIMENTO PSÍQUICO DA POPULAÇÃO NEGRA: O LEGADO DA ESCRAVIZAÇÃO E AS ARTICULAÇÕES FAVORECEDORAS DA LOUCURA .....	132
4.2 CONTRIBUIÇÕES DAE PESQUISA NEGRa DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL SOBRE A RELAÇÃO ENTRE O RACISMO E O SOFRIMENTO PSÍQUICO .....	143
4.3 PERCURSOS DE CUIDADO DE PESSOAS NEGRAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A VIVÊNCIA DA SAÚDE, A EXPERIÊNCIA DA ENFERMIDADE E OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS .....	150
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>169</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>176</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>188</b>
<b>APÊNDICE B- ROTEIRO DAS ENTREVISTAS</b> .....	<b>190</b>

## INTRODUÇÃO

O interesse na composição de itinerários terapêuticos foi o disparador inicial dessa investigação e possibilitou um período de convivência e confiança com pessoas, usuárias de serviços de saúde mental do município de Eunápolis, que compartilharam neste estudo suas histórias de vida e trajetórias de cuidado, atravessadas pela experiência do sofrimento psíquico. Dessa forma, a partir do processo de escuta, a intenção de delinear e explicar os percursos que apoiassem gestores da saúde a operar melhores planejamentos, se ampliou para a apresentação de memórias, sentimentos, emoções, vitórias e dissabores da vida real, atravessadas por dinâmicas de raça, classe, gênero, loucura e outras condições que modelaram seus destinos.

Os estudos sobre itinerários de cuidado além de apontar os impulsos individuais, requerem a análise de contextos de vida, especialmente no Brasil, país marcado por profundas desigualdades sociais fundadas e retroalimentadas pela discriminação racial. Deve-se então considerar uma organização social em que o componente raça e especialmente cor, determinam os caminhos que as pessoas percorrem em busca de atender as demandas de suas enfermidades. Como explica Guimarães (1995) ao caracterizar o modelo social brasileiro:

[...] uma cidadania definida de modo amplo e garantida por direitos formais, mas, por outro lado, largamente ignorados, não cumpridos e estruturalmente limitados pela pobreza e pela violência policial cotidiana. É pela restrição fatural da cidadania e através da imposição de distâncias sociais criadas por diferenças enormes de renda, de educação; e pelas desigualdades sociais que separam brancos de negros, ricos de pobres, nordestinos de sulistas, que o racismo se perpetua (GUIMARÃES, 1995, p. 42).

Ao considerar a hipótese de justaposição entre o racismo e o sofrimento psíquico, com essa multicausalidade de circunstâncias danosas, essa pesquisa buscou compreender como se constituem as trajetórias de pessoas negras em busca de cuidados em saúde mental? Envidando esforços para evidenciar os possíveis atravessamentos opressivos que se colocam em suas vivências e os efeitos destas experiências nas construções/elaborações das subjetividades e conseqüentemente na saúde mental, a fim de propor caminhos e possibilidades de ações dentro do sistema de saúde, que permitam reduzir o impacto sangrento da exposição sistemática à discriminação.

Duas classificações amplas como racismo e loucura<sup>2</sup> são categorizações sociais duras e multifacetadas, que aglutinam muitas outras dimensões humanas, influenciando e sendo afetadas por classificações como, classe, gênero, origem, faixa etária, escolaridade dentre outros aspectos, que operam desigualdades sociais. Essa complexidade foi apontada por Lélia González, desde a década de 70, quando destacou o racismo como sofrimento basal, o qual classificava como “neurose cultural brasileira”, porém, alertava para a importância de localizar as diferentes categorias de análise, em especial, aquelas fixadas na mulher negra, que considerava ser acumuladora de tripla discriminação, em virtude da diferença de classe, do racismo, do sexismo que as empurram para o nível mais alto de opressão (GONZÁLEZ, 2020).

Em vista dessa abordagem, pesquisadores sociais, especialmente aqueles dedicados às investigações sobre injustiça, sustentam o uso da ferramenta analítica da interseccionalidade como técnica que permite qualificar a análise das estruturas sociais. Nessa perspectiva,

---

<sup>2</sup> Na renascença a loucura se associava inspiração artística, romântica e intelectual, porém aqueles loucos com comportamentos bizarros eram incluídos em navios para retiros. A partir do século XVI os antigos leprosários passam a compor espaços morais de exclusão e passam a abrigar primeiramente as doenças venéreas e em seguida os problemas gerais da cidade. Foucault cita a criação do hospital e a grande internação dos pobres como fator gerador de estruturas de exclusão, as quais possibilitaram a retirada da mendicância da cidade e o trabalho forçado. A loucura passa então a ser associada à pobreza, incapacidade para o trabalho, dificuldade de integração com o grupo, comportamentos anormais ou destoantes das maneiras habituais de existência. Em dado momento antes da fundação psiquiatria há o desprendimento da razão da loucura. Esse discurso de normalidade então é apropriado pela medicina na classe dos alienistas. A partir do século XIX a loucura se irrompe das demais categorias relacionadas à pobreza e essas pessoas são direcionadas aos asilos terapêuticos, quando é definitivamente assumida no campo da medicina como alienação mental, dando origem à psiquiatria (Foucault, 2019). Na França, alienistas como Phillipe Pinel propõem novas estruturas de atenção à alienação mental, porém mantém a estrutura hierárquica médico-paciente, esse médico propôs técnicas que consideravam a possibilidade de reintegração do louco, ainda que o tratamento incluísse abordagens violentas, trabalho como eixo da cura e isolamento social. Na Itália, Franco Basaglia levanta questionamentos sobre as concepções de loucura promovidas na apartação estruturas assistenciais assim como nos processos de psiquiatrização das existências, além de sublevar o estigma como enfrentamento duplo do sofrimento mental. No Brasil a influência mais expressiva no manejo da loucura iniciou por intervenções religiosas e a partir do século XIX, essas pessoas passaram então a serem encaminhadas às Santas Casas de Misericórdia. A medicina da época questionou essa conduta e iniciou o movimento de institucionalização a partir do hospício, assim surge o Hospício D. Pedro II por decreto imperial. Até a proclamação da república diversas instituições semelhantes se espalharam pelo país. Desde então a medicina capitaneou esse campo, afastando da religiosidade, com propostas ditas humanitárias, a loucura passa a ser classificada como doença mental, com práticas de isolamento, vigilância e trabalho como ferramentas terapêuticas. A crise da psiquiatria surge quando o saber-poder do médico na construção da alienação e da loucura é colocado em discussão. Tal crise fomenta movimentos acadêmicos, sociais e familiares deflagrando o surgimento em diversos países das propostas de reformas psiquiátricas, que denunciaram os hospitais psiquiátricos superlotados, com internações prolongadas, equipes insuficientes e relatos de violências. O modelo CAPS foi proposto para reordenar as práticas de atenção em saúde mental, porém ainda não conseguiu superar o preconceito e estigma vigentes na comunidade (BATISTA, 2014).

Collins e Bilge (2021) argumentam que a interseccionalidade fornece mais explicações e consistência para lidar com os problemas, pois a diferenciação social não acontece na mesma proporção entre as populações de mulheres, crianças, pessoas racializadas, pessoas com deficiência, transexuais, população em situação de rua, dentre outras condições de existência que ordenam as pessoas de forma diferente na composição social.

A partir da análise interseccional das histórias de vida, foram trilhados alguns caminhos guiados por objetivos específicos. Assim, busquei conhecer as trajetórias das pessoas convidadas a participar da pesquisa, origens familiares, contexto da infância, adolescência e vida adulta, investiguei determinantes sociais da saúde que operaram nas vidas dos sujeitos e analisei as compreensões dos participantes sobre o racismo enquanto fenômeno social, percepções sobre a influência do racismo em suas histórias e na ocorrência do sofrimento psíquico. Por fim, exploramos os itinerários terapêuticos desenvolvidos pelos sujeitos, processos de reconhecimento do sofrimento mental, entradas e saídas do sistema de saúde, bem como fatores intervenientes das decisões, ou não, pelo cuidado.

O racismo é um mecanismo de operação de poder que se articula a partir do estabelecimento de gradientes entre as pessoas, sendo que um grupo, detentor de poder, se estabelece enquanto norma, empurrando os demais para as margens da sociedade, desse modo, as pessoas não são diferentes por atributos de nascimento, mas tornam-se por conta da discriminação. Kilomba (2019) desagrega o conceito de racismo ao afirmar que as bases desse processo social se estabelecem a partir da construção da diferença, que opera marcando pessoas como estranhas à norma, neste caso, a branquitude. Essa segregação se sofisticou a partir de uma gradação hierárquica, direcionando a quem foge do padrão, condições como estigma, desonra, inferioridade e outros tantos desqualificadores. A associação do discurso de diferença entre os indivíduos, com o posicionamento de parte do grupo como detentor de poder, fundamenta o preconceito. O preconceito interfere em toda ordem de poder histórico, político, social e econômico, compondo, dessa forma, o racismo.

Esses coletivos sociais são explicados por Barros (2007), quando disserta sobre a composição grupal, para isso ela estabelece que grupais são dimensões intermediárias entre o indivíduo e a sociedade. Nesse sentido explora, a constituição do indivíduo, especialmente a partir da urbanização pós feudal, com conformação das massas e organização das classes. A autora avança na explicação dos diagramas da composição grupal que em suas várias vertentes considerou o grupo como organismo total, como resultado alternativo da soma dos efeitos individuais de seus componentes, ou mesmo o encontro intersubjetivo de mentalidades em torno de um objetivo comum.

Essas grupalidades, diferenciadas no caso da nossa pesquisa a partir da racialização, ultrapassam o conceito de norma e normalidade, associado imediatamente a uma hegemonia quantitativa ou de aproximação por semelhança e nos remete às elaborações subjetivas produzidas em dispositivos, conceito trazido por Foucault (2022) e atualizado também por Deleuze (1988) e Agamben (2005), os quais explicam este termo como um arcabouço de estruturas sociais, proposições políticas, instituições, discursos, normas, leis, que organizam linhas de visibilidade, enunciados, relações de poder e modelamento das subjetividades. A partir das disputas de força entre os sujeitos inseridos nesses dispositivos sociais, a diferença e a hierarquia podem se estabelecer como discursos ordenadores das relações sociais.

A argumentação desses filósofos permite entender como os dispositivos se atualizam através da história, recompondo estruturas, objetos e sujeitos, com consequente produção dos Outros, dos diferentes, divergentes ou mesmo excluídos. Esse modelo teórico sugere os motivos porquanto grupos até mesmo minoritários sustentam hegemônias e hierarquias a partir da pujança de poder em seus dispositivos. Assim sendo, essa abordagem se alia com as compreensões sobre o racismo estrutural brasileiro e explica, por exemplo, como a população negra, mesmo estando em maioria proporcional não superou barreiras que a cercam em condição de inferioridade.

A magnitude dos efeitos do racismo no Brasil reflete o histórico de colonização, cuja economia baseada na escravização, ainda reverbera seus efeitos na vida atual das pessoas. Em vista disso, determinados indivíduos vêm historicamente sobrevivendo a uma existência marcada pelo sofrimento e pela morte, desde a escravização, processo de abolição sem nenhuma reparação e destinação aos piores lugares sociais, gerações e gerações de negros são empurradas para as margens sociais, e por serem negros tornam-se pobres e por serem pobres não têm acesso a direitos básicos de cidadania.

Esse paradigma de justificação direta entre o racismo e destinação às piores posições na estrutura de classe ou associação do racismo à pobreza, é apontado como uma redução da compreensão sobre o impacto e capilaridade da discriminação racial, haja vista que a manutenção, das condições sociais inferiores para os negros, tem sido sustentada também, a partir de um projeto de manutenção de privilégios da brancura com várias interfaces, assim como a propagação de uma autoimagem altamente depreciativa dos negros. Hasenbalg (2022) argumenta que as considerações sobre a exploração ou a superexploração da classe trabalhadora, não conseguem explicar a situação da hierarquia racial, pois ao associá-la unicamente como um êxito da classe detentora do capital, essa vertente tende a minimizar o que existe de característico na discriminação racial.

Essas desigualdades são frequentes em sociedades organizadas a partir da racialização, tal qual a brasileira, nessas localidades, em geral, a cor da pele opera organizando e apartando minorias, com consequentes disparidades no acesso às condições necessárias à plenitude da vida humana (FARO; PEREIRA, 2011). Compreensão semelhante é trazida por Lopes (2005), que exemplifica como o racismo contra negros age dentro da organização econômica, com efeitos em cadeia, visto o excesso populacional de pessoas negras em situação de pobreza, e as condições de danos majorados enfrentados pelas mulheres negras, que afetam o acesso aos bens de consumo, aos papéis e instâncias sociais possíveis, com consequente restrição das possibilidades de decisão e garantias de liberdade.

Frente a esse determinismo social injusto, os movimentos sociais negros reivindicaram políticas de saúde direcionadas à redução das iniquidades e pela facilitação do acesso aos serviços e garantias de insumos da saúde no Sistema Único de Saúde - SUS (DAMASCENO; ZANELLO, 2018). O acesso à saúde, embora não seja unicamente responsável pelo atendimento às necessidades para se alcançar a plena qualidade de vida, contribui para manutenção e restauração do bem-estar, pois está associado diretamente à utilização de serviços, insumos e tecnologias de cuidado. A discussão que faço nesta pesquisa reitera esses incômodos originários, pois o sistema de saúde permanece vulnerável ao processo sistemático de restrição de acesso para populações específicas, que, na realidade, refletem as condições de exposição de grupos marginalizados em diversos setores da sociedade.

Embora as lutas do movimento negro, especialmente de mulheres negras estivessem presentes desde a reforma sanitária brasileira que conformou o SUS, os marcos regulatórios começaram a aparecer principalmente a partir dos anos 2000, com discussões nacionais e internacionais para proposição de ações que atendessem às especificidades de saúde e às iniquidades ocasionadas pelo racismo. Nesse movimento, em 2009, é publicada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN, que marcou historicamente a organização do SUS, quando destacou o racismo e o racismo institucional como determinantes sociais em saúde, revelando que o sistema atua de forma injusta e convocando todos os operadores a implementar medidas de facilitação do acesso da população negra (BRASIL, 2009). Essa portaria alcançou a condição de lei, a partir da sua incorporação ao Estatuto da Igualdade Racial, que manteve as diretrizes da PNSIPN, e incluiu ações específicas para a saúde da população quilombola (BRASIL, 2010).

O entendimento prescrito nos documentos normativos considera o acesso à saúde como direito social universal, em todos os níveis de complexidade do SUS, em condições de igualdade para todo cidadão, livre de preconceitos e privilégios, sendo conduzido

coletivamente por gestores, trabalhadores e usuários, numa organização administrativa de base local (BRASIL, 1990). Entretanto, esta concepção tem aplicação ainda frágil, considerando que no cotidiano do SUS, expressiva quantidade de serviços opera de forma desarticulada, com oferta de cuidados pontuais, descontínua e pouco resolutiva. Nesse modelo, os usuários tendem a caminhar solitários e sem referência de coordenação do cuidado.

Por outro lado, observo que mesmo em locais com oferta de cuidados ampla e variada, com bom sortimento de equipamentos, fluxos, rotinas bem escritas, formalizadas e profissionais com boa capacitação técnica, ainda são exuberantes as diferenças nos perfis de adoecimento e mortalidade para determinados grupos populacionais. Como afirmou Werneck:

[...] as decisões de política e gestão de saúde têm sido tomadas como se os dados não indicassem a ampla disparidade e o tratamento desigual que a sociedade e o Sistema Único de Saúde produzem ou sustentam, com enormes prejuízos para negros e indígenas, principalmente, diferentemente dos brancos (WERNECK, 2016, p.540).

Dessa forma, condições como escolaridade, nível de renda, identidade de gênero, orientação sexual, faixa etária, local de residência para aqueles que as possuem, vão organizar os caminhos que conduzem o indivíduo ao acolhimento oportuno. As estatísticas de saúde da população negra revelam que a determinação racial majora o impacto ocasionado pelos demais condicionantes e ordena os indivíduos num espectro da injustiça no campo da saúde. É o que aponta Ribeiro (2020) quando conclui que o racismo para a população negra é o principal determinante responsável pelas desigualdades.

Os pesquisadores Faro e Pereira (2011) contribuem para essa discussão, ao explicarem a classificação racial como provocador de iniquidades em saúde, ou seja, disparidades na ocorrência de agravos e mortalidade que não são passíveis de aceitação, em virtude da sua desproporcionalidade e injustiça. Salientam que esses desfechos ultrapassam a explicação biológica, pois não é possível associar uma priorização genética que justifique esse perfil de adoecimento, incomodando-nos a buscar explicações que permitam entender as disparidades a partir de uma organização social estipulada pela cor da pele.

Assim sendo, esse estudo se insere em uma discussão sobre o racismo em saúde, como o estudo de McKenzie (2003), o qual revelou que o racismo embora seja criticado pela maioria da população, é um sistema de valores instituído na sociedade, no qual as pessoas são tratadas de forma diferenciada em decorrência de seus fenótipos, registrou a inexistência de vontade política para minimizar o dano ocasionado por esse fenômeno e considerou que a



saúde pública deve estimular o desenvolvimento de políticas que coíbam a ocorrência de racismo.

Cooper *et al.* (2006) reforçam essa afirmação e registram que as disparidades em saúde de origem étnica e racial têm explicações da ordem das interações sociais em detrimento da biologia. Consideram a partir de extensa revisão de pesquisas, que indivíduos de grupos raciais e étnicos minoritários recebem atendimento de menor qualidade. E associam esse gradiente às dificuldades no campo das relações, seja entre clínicos e pacientes, clínico e clínico e clínico e comunidade.

No Brasil, a tradição dos pesquisadores em relações raciais como: David e Vicentin (2020); Faro; Pereira (2011); Faustino (2017); González (2020); Guimarães e Podkameni (2012); Kalckmann *et al.* (2007); Lopes (2005); Nogueira (2020); Prestes; Paiva (2016); Rocha (2017); Silva (2005); Sousa (1983); Werneck (2016) e tantos outros consideram que há presença de racismo na operação de todas as relações sociais, com conseqüente impacto nas condições de saúde física e mental. Nesses trabalhos alguns autores lançam mão de imagens projetadas do racismo enquanto presença nefasta do monstro, fantasma, assombração ou mesmo neurose, ou psicose coletiva, demonstrando a partir da linguagem, como o racismo interpessoal, institucional e internalizado, captura a cultura e propaga condições de autoimagem negativa, geradora de fatura de limites e bloqueios, privações de oportunidades e exposição à violência, compondo dessa forma uma plataforma de vulnerabilidades.

As determinações sociais do sofrimento têm sua gravidade potencializada no campo da saúde mental, em decorrência do baixo número de equipamentos e profissionais especializados e certo grau de resistência de profissionais dos pontos de atenção não especializados, como atenção básica e hospital, em compartilharem a responsabilidade pelo cuidado ao usuário portador de sofrimento psíquico. Frente a estas situações complexas que compõem o entorno das organizações de saúde, deveriam ser ofertadas ao usuário, múltiplas portas de acesso, que permitissem uma atenção acolhedora e resolutiva. Porém, são frequentes os registros de desinformação sobre a rede de serviços disponíveis, restrições relacionadas aos horários de funcionamento e agenda de profissionais, longas distâncias geográficas, ocorrências de filas, unidades cheias e ausência de acessibilidade, assim como outros entraves que desencadeiam fragilidades no acolhimento oportuno, coordenação e responsabilização pelo cuidado. Como recomendou Amarante (2013) sobre a operacionalização da política de saúde mental nos moldes de redes de cuidado, a qual deve conformar-se em uma cadeia de serviços com práticas de encontro, comunicação, desenvolvimento de processos coletivos, com cooperação mútua, diversidade no cuidado e participação plural.

Além disso, é preciso alertar que o cuidado em saúde mental, ainda é atormentado por uma inclinação a modelos hegemônicos instituídos, infiltrados fortemente na prática clínica, revelados através de assistência tutelada, pouco democrática, homogeneizante, voltada para sintomas e pouco resolutiva, considerações reforçadas por Santos (2021), que relatou em seu estudo na atenção psicossocial da Região Norte do Estado da Bahia, a persistência do modelo manicomial como seqüela da diferenciação racial brasileira:

O cuidado em Saúde Mental (SM) ainda é hegemonicamente branco. Quando digo isso, me refiro às clássicas noções da Psiquiatria e Psicologia, operadas a partir de modelos deterministas, naturalizantes, e, sobretudo, racistas, as quais sustentam o cotidiano dos serviços de saúde (SANTOS, 2021, p. 2).

Santos (2021) continua e defende que a discussão sobre determinantes sociais como raça, gênero, classe e sua influência na produção da loucura, conduza os novos caminhos de ação da reforma psiquiátrica brasileira. Esse desafio também mobiliza este trabalho, ou seja, defender e implementar as diretrizes previstas na reforma psiquiátrica, para avançar na oferta de atenção em saúde mental, que ainda não se estabeleceu da forma prescrita, engatinha no processo de universalização, pois enfrenta dificuldades na sua execução, enquanto sofre ataques de toda ordem político-econômica. À revelia de tantos achaques que retardam a sua plena implementação, a RAPS já colheu resultados na defesa do modelo psicossocial, com a redução de leitos psiquiátricos e o aumento do número de serviços substitutivos.

Embora seja frequentemente apontada como marcador do sofrimento psíquico, a relação entre discriminação racial e a ocorrência de transtornos mentais ainda carece de maiores investigações. Para Damasceno e Zanello (2018) a produção de conhecimento em saúde também é influenciada por compreensões racistas e ainda são insuficientes os estudos sobre a ocorrência de transtornos mentais em minorias raciais e étnicas. O pouco desenvolvimento de pesquisas pode ser explicado pela franca disseminação do mito da democracia racial brasileira. Por sua vez, Guimarães e Podkameni (2012), afirmam que o racismo e a privação de direitos oriundos de processos de discriminação são ocorrências frequentes no sistema de saúde brasileiro e necessitam ser profundamente estudados como causa de sofrimento e desenvolvimento de transtornos mentais.

Na maior parte dos estudos levantados observei a associação entre ocorrência de sintomas de sofrimento mental e experiências de discriminação racial na vida dos sujeitos, em sua multiplicidade de apresentações. As origens dessa causalidade são trazidas por diversos campos, tais como a psicanálise, a neurociência, a psicologia social e a antropologia.

Nessa perspectiva, King e Williams (1995) *apud* McKenzie (2003) explicaram como os efeitos do estresse ocasionado pelas vivências de racismo afetam o sistema neuroendócrino e imunológico. A percepção do estresse pode ocorrer de forma aguda pela experiência de sofrer um ato racista e de forma crônica quando se vivencia uma organização social de estrutura racista, com impactos até mesmo na autopercepção.

No Brasil, os autores Faro e Pereira também associaram a vivência do racismo e o incremento do estresse, e consideraram a seguinte explicação:

[...] em virtude da raça, as minorias tendem a ser mais expostas a estressores específicos – tais como os ligados à discriminação, o preconceito e a segregação social –, reforçando a noção de desigualdade na distribuição social do estresse [...] principalmente quando elas se associam a situações de racismo, cujos efeitos deletérios parecem configurá-las como determinantes psicossociais da saúde (FARO; PEREIRA, 2011, p. 276).

Assim como Lopes (2005, p.1597), em estudo que avaliou condições objetivas que provocam disparidades no acesso a ‘bens sociais potencialmente disponíveis’ tais como escolaridade, acesso à educação superior, e indicadores como a ‘desesperança de vida ao nascer’ e condições de habitação. E relacionou os efeitos dessas condições estruturais ao aumento da vulnerabilidade às doenças infecciosas e à violência. Destacou ainda os danos do estresse cotidiano e do descontentamento com o território de residência, na percepção da qualidade de vida e da saúde da população negra.

Na perspectiva da psicanálise, o conflito que se estabelece da experiência de um corpo real e uma imagem idealizada internalizada, pode explicar a origem desse tipo de sofrimento. Nessa direção, Sousa (1983) afirmou que para a conformação da personalidade é preciso que se estabeleça um ideal a partir do qual o indivíduo poderá se projetar. Apoiado nessa imagem é construído o sujeito psíquico, sendo que a organização harmoniosa deste indivíduo se estabelece quando há aproximação entre o eu atual e o ideal de eu.

Acompanha essa compreensão, Costa (1982) quando considerou que a vivência em condições de discriminação racial está associada a uma relação contínua com a violência, que acompanha o duplo processo de busca de um ideal fenotípico branco e a não aceitação do corpo real negro, levando a uma inconsistência entre a estrutura idealizada e o organismo real, que afeta a possibilidade de alcançar a plena felicidade e até mesmo a homeostase psíquica.

A partir da visão psicossocial, Silva (2005) referiu a saúde mental como resultado da interação dinâmica entre fatores individuais e fatores externos ou contextuais. Adicionalmente o alcance desse estado de bem estar está sujeito às interferências de mecanismos de

adaptação, todos atuando conjuntamente na organização da saúde física e mental das pessoas negras, com destaque para os impactos terríveis do racismo institucional. E ressaltou o impacto das condições concretas para existência digna, na manutenção da saúde mental: “Sem medo de errar é possível dizer que, no país, uma grande maioria de brasileiros, em que se inclui um enorme contingente de negros, vive em constante sofrimento mental, devido às precárias condições de subsistência e à falta de perspectivas futuras” (SILVA, 2005, p. 129).

Considerando especialmente a retaguarda teórica construída historicamente por pesquisadoras e pesquisadores negros e brancos antirracistas, a partir de um legado de pesquisa acadêmica relacionada à prática de mobilização social e luta política, esse estudo será apresentado a partir da exposição de quatro capítulos, assim concebidos: O primeiro capítulo apresenta sucintamente os sujeitos participantes dessa pesquisa, decidimos trazer numa apresentação inicial, características gerais e do olhar externo da investigadora, para que as falas exemplificadoras dos demais capítulos, de alguma forma, tomassem impressões humanizadas e permitissem lembrar das existências concretas dos depoentes e das suas lutas.

O segundo capítulo se estrutura a partir da conceituação sobre raça, enquanto fenômeno de natureza ideológica, ou seja, um falseamento da realidade, que opera na organização do imaginário social da diferença entre as pessoas. Apresenta as características do processo de racialização no Brasil, influenciado pela colonização, racismo científico, políticas de embranquecimento populacional, argumentação em prol da mestiçagem, fenômenos que dão sustentação à fantasia da democracia racial brasileira. O racismo é pormenorizado com a sua penetração rizomática na organização social, especialmente no Brasil, que se tornou território para operacionalização da biopolítica, enquanto explicação e da necropolítica com ações de morte física e simbólica da população negra. Nesse aspecto são analisadas as experiências de violências narradas por todos os participantes do estudo.

O terceiro capítulo desenvolve um histórico sobre os processos de organização da PNSIPN no SUS e as disputas para sua implementação e priorização, apresenta os termos que explicam os determinantes sociais em saúde e o impacto das iniquidades em saúde. Em seguida, há investimento em apontar os efeitos do racismo nos estados e estatísticas de saúde da população negra, tão desfavoráveis em relação aos agravos evitáveis e não evitáveis. Os determinantes sociais que foram referidos pelo grupo são apresentados em subcapítulos, bem como as condições contextuais e de proteção a todas essas fontes de sofrimento.

Os segundo e o terceiro capítulos dão base às explicações trazidas no quarto, que avança para a discussão sobre sofrimento mental relacionado à vivência em condições sociais atravessadas pela discriminação, segue-se então um aprofundamento na discussão sobre a

ocorrência de sofrimento humano e vivências de exposição ao racismo. Houve investimento em documentar as contribuições de autores negros sobre essa relação, por esse motivo interpretações baseadas na psicanálise e abordagem psicossocial dão os fundamentos da discussão. Finalmente, avanço na apresentação dos itinerários terapêuticos dos sujeitos, que demonstraram o acesso tardio ao cuidado, baixa compreensão sobre o próprio estado de saúde, centralização do cuidado nos CAPS e hospitais, os quais continuam como protagonistas no manejo das crises, além disso, no campo AD, as comunidades terapêuticas têm sido utilizadas como alternativa, sobretudo para situações de proteção da violência urbana e continência de crises.

## JUSTIFICATIVA

A motivação para essa pesquisa surgiu da minha vivência profissional como enfermeira, trabalhadora do SUS há dezesseis anos, atualmente cumprindo a função de Apoiadora Regional da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, cujas atribuições incluem a implementação do componente estadual da atenção à saúde, especialmente no monitoramento da aplicação das políticas públicas, cumprimento das ofertas prescritas, avaliação da qualidade do cuidado, bem como das metas planejadas nos instrumentos de gestão. Todas essas atividades se processam, a partir da função de apoio, que se operacionaliza com o suporte técnico-científico, supervisão de serviços, emissão de relatórios às demais instâncias federativas, articulações dos diferentes atores da gestão e da atenção no território. Ainda me comprometo com o movimento inverso, com o repasse da comunicação entre o Ministério da Saúde e níveis mais centralizados do Estado com os municípios, seus secretários de saúde, coordenações, apoiadores municipais, lideranças comunitárias, membros do controle social e demais usuários dos serviços de saúde.

Esse processo de trabalho ocorre essencialmente no campo da negociação, através do diálogo e da escuta de sujeitos que operam as redes de atenção à saúde nas diversas áreas de cuidado, para planejamento conjunto de ações, que inclui o monitoramento da RAPS regional. Então, sempre me incomodou o fato de frequentemente quando se categorizava raça, ou se discutia a determinação racial da saúde, esse tema tenha sido rechaçado com explicações homogeneizantes e superficiais de que não há influência da questão racial nas ocorrências de sofrimento físico, psíquico, adoecimento e morte.

Além disso, o cenário regional tem se apresentado resistente à discussão das políticas de saúde para promoção da equidade, como as ações para saúde da população negra, população prisional, população LGBTQIA+, população do campo, da floresta, quilombolas, ciganos, imigrantes, etc. Sendo evidenciadas poucas atividades para população em situação de rua e um planejamento para a saúde indígena, desenvolvido de forma isolada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena, a partir do Polo Base de Saúde Indígena de Porto Seguro.

Compreendo que a ausência ou incipiência de políticas de saúde voltadas para a reparação da saúde negada a grupos populacionais eminentemente negros, representa prática de exclusão impregnada nos planejamentos em saúde da gestão federal, estadual e municipais, visto a evidente ausência de incentivos políticos e financeiros estruturantes para a execução de ações específicas. Em nível municipal é que se demonstra a magnitude desse vazio, pois de

fato, é nessa instância federativa que se desenvolve quase a totalidade da atenção, sendo inequívoca a invisibilidade de grupos populacionais com maior vulnerabilidade à saúde, evidenciadas por estatísticas de sofrimento, adoecimento e mortes mais frequentes.

As ações de saúde em geral estão pautadas pelos ciclos de vida, ou seja, o componente faixa etária organiza as devidas separações em: crianças e adolescentes, mulheres, idosos e em menor escala a saúde do homem. De outra forma, observa-se a divisão programática por oferta assistencial ou agravo, como pré-natal, vacinação e programa de hipertensão e diabetes. A crítica que faço sobre esses documentos, genericamente chamados de instrumentos de gestão é a ausência de priorização de ações que considerem as determinações sociais em saúde, além do uso de indicadores homogeneizantes, que incluem no mesmo denominador pessoas de diferentes classes sociais, raça e identidade de gênero, em descritores do tipo mulheres em idade fértil, recém-nascidos, lactentes, adolescentes e jovens, adultos e idosos, categorias amplas e altamente heterogêneas.

Da mesma forma, no campo da saúde mental, a ausência de discussão sobre o racismo e o racismo em saúde ainda é incrementado pelo pouco investimento no planejamento em saúde enquanto orientador da gestão e da atenção. Tem sido pouco frequente a discussão sobre programação anual de saúde e indicadores assistenciais na organização do processo de trabalho. De certa forma, observo que a clínica do CAPS ainda é desenvolvida como um fazer reativo, a partir daquilo “que aparece”, isso fica evidente nas ações de supervisão, quando são solicitados os planos de trabalho do CAPS, ou mesmo as ofertas de ações de cada trabalhador. Em geral, os únicos dados que são registrados permitem quantificar a produção de procedimentos, mesmo esses de forma precária, pois os sistemas atuais são de difícil acompanhamento, e apresentam apenas uma descrição quantitativa de ações realizadas, ou seja, no modelo de organização administrativa atual os dados de determinação social da saúde mental são pouco acessíveis e fortalecem a manutenção do racismo institucional.

Essa indisposição administrativa que observo em nossa região, reflete a infiltração do racismo nas estruturas do sistema de saúde, que se manifesta nas posturas das equipes, com questionamento das estatísticas oficiais sobre o adoecimento e mortalidade da população negra, insistente justificativa na associação da vulnerabilidade às pessoas em decorrência apenas da situação de classe, ausência de responsáveis técnicos nas instâncias de gestão pela implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), assim como a falta de um planejamento ou análise da situação de saúde desse grupo. Para Nascimento (2016), o discurso que desloca o componente social do racial, é uma discussão rasa e enganosa, visto que no Brasil, o componente racial define as posições sociais. Por sua

vez, Santos (2019) argumenta sobre esse processo de silenciamento e camuflagem do racismo e conceitua o “racismo à brasileira”, afirmando a existência de um racismo, sem racistas, onde as experiências de discriminação vivenciadas pelos negros desde a infância não têm autoria ou reconhecimento.

Ou como melhor descreve Guimarães:

Assim é o racismo brasileiro: sem cara. Travestido em roupas ilustradas, universalistas, tratando-se a si mesmo como antirracismo, e negando, como antinacional, a presença integral do afro-brasileiro ou do índio-brasileiro. Para este racismo, o racismo é aquele que separa, não o que nega a humanidade de outrem; desse modo, racismo, para ele, é o racismo de vizinho (americano) (GUIMARÃES, 2009, p.60).

Em experiência parecida, a partir da discussão com grupos sindicais, Bento (2014b) afirmou a impressão da existência de racismo projetada para fora “lá na sociedade” e não relacionado a algo particular ou da instituição em que se trabalha. Ela aponta o surgimento de questionamentos que objetivam enfraquecer o debate como, por exemplo, pôr em dúvida as estatísticas oficiais, ou mesmo minorar os efeitos do racismo valendo-se da linguagem verbal, com expressões do tipo: ‘é, mas os próprios negros se discriminam’ e ‘os negros não assumem sua identidade, etc.’ (BENTO, 2014b, p. 148).

Para essa autora a negação do racismo relaciona-se à resistência em reconhecer o desinteresse no enfrentamento dessa realidade, seja porque não queremos admitir que cometemos determinadas ações, seja porque ainda persistem benefícios difíceis de serem revelados publicamente ou ainda porque admitir a existência do racismo provoque a necessidade de implementar mudanças.

Essas experiências profissionais me levaram a refletir sobre os processos de cuidado desenvolvidos por essas instituições, tanto no âmbito da gestão, quanto da atenção, visto que os profissionais, com frequência, assumem posturas de negação do racismo e são frequentes contestadores da discriminação racial vivenciada pelos usuários dos serviços de saúde. Em especial, no campo da saúde mental essa investigação se sobressai, em virtude do histórico brasileiro, prévio à reforma psiquiátrica, de apartamento total das pessoas com transtorno mental da convivência social, para isolamento em manicômios, marcadamente designados para pessoas negras em sofrimento psíquico. Além disso, essas instituições se notabilizaram por etiquetar como loucura a existência de grupos populacionais historicamente marginalizados.

Desse modo, esse trabalho é marcado pelo desejo de contribuição para a justiça na organização do cuidado em saúde mental no SUS, a partir da sublevação do impacto do



racismo nos caminhos dos indivíduos em busca de cuidado, provendo informações para o desenvolvimento de políticas e ações que visem eliminar as disparidades vigentes e reorganizar as práticas para promoção da equidade. Ao longo da análise dessa pesquisa diversos sentimentos se externaram, tais como tristeza, revolta, ressentimento, oriundos do processo inevitável do trânsito de imagens e menções à época da escravidão autorizada. Essa sensação não apareceu como uma metáfora, mas como processos existenciais concretos de vida precária e convivência com a violência cotidiana. Também eu fui tomada pelo sentimento de tristeza, frustração e mesmo cumplicidade com o desfecho em saúde das pessoas que narraram as histórias para mim, especialmente quando aquilo que é tão assustador, passa a se repetir e repetir, como se fosse tudo arquitetado, numa metodologia bem operacionalizada de privação, humilhação, estigmatização, sofrimento e morte, promovidos conjuntamente por um sistema público de saúde, do qual também sou operadora.

Sendo assim, entendo que os resultados desse estudo devem servir como mecanismo de denúncia, a fim de alertar para a necessidade de extirpação do racismo das práticas de saúde, pois considero que temos analisado esse componente como mais um determinante social e dessa forma, fator de contribuição para o sofrimento, quando, na verdade, tal fenômeno, por sua magnitude e recorrência, devesse ser considerado por si, o próprio promotor da loucura, tal qual todas as suas outras produções, como a favelização, o desemprego e o subemprego, o aprisionamento em níveis recordes, os homicídios em massa da juventude negra, a profusão de comunidades terapêuticas, etc.

Ante o exposto, percebo que as ações desenvolvidas na atualidade para operacionalização da PNSIPN, como campanhas educativas, notificações e orientações às equipes de gestão, são insuficientes para que ela se efetive completamente, continuamos a aplicá-la com ações embrionárias, de baixo impacto, autolimitadas e rarefeitas, convocando-nos a revisar os nossos processos de trabalho e a própria PNSIPN, com plano de ações de cuidado específico, direcionamento de temas, priorização dos extratos populacionais, metas, prazos e previsão financeira bem definida, além de incluir os órgãos de controle social e demais mecanismos de fiscalização institucional, de forma intersetorial, especialmente no âmbito da justiça, para investigar e punir as ocorrências de racismo, com destaque para o racismo institucional.

Certamente esse processo será árduo, fosse fácil a política implantada há catorze anos já teria se efetivado, em nosso favor, percebo que o momento é oportuno para repensarmos estratégias de implementação da PNSIPN, haja vista os avanços na última década, com mais produções e comunicações científicas sobre o racismo em saúde. Sobre os desafios no

enfrentamento ao racismo no Brasil, Guimarães discorreu sobre o processo sistemático de reprodução do racismo na sociedade e propôs como estratégia a discussão coletiva e a visibilidade das informações:

O desafio mais crítico para aqueles que lutam contra o racismo no Brasil está justamente em convencer a opinião pública do caráter sistemático e não casual dessas desigualdades; mostrar a sua reprodução cotidiana através de empresas públicas e privadas, através de instituições da ordem pública (como a polícia e os sistemas judiciário e correcional); através das instituições educacionais e de saúde pública. Só assim pode-se esperar levantar o véu centenário que encobre as dicotomias elite/povo, branco/ negro na sociedade brasileira (GUIMARÃES, 1995, p.43).

## METODOLOGIA

### TIPO DE ESTUDO

Para atender as intenções desta pesquisa, segui uma abordagem qualitativa de cunho exploratório, na qual busquei avaliar conceitos e significados através de interpretação sensível e crítica, que, portanto, não poderiam ser mensurados por verificações matemáticas. Escutar as histórias de vida, e reconhecer determinações sociais em contextos tão complexos, implicou num movimento inquieto e incomodado de busca de informações pouco explícitas, conhecimentos de códigos, nuances, tonalidades, num processo de interpretação marcado por idas e vindas, bem como aprofundamento de alguns temas, que só se tornaram possíveis com essa abordagem. Como afirmam Dalle *et al.* (2005), a pesquisa qualitativa possibilita a inserção do pesquisador no ambiente onde o estudo se desenvolve, interagindo e sendo influenciado pelo contexto, mesmo que de forma não intencional.

Essa possibilidade de interação entre pesquisador e pesquisado é valorizada por Deslandes (2016), quando realça o potencial das falas na revelação das situações da vida, compreensão dos valores e das crenças, assim como a possibilidade de trazer informações individuais que podem se apresentar como representações do coletivo dentro de condições históricas, socioeconômicas e culturais semelhantes. Em adição, Dalle *et al.* (2005) afirmam que a pesquisa qualitativa se debruça sobre temas sensíveis à vida cotidiana e de complexa compreensão, como identidade e estigma.

Na visão de Minayo (2016) as ciências sociais possuem instrumentos de averiguação que permitem a aproximação com a profundidade da existência dos seres humanos, a partir da interpretação de processos sociais subjetivos, estruturas, dinâmicas e análises simbólicas. O campo da saúde mental, talvez seja dentro da área da saúde aquele que consegue aglutinar os saberes, tecnologias e cuidados múltiplos, oriundos da interlocução entre as ciências da saúde e as ciências sociais, numa modelagem simbiótica, onde não é possível conceber as explicações e manifestações no corpo sem relacioná-las às demais dimensões das vidas dos seres sociais que existem e estão sujeitos a uma realidade cotidiana, na maioria das vezes, bastante turbulenta.

Por sua vez, a pesquisa exploratória proporciona uma nova visão sobre o fenômeno em análise. Os estudos desta natureza possuem paradigma construtivista, com extensa e profunda abordagem epistemológica para as justificações de seus achados, além disso, investe

no exercício da abstração (DALLE *et al.*, 2005). Sendo assim, a abordagem definida para o desenvolvimento deste estudo se aproxima das práticas e tecnologias do cuidado na atenção psicossocial, que propõe a valorização da palavra do indivíduo, a escuta horizontalizada e democrática, o acolhimento singular e compreensivo, considerando toda a trajetória, a análise de contextos de vida, a interação responsável e afetiva entre os participantes de um diálogo.

## TÉCNICA DE COLETA DE DADOS E SUJEITOS DA PESQUISA

Por tratar de questões de cunho subjetivo, revelado através da valorização das falas e interpretações dos sujeitos que vivem o duplo atravessamento do sofrimento psíquico e condição de ser negro, nesse processo de percorrer uma trajetória em busca de cuidado, optei nesta pesquisa por desenvolver o método de história oral, a partir da técnica de histórias de vida, alcançadas por meio de entrevistas com usuários de serviços de saúde mental.

Essa decisão foi fortalecida ao longo do processo de coleta e análise de dados, quando ficou evidente que as compreensões sobre a discriminação racial estiveram marcadas por uma avaliação ingênua ou inócua, sobre a inexistência, a superação e a desvalorização das experiências de discriminação racial, seja por ataques diretos e/ou indiretos. Dessa forma, a análise isolada das opiniões sobre o racismo, tanto dos usuários como dos próprios trabalhadores, não permitiriam delinear a capilaridade, a astúcia e robustez da discriminação racial nas trajetórias das pessoas que contribuíram para esse estudo.

Para Souza, Marinho e Melo (2012), igualdade e desigualdades são terminologias essenciais para pensar cuidado em saúde. Todavia, mensurar as desigualdades é um processo complexo, que requer o escrutínio dos dados, mesmo dos sistemas oficiais considerados válidos e confiáveis. Para isso o pesquisador tem que lançar mão de procedimentos metodológicos refinados, que apoiem a apuração dos diferentes fatores que afetam a saúde humana, com o objetivo de organizar o enfrentamento adequado.

Considerando a magnitude desse desafio, decidi pelo método da história oral, o qual é explicado por Gonçalves e Lisboa (2007) como detentor de algumas técnicas de entrevista, entre estas, as histórias de vida são direcionadas especialmente a ressoar a voz dos invisíveis, por meio da valorização da individualidade do seu relato, traçando e conservando uma memória. Por sua vez, Alberti (2013) considera que a adesão a esse método fornece as condições para o conhecimento de fatos históricos, percurso das instituições e grupos sociais,

atuação de movimentos, dentre outros acontecimentos, a partir dos relatos daqueles que participaram ou mesmo protagonizaram.

Nessa direção, Queiroz conceitua a técnica de histórias de vida:

A história de vida, por sua vez, se define como o relato de um narrador sobre sua existência através do tempo, tentando reconstituir os acontecimentos que vivenciou e transmitir a experiência que adquiriu [...], através dela se delinea as relações com os membros do seu grupo, de sua profissão, de sua camada social, de sua sociedade global (QUEIROZ, 2008, p. 43).

Para Becker (1993) a história de vida é desenvolvida a partir de narrativas em primeira pessoa, no qual se delinea um relato da experiência com riqueza de detalhes, inclusive a interpretação desses fatos, além de enaltecer o discurso de sujeitos pouco valorizados habitualmente. O pesquisador direciona os temas, solicita esclarecimentos quando necessário, e coteja o conteúdo com os demais registros disponíveis, oriundos de outros testemunhos e documentos. Corroborando esse autor, Queiroz (2008) afirma que as histórias de vida devem ser complementadas por materiais oriundos de outras técnicas, para que possam favorecer o desenvolvimento das inferências.

Em relação à escolha dos informantes, Queiroz (2008) assinala que para apreender a realidade é importante que o pesquisador conte com mais de um informante, preferencialmente da comunidade original, além disso, pessoas nas quais a vida e as atitudes contemplem os problemas sugeridos na elaboração da pesquisa. Frente a essas exigências, houve necessidade de um investimento rigoroso na seleção dos participantes, que foi articulada através do contato com os profissionais dos serviços de saúde mental.

Dessa forma, a figura do técnico ou terapeuta de referência (TR) se revelou como apoio imprescindível para a seleção dos sujeitos do estudo. O TR, em geral, se trata daquele profissional que primeiro acolheu e que estabelece vínculo mais forte com o usuário do CAPS, tem a responsabilidade de junto ao usuário elaborar, monitorar e avaliar o projeto terapêutico singular (PTS), além de acessar, conhecer e se aproximar dos familiares com maior regularidade (BRASIL, 2004).

A relação usuário-técnico de referência foi o caminho para pensar quais pessoas poderiam ofertar depoimentos que respondessem ao problema de pesquisa. Para explorar este conhecimento, proveniente das memórias desses trabalhadores, foi desenvolvido o seguinte procedimento: a pesquisadora realizou uma atividade de aproximação com o grupo na reunião semanal, que constou da apresentação da pesquisa e uma roda de conversa sobre racismo em saúde e saúde mental da população negra. Ao final, solicitei que respondessem um

questionário onde deveriam incluir nomes de pessoas, usuários do serviço, nos quais perceberam a vigência da discriminação racial em seus percursos de vida.

Esse desenho se aproxima da técnica de entrevista de grupos focais, que na visão de Boni e Quaresma (2005) é uma modalidade que estimula os participantes a interagirem e argumentarem sobre determinado tema, de forma coletiva. A moderação foi realizada pela pesquisadora e incluía contextualização histórica, normativas do SUS, análise da implementação da PNSIPN na região, seguida pela discussão grupal e compartilhamento de experiências de trabalho, vivências pessoais e sugestões de participantes para a pesquisa.

Neste momento com o grupo de trabalhadores houve representação das seguintes categorias profissionais: psicólogo, enfermeiro, farmacêutico, diretor, técnico de enfermagem e auxiliar de serviços gerais. A discussão mais vigorosa aconteceu no CAPS AD, na qual os participantes, especialmente aqueles pardos e pretos se reconheceram na apresentação de dados e exemplos de práticas de discriminação, tanto pessoais quanto relacionadas ao trabalho. Os participantes apontaram a alta frequência de usuários negros no CAPS e recordaram apenas de dois usuários brancos, de classe econômica mais favorecida, que requisitavam exclusivamente o atendimento médico e recusavam as demais atividades coletivas.

Ainda neste encontro houve questionamento sobre a origem africana de todos os brasileiros pela gerente que é uma mulher branca, observei que o profissional farmacêutico, também um homem branco não participou em nenhum momento da roda de conversa. No CAPS II a discussão foi mais centralizada na apresentação da pesquisa e houve dúvidas sobre pertencimento racial e outros conceitos, neste encontro também o educador físico que é um homem branco informou que não poderia indicar participantes, em virtude ser recém chegado na cidade. O silêncio e o distanciamento manifestado por profissionais não negros sobre temas como raça, racismo, em especial dentro do sistema de saúde, indicam a negação dessa demanda problemática pela sociedade em geral ou mesmo o julgamento que se trata de questão a ser enfrentada apenas pelos sujeitos que sofrem os efeitos da exclusão.

A partir do contato com as pessoas mais citadas pelos profissionais, percebi que os trabalhadores buscaram incluir sujeitos que já haviam manifestado ocorrência ou reagido a processos de discriminação diversos, além disso, entendi que os profissionais em geral, tendem a indicar usuários com trajetórias de cuidado mais exitosas e com longos períodos de acompanhamento no serviço. Ao final, considerando o planejamento da pesquisa e as decisões dos profissionais de saúde, os critérios de inclusão dos participantes foram assim delimitados: homens e mulheres adultos, negros, usuários de serviços de saúde mental especializado

(CAPS), vinculado e indicado por técnico de referência para participação no estudo, com matrícula de pelo menos um ano no serviço e com esquema vacinal completo contra a Covid-19<sup>3</sup>. Como critérios de exclusão foram considerados aqueles participantes que no momento dos registros das falas estivessem em situações de crise de sofrimento mental e/ou condição clínica orgânica que impedissem a decisão pela participação ou que limitassem a narração da história de vida.

Neste estudo, foram coletadas nove histórias de vida de indivíduos negros, usuários de CAPS II e CAPS AD de Eunápolis. Os relatos foram narrados com intervenção mínima da pesquisadora, inicialmente houve apresentação mútua, acomodação para exposição e escuta, e explicação sobre o estudo. Em seguida, solicitei a cada entrevistado que relatasse livremente sobre sua trajetória, fazendo menção para que iniciasse o registro pela sua primeira memória de infância. Em seguida, fiz apontamentos genéricos para organizar a condução da narrativa, para isso recorri a um roteiro de entrevista que pormenorizava as dimensões da vida que seriam investigadas, tais como: contexto de vida, infância, adolescência e adultez, histórico do ambiente familiar, percurso para identificação do transtorno mental, acesso e acolhimento nos serviços de saúde, participação e cuidado de outros setores, dentre outros marcadores das histórias pessoais, como formação escolar, trabalho, arranjos familiares, etc. Por fim, houve um aprofundamento sobre a trajetória em busca de cuidado, com um investimento maior na análise minuciosa do percurso até a chegada ao serviço especializado, impressões dos sujeitos sobre o racismo enquanto fenômeno social e influência na própria trajetória, além disso, houve cotejamento de documentos existentes, como prontuários e fotos.

O mesmo movimento foi feito para análise dos prontuários, nos quais busquei informações do histórico familiar, as impressões dos profissionais sobre as trajetórias dos indivíduos, registros do exame do estado mental, informações sobre as posturas dentro do serviço nas atividades individuais e coletivas, registros de ausências, investimentos nas buscas ativas, impressões sobre os retornos ao serviço, relatos de familiares, aplicações dos profissionais na reabilitação psicossocial, dados sobre crises, urgências e necessidade de cuidado hospitalar. Foram registros extensos dos dados, sendo que apenas suprimi as anotações sobre prescrição médica de medicamentos, pois são informações que se repetem de tempos em tempos, sem modificação grandiosa.

---

<sup>3</sup>No período da coleta de dados vigorava no Estado da Bahia o Decreto governamental nº 21.247 de 18/03/2022 com obrigatoriedade de comprovação de ciclo vacinal contra a Covid-19 para acesso a diversos ambientes incluindo os serviços de saúde.

Os sujeitos deste estudo, em sua maioria, são nascidos na região Extremo Sul da Bahia, em zona rural, a partir de partos domiciliares, realizados por parteiras. Em geral, os participantes pertenciam a famílias numerosas, e seus genitores trabalhavam principalmente como lavradores, trabalhadores da construção civil, empregadas domésticas e donas de casa, conforme se registra na tabela abaixo:

Identificação na pesquisa <sup>4</sup>	Idade	Gênero	Local de Nascimento	Número de irmãos	Ocupação do pai	Ocupação da mãe
Sílvia	48	Masculino	Sede-domicílio	07	Carpinteiro	Empregada doméstica
Luiz	56	Masculino	Sede-hospital	04	Comerciante	Dentista
Deivison	61	Masculino	Zona rural	11	Lavrador	Dona de casa
Emiliano	36	Masculino	Zona rural	02	Lavrador	Lavradora
Paulo	50	Masculino	Zona rural	08	Trabalhador rural	Trabalhadora rural
Renan	49	Masculino	Sede	13	Serralheiro	Dona de casa
Christian	37	Masculino	Zona rural	10	Trabalhador rural	Trabalhadora rural
Maria	52	Feminino	Sede-domicílio	20	Pedreiro	Vendedora de acarajé
Lúcia	56	Feminino	Zona rural	15	Serralheiro	Dona de casa

Em seu estudo com trajetórias de mulheres negras residentes em Salvador, Pacheco (2013) encontrou informações semelhantes em relação às condições familiares, nessa pesquisa a maior parte das famílias era oriunda da zona rural da região metropolitana, empobrecidas, os genitores trabalhavam em funções de exigência corporal, como a lida da roça e a construção civil, enquanto toda linhagem materna, que incluíam as entrevistadas,

<sup>4</sup>Os nomes foram alterados para evitar a identificação dos participantes.



mães, irmãs, tias e avós, também atuavam na lavoura, mas destacadamente tinham o trabalho doméstico como principal modalidade de entrada no mercado.

## CAMPO DE ESTUDO

O campo de estudo foram os Centros de Atenção Psicossocial, do município de Eunápolis, que pertence à região Extremo Sul da Bahia, território de identidade Costa do Descobrimento. As estatísticas demográficas disponíveis através do Censo 2022 revelaram que o Estado da Bahia possui população de 14.141.626 habitantes e o município de Eunápolis consta de 113.710 pessoas (BRASIL, IBGE, 2023a). Enquanto a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Trimestral apresenta a seguinte composição racial da população do Estado: 56,9% de pardos e 23,9% de pretos, que correspondem a um percentual de 80,8% de pessoas negras, com incremento de 2% em relação ao censo de 2010 (BRASIL, IBGE, 2023b).

Os dados do portal transparência Bahia, que mantém as informações do censo de 2010, nos apresentam a seguinte composição racial do município de Eunápolis, com uma proporção de 26,7% de brancos, 59,3% de pardos, 12,2% de pretos e 0,9% indígenas (BAHIA, 2022). Em relação às condições econômicas, os dados do CadÚnico, que incluem as pessoas que possuem baixa renda do município, revelaram o acompanhamento de 35.939 famílias ou 76.564 pessoas, destas 59% vivem com rendimento abaixo do estipulado no limite da pobreza<sup>5</sup>. (BRASIL, 2023a).

O vilarejo de Eunápolis foi emancipado em 1988 a partir da Lei estadual nº 4770/88. Se localiza na confluência da BR 101 e BR 367. A economia circula nos setores madeireiro extrativista, comércio e serviços. Possui área territorial de 1.425.970 Km<sup>2</sup>. A taxa de ocupação de posições de trabalho formal em 2019 foi de 20,8% e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) constou de 0,677 em 2010, sendo considerado médio (IBGE, 2021).

A Rede de Atenção Psicossocial do município conta com trinta e três unidades de atenção básica, um hospital municipal de médio porte, e serviço de atendimento móvel de

---

<sup>5</sup>O valor estipulado como renda limite da pobreza foi atualizado no ano de 2023 para R\$218,00 *per capita* (BRASIL, 2023b).

urgência - SAMU. No campo da atenção especializada em saúde mental, o CAPS II foi implantado no ano de 2002, já em 2007 foi implantado no município o CAPS AD e três anos depois, 2010, o CAPS Infância e Adolescência iniciou suas atividades. O município dispõe de um serviço para atendimento em saúde mental direcionado ao acompanhamento de casos de transtornos leves, o CESM (Centro Especializado em Saúde Mental) onde funciona o ambulatório de saúde mental, o Programa de Controle e Combate ao Tabagismo e a Farmácia especializada (EUNÁPOLIS, 2022).

Os CAPS são os equipamentos especializados da Rede de Atenção Psicossocial, que vieram substituir os manicômios, onde eram desenvolvidas práticas de cunho asilar e centrado no hospital, ineficazes no processo de fortalecimento da autonomia. Esses equipamentos atuam na perspectiva de exploração do território e para isso, as práticas clínicas e institucionais são cercadas de movimentos de aproximação com a comunidade (ROCHA, 2018). São unidades caracterizadas por promover o cuidado em liberdade e voltadas a facilitar a aproximação do indivíduo da sociedade, para isso, possuem equipe multidisciplinar e se operacionalizam a partir da articulação interdisciplinar (BRASIL, 2017b).

Por sua vez, os CAPS II são serviços voltados prioritariamente ao acompanhamento de indivíduos que vivem em situação de sofrimento psíquico grave e persistente, uso nocivo de substâncias psicoativas, ou outras situações que fragilizam o estabelecimento de vínculos ou o alcance das suas metas de vida (BRASIL, 2017b). Em geral, contam com equipes maiores e completas, e registram um volume importante de atendimentos, além disso, pelo seu perfil assistencial, atende a população adulta, o que permitiu a decisão individual e voluntária para participação no estudo.

Iniciados em 2002, os CAPS álcool e outras drogas (AD), são direcionados ao cuidado das pessoas, cujo uso nocivo de substâncias psicoativas constitui a principal demanda de cuidado. Devem promover uma oferta de assistência diária, a partir de um planejamento de cuidados singulares que consideram a evolução de cada usuário, intervenção precoce e enfrentamento aos estigmas, sempre em perspectiva comunitária. Para isso, devem dispor de atendimentos individuais, grupos, oficinas terapêuticas e suporte de leitos de saúde mental em hospital geral, conforme a necessidade dos sujeitos, além de locais para repouso e desintoxicação das situações mais complicadas (BRASIL, 2004).

Sobre os serviços de saúde mental, Amarante (2007) considera que devem ser compreendidos como uma estratégia de cuidado, que contemple múltiplas dimensões como acolhimento, atenção e relações sociais. Para este psiquiatra os serviços de saúde mental são desenvolvidos para pessoas e não para doenças, essa forma de cuidar inclui a sociabilidade e

apoio nas elaborações das subjetividades. Por sua vez, Leal e Delgado (2007) consideram os CAPS não apenas como estabelecimentos de saúde, mas como uma estratégia de cuidado, fundamentada numa tripla sustentação: a desinstitucionalização, a clínica e o cotidiano.

Os CAPS são instrumentos políticos de invenção, articulação e disputa de lugares sociais para inserção de indivíduos classificados pela norma vigente como portadores de loucura, são locais abertos, voltados para operacionalização de cuidado a partir da vida cotidiana e de uma compreensão do adoecimento que extrapola o dano nas estruturas orgânicas. Sendo assim: “Um CAPS só se tornará instrumento capaz de produzir uma relação e um lugar social diferente para a experiência da loucura e para aquele que a ‘experiencia’ se, no seu dia-a-dia, no seu cotidiano, inventar outro modo de funcionar, de se organizar e de se articular com a cidade” (LEAL; DELGADO, 2007, p.137-138).

Os sistemas de informação sobre as ações da RAPS são alimentados pelos profissionais de saúde com regularidade, porém não há acesso e a divulgação pública desses registros, tanto para trabalhadores, quanto para usuários e famílias. No estado da Bahia os dados são liberados a partir de relatórios solicitados via processos de gestão. Assim sendo, os dados do Sistema de Informações Ambulatoriais sobre os serviços do município de Eunápolis apontaram no período de abril de 2022 a março de 2023, a realização de 35.358 atendimentos no CAPS II e 4024 procedimentos no CAPS AD (BAHIA, 2023).

A análise das informações demográficas registradas nesses procedimentos revelou que no CAPS II, o componente raça e cor presente nos formulários foi ignorado em 66,3% dos registros, daqueles preenchidos ficou evidenciado que 99,78% dos procedimentos se direcionaram para pardos e pretos, enquanto 0,19% foram realizados em pessoas brancas. Por outro lado, no CAPS AD, 54,9% dos procedimentos não tinha informação sobre raça e cor, nos registros com dado válido, 99,57% dos procedimentos foram realizados em pessoas negras e 0,05% em brancos. Nesse último equipamento se destaca a informação que apenas um atendimento em pessoa branca foi registrado nesse intervalo, enquanto no mesmo período 1804 atendimentos foram direcionados a negros (BAHIA, 2023).

Conforme relato dos trabalhadores com maior tempo de serviço e gestores anteriores, o município de Eunápolis sempre se destacou nas práticas relacionadas à implementação da RAPS, isso fica evidenciado com a implantação precoce do CAPS II, logo após a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), além disso, as práticas de cuidado nesse município foram valorizadas em todo o Estado da Bahia, por seu perfil vanguardista e antimanicomial, percurso que ficou notório na análise dos prontuários deste estudo. Todavia, ao longo dos anos, as frequentes mudanças de gestão e equipes assistenciais, bem como o

congelamento e subfinanciamento do orçamento da saúde mental, levaram ao remodelamento da clínica, que se tornou restrita, direcionada basicamente para a prescrição medicamentosa e algumas práticas de terapia individuais.

Em razão desse cenário, o que se constata nos CAPS desse município são serviços nos moldes de ambulatório, com profissionais que atendem, sobretudo em consultórios, muitos usuários e familiares com visões reduzidas de cuidados, apenas com uso de medicações, serviços esvaziados, especialmente no período vespertino, ausência de projeto terapêutico singular, pouco investimento em ações interdisciplinares, práticas de cuidado organizadas pelo atendimento médico, raras atividades territoriais e baixa circulação social de profissionais e usuários nos espaços da cidade.

Após essa avaliação técnico-política, houve necessidade ainda de analisar o estado físico das unidades, nesse sentido, os dois equipamentos careciam de recursos estruturais e materiais para atender às necessidades de qualificação da assistência, como suprimentos para oficinas e grupos e acesso à agenda dos carros, além de outros insumos que qualificam o desempenho clínico. Observei que as práticas de atendimento coletivo, quando presentes, são desenvolvidas de forma genérica, na perspectiva de ofertas abertas onde os usuários podem se encaixar, sem muito investimento em explorar o sentido da atividade para suas vidas e para a resolução da demanda que o levou ao CAPS.

Nesta primeira etapa, algumas características do campo chamaram a atenção e influenciaram no desenvolvimento do trabalho, visto que o município de Eunápolis encontrava-se num momento de reorganização administrativa, de modo que foi limitada a participação das equipes de gestão ou equipes supervisoras durante o desenvolvimento das atividades. Registro ainda a ausência de fluxos e rotinas operacionais, em geral, os profissionais trabalhavam, a partir da execução de atividades numa dinâmica própria, tanto da forma quanto da frequência, conforme as suas experiências e seguindo a sua própria avaliação.

Pelo próprio regramento da RAPS os equipamentos de saúde mental escolhidos, são destinados à população adulta, e compartilham atribuições de média e alta complexidade voltadas para o usuário grave, sendo assim, deveria existir uma perspectiva de cuidado comum, inerente à atenção psicossocial, com tecnologias e práticas assistenciais que poderiam ser implantadas uniformemente, haja vista as frequentes transferências, as mudanças de perfis de cuidado dos usuários, a inadaptação do usuário a determinado equipamento e a afeição ao outro, bem como remanejamentos dos profissionais de saúde.

Porém, os serviços têm dinâmicas operacionais independentes, com diferenças relevantes entre si, e cada serviço assume os arranjos e desarranjos da equipe em atuação.

Os equipamentos ainda se notabilizaram pelas diferenças nas trajetórias das equipes, sendo que a equipe do CAPS AD estava composta em sua maioria, por profissionais com maior tempo de trajetória no campo da saúde mental, atuação no mesmo equipamento de saúde, quantitativo superior de profissionais concursados e por isso, com vínculos mais estáveis. Além de conseguirem realizar a reunião semanal, em que ocorre discussão administrativa, apresentação de casos complexos e conteúdos técnicos essenciais para a prática. Todavia, no CAPS II, observei trabalhadores com menor tempo de atuação no SUS e no campo da saúde mental, com forma de contratação, quase na totalidade, por processo seletivo para atuação durante um ano.

Esses fatores possivelmente interferiram na dinâmica das reuniões com os profissionais, pois no primeiro encontro que ocorreu no CAPS AD, houve uma vultosa discussão com as equipes, apresentação de experiências e conceitos, levantamento de vivências pessoais e assistenciais afetadas pelo racismo, racismo institucional ou racismo em saúde, além disso, os participantes conseguiram explicar conceitos e suas aplicações, analisar a situação do racismo localmente e associar com o momento histórico-político que o país atravessava. Todo esse movimento resultou em grande influxo de usuários para entrevista, organização do ambiente para os encontros, e acolhimento da pesquisadora em meio à rotina do serviço.

Por outro lado, no CAPS II, houve baixa participação no encontro com a equipe, pois foi agendado em um dia que algumas categorias estavam em visita domiciliar, daqueles que estavam presentes, duas profissionais devolveram os questionários com as indicações. Nesse equipamento o envolvimento dos profissionais não foi tão efetivo, e a presença da pesquisadora no ambiente não mobilizou movimento semelhante ao que testemunhei no CAPS AD. Os usuários que participaram, compareceram a partir de uma estimulação com envolvimento da diretora. Essas ocorrências podem explicar a reduzida participação de usuários com perfil do CAPS II, como também a cultura institucional, pois neste serviço, observei maior frequência de usuários com vivências de sofrimento mental cronicado, em geral, eles permanecem nos fundos da unidade, sentados na mesa do refeitório, conversando, ou se alimentando, até que decidam retornar para suas casas.

Um destaque adicional envolve a questão geográfica, visto que o CAPS AD se localiza bastante distante da parte central da cidade, com acesso difícil por rua sem pavimentação, especialmente na época das chuvas, como foi no período da coleta de dados,

não há circulação de ônibus no local e a maioria dos usuários que habitualmente frequentam o serviço, não têm direito ao passe livre. Esses fatos, associados à distância das principais cenas de uso de substâncias psicoativas existentes no município, assim como um perfil assistencial notavelmente voltado para o atendimento interno, podem explicar a pouca frequência de usuários intensivos, ou mesmo pessoas em circulação no CAPS AD, em geral, concentrados no dia do atendimento médico.

Sinalizo ainda que os usuários de CAPS II, a partir de dois registros de tentativa de coleta de dados, não conseguiram acessar suas memórias com facilidade, para informar sua história de vida, não foi possível aferir a causa desse apagamento, e múltiplas explicações são possíveis, como a baixa escolaridade, a possibilidade de *déficits* cognitivos prévios, a anamnese insuficiente, mas é notório e também referido por eles, como o efeito das medicações em uso lentificam a organização dos pensamentos para conexão entre as ideias, que se tornam frouxas e por vezes incoerentes, além dos efeitos na articulação da fala. Essas questões precisariam estar melhor descritas em prontuário, para serem trabalhadas junto aos projetos terapêuticos singulares.

Sobressaiu ainda, a heterogeneidade dos registros documentais nos dois campos de estudo, enquanto no CAPS AD, os prontuários são extensos, com registro ano a ano de todas as categorias profissionais em texto único, o que demandou idas seriadas ao serviço, exclusivas para análise de documentos, as evoluções no CAPS II são bem mais sucintas, com destaque para a participação do médico e liberações da farmácia. Ainda foi possível registrar o histórico de investimento em atividades como visitas domiciliares, terapias coletivas com grupos, oficinas, elaboração de projeto terapêutico singular, produções dos usuários e definição de técnico de referência eram ações rotineiras no período de 2007 a 2016, doravante se observou maior escassez de informações. A partir de 2020, com a vigência da pandemia da Covid-19, cuidados e registros associados passaram, quase que exclusivamente, a serem direcionados à dispensação de medicação.

Por fim, há que se destacar numa pesquisa que tem como objeto o racismo em saúde, o impacto da primeira imagem quando se adentra nos CAPS em estudo, marcados pela alta frequência de usuários negros, sendo quase a totalidade dos usuários presentes com regularidade, de modo que usuários brancos são uma exceção notória, fato que chama inclusive à atenção de todos pela excepcionalidade. Essa constatação não pode ser desprezada, quando se demonstra como um equipamento de porta aberta do SUS, notadamente para casos complexos, se racializa dessa forma, sugerindo o franco adoecimento e sofrimento da população negra no município em questão.

## ANÁLISE DOS DADOS

Em relação ao desenvolvimento da análise com a técnica que foi utilizada nesse estudo, Queiroz (2008) considera que as histórias de vida foram e podem ser usadas integralmente, assim, toda a narrativa do indivíduo torna-se o resultado da pesquisa, porém, para a pesquisa sociológica interessa conhecer de quais formas o problema em questão aparece nas vivências do indivíduo escutado, comparando documentos, registros históricos e outras fontes que fortaleçam a generalização, com o objetivo de entender a partir do comportamento individual como se organiza determinado grupo social e como tratam as questões geradoras de tensão. Alberti (2013) discorda da visão da história de vida como produto em si e considera que os depoimentos são um meio de acesso ao conhecimento, deve-se então estudar as narrativas dos entrevistados em relação ao tema pesquisado.

Na perspectiva de Minayo (2016) a etapa de análise de dados extrapola o processo de classificação de informações, ela avança para a investigação de códigos e informações tácitas, que requerem do analista: perspicácia e sensibilidade para alcançar este entendimento e relacioná-lo a uma retaguarda de pesquisas prévias. A análise torna possível responder às perguntas de pesquisa, confirmar ou descartar as hipóteses de investigação dos dados e deduzir as inferências explicativas dos fenômenos (DESLANDES, 2016; GONÇALVES; LISBOA, 2007).

Após um período de transcrição das entrevistas, seguidas por leituras seriadas, um fenômeno se expressou na minha interpretação, manifestado na repetição de determinadas condições e experiências de vida. Essa recorrência fez com que durante o estudo das falas, a cada trecho, eu passasse a destacar quais dimensões da vida estavam relacionadas àquele extrato narrativo, sinalizando por um título provisório. A partir dessas marcações percebi que algumas dimensões afetadas uniam e relacionavam as histórias entre si.

Tal procedimento se aproxima da técnica de análise temática, visto que esse primeiro movimento remeteu à identificação de temas e elaborações de conexões entre eles, o que na perspectiva de Braun e Clarke (2006), constitui um método flexível, que pode ser adequado à maioria dos estudos qualitativos, e objetiva a identificar, analisar e relatar padrões ou temas no corpo dos dados. Embora seja utilizada como etapa de outros métodos, este contempla resultados a partir da sua própria produção. Assim, pode ser empregada tanto para registrar experiência e sentido da realidade quanto para inferir de forma construtivista o traçado de caminhos e meandros dentro dos eventos.

Esse tipo de análise requer rigor no processo de execução, empenho no exame das falas considerando os objetivos e a pergunta da pesquisa, além de exigir o levantamento dos códigos e temas expressos nos textos narrativos, com ideias verdadeiras. O objetivo principal de uma análise temática é a construção de textos que demonstrem a história dos dados, para que o leitor acredite e confie no resultado da tese (SILVA; BARBOSA; LIMA, 2020).

O estudo dessas falas a partir da análise temática permitiu delinear categorias relacionadas à determinação social da saúde tais como: acesso à habitação, local de residência, renda *per capita*, escolaridade, ingresso no trabalho formal, vivências de violência, acesso a direitos, composição e contexto familiar, além disso, fatores que refletiram o desempenho do sistema de saúde, como processo de descoberta do transtorno mental, serviços buscados e condutas, rede de proteção e apoio, sentimentos e referências aos serviços de saúde, chegada ao serviço especializado, sensação de pertencimento ao espaço, acolhimento, atenção às urgências e internação hospitalar. Um terceiro eixo temático envolveu as compreensões sobre raça, pertencimento racial, racismo, vivências de discriminação e ocorrência de sofrimento mental.

A investigação revelou esse abundante perfil de padrões, que desvelaram a complexidade da existência, especialmente de pessoas que travam lutas pelo acesso à saúde, cidadania e demais direitos, nesse sentido, houve opulenta referência a fatores que expressaram a determinação social nos percursos de cuidado, tais situações por sua frequência deram substância à análise, não em perspectiva de evidenciar causa e efeito ou magnitude de cada componente social, outrossim, possibilitou declarar como a população negra sofre efeitos da discriminação multimodelada e em concomitância, por conta da sua cor, imbricada com condições de classe, gênero, origem, que os capturam em ambientes de precariedade e condições limitantes.

Em vista disso, a análise de vertente interseccional, ou seja, o exercício de desagregar categorias para nomear os diferentes modais de opressão sinaliza a intenção de efetivar ações para contenção eficaz das origens da discriminação e da exclusão, ao passo que permite evidenciar e priorizar grupos e populações em situação de vulnerabilidade exponenciada. Para Collins e Bilge (2021) ampliar a discussão para além da luta de classes e incluir as demais categorias de análise permite entender a profunda desigualdade social que resulta do atual estágio do capitalismo global. Essas autoras apontam dois campos de aplicação da interseccionalidade: “[...] uma abordagem para entender a vida e o comportamento humano enraizados nas experiências e lutas de pessoas privadas de direitos [...] uma ferramenta



importante que liga a teoria à prática e pode auxiliar no empoderamento de comunidades e indivíduos” (COLLINS; BILGE, 2021, p. 56).

Esse estudo respeitou todo arcabouço legal que resguarda a pesquisa envolvendo seres humanos<sup>6</sup>. Nesse sentido, a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde publicada em 2012, serviu como fundamento de tomada de decisão nesta pesquisa. Este documento basilar traz em seu escopo as obrigações do pesquisador na mitigação de eventuais danos ao apresentar os critérios da eticidade em pesquisa.

Os participantes junto aos seus familiares e técnicos de referência puderam decidir por iniciar a pesquisa após uma análise pessoal e contaram com o tempo necessário para esse assentimento. O termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado considerando os objetivos, a metodologia, os riscos envolvidos, os benefícios possíveis, além dos contatos da pesquisadora. O documento foi lido conjuntamente e assinado por todas as partes, este momento foi essencial para a emissão dos relatos, pois a apresentação dos objetivos do estudo permitiu a retirada de dúvidas, especialmente sobre os registros gravados e organizou os discursos no sentido de atender às questões da pesquisa.

---

<sup>6</sup>A pesquisa foi analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSB, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - CAAE 58584122.90000.8467, sendo aprovada no parecer nº 5526722, em julho de 2022.

## **CAPÍTULO 1: BREVES RELATOS DAS TRAJETÓRIAS DE PESSOAS QUE PARTILHARAM SUAS HISTÓRIAS DE VIDA**

Durante o período de análise, percebi que os depoimentos permitiram responder muitas das indagações da pesquisa, porém a apresentação de trechos de falas isolados retirava, em certa medida, as ligações que davam a continuidade e harmonizavam os discursos, presentes nos detalhes das histórias, que incluíam as sutilezas, humores, emoções, e outras impressões de conteúdo não verbal. A fragmentação em pequenas narrativas ainda provocava a difícil sensação de extração de trechos dos discursos, para utilização ou consumo de conteúdo que dessem conta de responder às necessidades da pesquisa e às intenções investigativas da pesquisadora.

Essas interrupções nas falas com supressão de trechos, que não se encaixavam em nenhum padrão, ocasionavam um silenciamento parcial que me mobilizava a buscar alternativas para apresentação e a valorização de cada participante. Para González (2020) o resgate das memórias aviva a condição humana tão frequentemente subtraída da população negra, assim sendo a apresentação de histórias negras compõe uma modalidade de cuidado social, convocação à firmeza e ao enfrentamento dos problemas que afligem a sociedade brasileira.

Nós temos que estar unidos sim; temos que ter a coragem de nos ouvirmos sim e temos que ter, sobretudo, a coragem de ouvir aquele segmento da população brasileira, como segmento indígena, como o segmento feminino, que sempre foram objeto na história, que nunca foram sujeitos da sua própria fala, que agora se assumem como sujeitos da sua fala, se assumem como sujeitos da sua história (GONZÁLEZ, 2020, p.261).

A apresentação de histórias de vidas destes participantes atravessados pelo silenciamento imposto à população negra e pessoas em sofrimento psíquico se torna ainda mais imperiosa, pois, com frequência, esses sujeitos têm suas demandas referidas de forma homogênea e simplificada, em um movimento de desvalorização, descrédito e negação. Rocha (2018, p. 102) considerou que o silenciamento resultante dos estigmas carreados no sofrimento mental da população negra tem efeitos potencializados pela invisibilidade do racismo e desvalorização do portador de sofrimento psíquico, alicerçados na premissa da superação do racismo brasileiro e à ideia de que “não se confia em gente louca”.

Para Kilomba (2019, p. 85) a análise em perspectiva histórica é fundamental para evidenciar as manifestações do racismo cotidiano:

É extremamente importante ter essa perspectiva biográfica ao trabalhar o racismo porque a experiência do racismo não é um acontecimento momentâneo ou pontual, é uma experiência contínua que atravessa a biografia do indivíduo, uma experiência que envolve uma memória histórica de opressão racial, escravização e colonização.

Considerando que as pessoas que vivem algum tipo de sofrimento mental, em especial, aqueles considerados mais graves, sofrem ainda os efeitos do estigma e da discriminação que restringem a sua circulação social e interferem na validade dos seus discursos, além de tratarmos de temas pouco discutidos, cercados de melindres e interdições, são poucos os espaços de comunicação e divulgação dessas histórias, ou mesmo dos percursos de cuidado e serviços. Dessa forma, as contribuições só poderiam ser levantadas de forma ativa, a partir de uma investigação que colocasse essas vidas em evidência e permitissem descobertas de conteúdos individuais, construções de inferências e generalizações. Assim, entendi a prioridade de realizar uma apresentação sucinta das pessoas que forneceram as bases desse estudo, para que ao conhecê-las pudéssemos reforçar a realidade das suas existências, ao mesmo tempo em que tentamos agradecer as suas contribuições tão íntimas.

**Silvio:** Nascido no município de Eunápolis, em bairro periférico, diz ter vivido uma infância alegre e ativa, conviveu com os pais, irmãos e uma madrinha por quem manifesta muito amor. Começou a trabalhar na infância, tem muito orgulho da carreira que desempenhou na construção civil, afirmando diversas vezes ao longo do discurso suas habilidades para construção de casas e marcenaria. Tem a primeira experiência com uso de álcool ainda criança, a partir da circulação dessa substância nas rodas de jogos que o pai frequentava. Casou-se cedo, teve filhos, pelos quais é completamente apaixonado. O primeiro casamento não deu certo, havia uma incompatibilidade nos planos pessoais. Então, casou-se novamente, teve outros filhos e enteados. Nesse período foi contaminado pelo vírus HIV. Durante a investigação diagnóstica da infecção, sua companheira partiu com os filhos sem informar o destino, por conta disso, sofreu muito e aprofundou o uso de substâncias psicoativas. Se reestabeleceu a partir do acolhimento no CAPS, conseguiu localizar os filhos e realizar as terapias de controle do vírus. Atualmente vive na zona rural, com sua mãe e o companheiro dela, com o qual não tem boa relação. Sofre com os conflitos pessoais no domicílio, por isso, na sua compreensão apresenta muitas crises e circulação em situação de rua. Tem um histórico de múltiplas entradas em comunidades terapêuticas, sendo enfático ao

denunciar as condições precárias dessas instituições, e as violências a que os usuários são submetidos. Sempre consegue fugir de alguma forma, permanece em média uma semana institucionalizado, também já foi internado em hospital psiquiátrico. Está sempre alegre, todos no serviço o reconhecem por sua animação, porém quando rememorou sua história, chorou algumas vezes, de forma breve e logo retomava a conversa. Se mostrou muito interessado em contribuir com a pesquisa, tem um papel de liderança entre os usuários. Já palestrou duas vezes no município sobre a sua trajetória no CAPS e tem muito orgulho desses eventos.

**Luiz:** Nascido na região Sul, circulou em alguns municípios, por conta do trabalho da sua genitora, que fixou serviço no município de Porto Seguro. Disse ter vivido uma infância feliz, na convivência de familiares, em circulação no território. Começou a trabalhar muito cedo e considerou que não procurou atividade por necessidade familiar, mas pela busca da independência. Iniciou o uso recreativo de substâncias psicoativas na adolescência em festas na cidade. Talvez por isso, sua mãe o incentivou a se inscrever para trabalhar nas forças armadas em um quartel no Rio de Janeiro. Chegando naquele Estado encontrou uma moça que o alertou para as ocorrências em quartéis do exército brasileiro, que segundo ela, faziam “lavagem cerebral” e até mesmo sumiam com pessoas. A partir dessa abordagem, ele desiste do trabalho militar e começa a viver com essa mulher, com quem tem um relacionamento amoroso, trabalham juntos na produção de artesanato. Analisando essa fala e a temporalidade dessa ocorrência, talvez a moça carioca, ciente das ações da ditadura militar alertou Luiz para a possibilidade real de violência dentro dos quartéis. Infelizmente, a vulnerabilidade territorial acabou influenciando no aumento do consumo de substâncias, que no caso dele trouxe danos importantes para a sua vida. Nesse período, sua mãe que continuava na Bahia, adoeceu bastante e pediu que ele retornasse, ele assim o fez, porém a companheira resistiu a acompanhá-lo e permaneceu no estado do Rio de Janeiro. Ao retornar para a Bahia, continuou a trabalhar em postos informais, conheceu uma nova companheira, treze anos mais velha, viveram juntos um bom período, não tiveram filhos, disse que sofreram discriminação por conta da diferença das idades. Construíram um bar, tudo estava indo bem, porém começaram a circular no estabelecimento pessoas ligadas ao tráfico de drogas. Luiz começou a fazer a guarda de algumas armas no estabelecimento, em troca disso lhe eram fornecidas drogas, o que ocasionou um incremento do consumo, então, foi alertado por diversos amigos e decidiu fechar o bar. Retornou a trabalhar em condições difíceis, bastante precárias com recursos poucos, e vida muito simples. Passou também a frequentar um sítio de um amigo, onde existia um alambique, e a partir desse período começou a fase mais dura de danos decorrentes de SPA, quando passou a ingerir por volta de um litro de álcool por dia. Sua saúde deteriorou

muito, emagreceu, apareceram doenças de pele e nódulos na pelve. Durante essa fase, os amigos incentivaram que Luiz procurasse o CAPS AD para se cuidar e assim foi feito. Desde então, avalia positivamente a evolução da sua vida, cursou com diversas crises, entradas e saídas de comunidades terapêuticas, mas atualmente apresenta um estado de saúde bastante satisfatório, embora ainda viva em condição de extrema pobreza. Luiz tem algumas características marcantes, como uma voz grave, fala pausada, muito inteligente, referido pelos profissionais como amante da leitura, conhecedor dos seus direitos e bastante espiritualizado, sempre remete seus ganhos à sua fé, ama tocar violão e cuidar da sua mãe, que já é nonagenária.

**Deivison:** Nascido em Belmonte, em uma família de onze irmãos, descreveu a estrutura da casa simples onde viviam, em condições semelhantes aos demais domicílios da região ribeirinha afetada pelas cheias do gigante Rio Jequitinhonha. Informou uma infância livre e alegre, embora habitasse numa comunidade pobre e com algumas privações, em decorrência disso, todos os filhos ainda crianças tiveram que trabalhar para contribuir no sustento da família. Durante a entrevista Deivison se mostrou bastante tímido, faz uso de respostas curtas, em tonalidade baixa e desviava o olhar com frequência. Em um episódio de violência física perpetrada pelo seu genitor, decidiu fugir de casa e foi acolhido por uma irmã mais velha, que vivia com a família no município de Eunápolis. Passou então a trabalhar acompanhando o cunhado no mercado informal do comércio de porta em porta, acumulando algum recurso, que permitiu custear seus estudos no período noturno, numa escola privada tradicional da cidade. Nesse período as escolas de formação do ginásio e ensino técnico eram privadas e poucos tinham acesso. Quando completou dezoito anos, conseguiu empregar-se como vendedor nas Lojas Pernambucanas e lá permaneceu até conseguir admissão no Banco Bradesco onde construiu carreira, durante essa fase retomou o relacionamento com os pais. Informou que o trabalho do banco era muito estressante, que chegavam a passar toda a noite na conferência de valores. Pediu demissão, começou a trabalhar na informalidade em restaurantes de Porto Seguro e outras atividades que descreveu como bicos. Casou-se por duas vezes, não teve filhos, no prontuário há alguns registros de outros relacionamentos fugazes. O histórico de uso de álcool vem desde a infância, na sua memória o contato com o álcool era habitual na residência, porém afirmou que as vivências de muitos conflitos familiares o fizeram aumentar o volume do uso, que se aprofundou ainda mais em 2004, com a morte do pai, passou então a fazer uso de álcool todos os dias e usar outras substâncias, segundo ele para “esquecer os problemas”. No prontuário os profissionais sinalizam que Deivison se sente desprezado pelos familiares, os registros são de um humor deprimido e ideação suicida.

Buscou os primeiros cuidados em saúde mental na rede privada, que durou apenas duas sessões, pois não dispunha de recursos. Então, a partir da indicação de um amigo, que frequentava o serviço, ele encontra os serviços do CAPS, e desde 2008 comparece com frequência, cursa com algumas reincidências de uso aprofundado, especialmente na vigência de frustrações afetivas. Sofre ainda com problemas de saúde física, especialmente demandas respiratórias crônicas e infecções sucessivas, que interferem no vigor físico para o trabalho, que em condições de informalidade, em geral, requerem boa condição de saúde para desempenhar funções como ajudante de pedreiro e carregador. Essas restrições acabam retroalimentando o ciclo de privação, levando-o a requisitar apoio com cestas básicas. Apresentou o comportamento de acolher outros usuários de SPA em sua residência, o que incomodou a sua família ao buscar o CAPS. Em vista disso, a equipe evidenciou a existência de um comportamento paternalista em relação àquelas pessoas que conviviam com ele na residência. Tem ótima circulação entre profissionais e usuários, mas é notória a necessidade de reabilitação psicossocial desse usuário, especialmente a profissionalização, considerando toda sua experiência prévia, porém não foram evidenciadas ações de promoção da cidadania, reabilitação para o trabalho e demais atividades de circulação no território. Em geral, Deivison participa das atividades de produção de artesanato, faz refeições com os demais, enquanto circula no interior da unidade.

**Emiliano:** Nascido na zona rural de Guaratinga, da mesma forma que boa parte dos trabalhadores rurais, em casa cedida pelos donos das fazendas, seus genitores atuavam no manejo do café, logo os dois filhos passaram a acompanhá-los na lida. Relatou um acidente grave na infância quando caiu de um caminhão e teve que passar por uma cirurgia neurológica, informou que o patrão, que também era seu padrinho arcou com os custos da internação, quando permaneceu um mês em coma. Sua família migrou então para a zona rural de Itabela e ali viveram por cerca de vinte anos. Nesse município, passou a trabalhar no plantio da banana, atividade que faz até a atualidade. Informou que o uso de álcool se iniciou dentro de casa, pelo hábito dos pais, desde sempre, não soube precisar o período. Frequentou escolas rurais e posteriormente estudou em um colégio na sede do município por três anos, mas abandonou a escola em seguida, referindo distração e cansaço. Ainda jovem seu genitor apresenta sinais de adoecimento com uma tumoração entre os olhos. Houve bastante dificuldade na elucidação diagnóstica mesmo passando por centros como Itabuna e Vitória, mas infelizmente com diagnóstico tardio, veio a falecer três meses após a descoberta do câncer com trinta e dois anos. Nesse período, Emiliano estava com dezoito anos, sua família decidiu então deixar a zona rural. Na cidade começou a fazer uso recreativo de outras

substâncias psicoativas. Procurou a equipe do CAPS devido à interrupção de vínculos, especialmente a separação da esposa, que estava grávida. Sua companheira colocou como condição que ele reduzisse o consumo, mas não conseguiu e frustrado, cursou com piora, sente muito, pois é bastante apegado ao enteadado, desejava acompanhar todo pré-natal. Manifestou uma frustração extrema e sentimentos de menos valia. Chegou ao serviço em companhia de familiares que o trouxeram após terem conhecimento das ofertas de tratamentos.

**Paulo:** A fala do Paulo foi o registro mais difícil, com dificuldades de articulação das palavras, confusão e expressiva perda de memórias, o que consegui captar foi o seu nascimento em Eunápolis, na zona rural, casa de barro, numa família de oito irmãos. Começou a trabalhar muito cedo na casa de farinha. Veio para cidade junto com os familiares, tinha oito anos à época, período em que os integrantes da família se afastaram. Disse que tentou estudar, mas não conseguia aprender, afirmou que “a professora não conseguia ensinar”. Trabalhou sempre na informalidade, fazendo fretes na feira, ajudante de pedreiro e lavador de carros. Dois familiares seus foram assassinados, inclusive sua mãe, repete algumas vezes a frase “assassinaram minha mãe”. Fala que sua irmã o trouxe para o CAPS, quando perguntado sobre o serviço, diz que gosta muito, pois há oferta de alimentação e onde conseguiu acesso a sua aposentadoria, que na verdade é o benefício de prestação continuada.

**Renan:** No início da nossa conversa me alertou que não poderia demorar muito, pois ainda iria para o trabalho. Nascido na zona rural de Porto Seguro, ele relatou que as condições do Distrito de Pindorama naquela época eram de escassez generalizada, não havia distribuição de água potável, energia elétrica e a estrutura da casa era feita de tábuas. Cursou as séries iniciais na escola rural, mas logo precisou ir para a sede. A distância era de aproximadamente 40 km e ficou bastante oneroso custear esse traslado, visto que, não havia na época transporte público para os estudantes. Sem condições de arcar com essas despesas, ainda adolescente começou a trabalhar como serviços gerais em um supermercado da sede do município, no período matutino. À tarde ia para a escola e à noite retornava para terminar o trabalho até o fechamento do estabelecimento, começou a dormir no serviço em um cômodo nos fundos, mas não recebia os pagamentos com regularidade. Nesse ritmo trabalho-escola-trabalho conseguiu cursar até a sétima série, referiu a exaustão como motivo para o abandono escolar. Teve um relacionamento distanciado com o pai, visto que o genitor trabalhava em Buerarema, e vinha ficar com a família a cada quinze dias, por um ou dois dias. Após quatro anos no supermercado, retornou para Pindorama, onde foi trabalhar nas roças e reuniu recursos para tentar se estabelecer em São Paulo. Ao chegar naquele Estado, começou a

trabalhar numa farmácia, onde fez carreira na rede de estabelecimentos, porém devido à alta carga de *stress* decidiu pedir demissão. Sem conseguir se inserir em outro vínculo começou a atuar como vendedor ambulante. Afirmou que nessa transição houve piora financeira que repercutiu na organização familiar, com deterioração do relacionamento afetivo que construiu em São Paulo. Decidiu retornar para a Bahia, se separou da esposa e deixou os dois filhos, com os quais não teve mais nenhum contato físico. Aqui na região, atuou nas roças, fazendas e uma empresa de manutenção da VERACEL, até conseguir se estabelecer na função de repositor de supermercado, onde está atualmente. Começou a fazer uso do álcool na adolescência, com uso recreativo extradomiciliar, após a separação conjugal aprofundou o uso, num período que refere como de extrema tristeza. Quando retornou a situação agravou, tendo crises psicóticas, com alucinações auditivas e comportamento bastante atípico, ficando andorlho por dias. Nessa situação os familiares que vinham com os aconselhamentos intervieram, apoiaram e encaminharam Renan ao CAPS. Se sente satisfeito com a sua trajetória de cuidado no CAPS, embora refira os danos causados pelas reincidências de uso, como muito piores do que as crises originárias. Valoriza muito a fé, especialmente as orações de sua mãe como responsáveis pela melhora que teve na vida.

**Christian:** Foi o mais recomendado entre todos os técnicos, inquieto, não para na cadeira, fala rápido, foi se acalmado ao longo da entrevista. Lembrou primeiramente que nasceu na roça, na casa cedida por um fazendeiro aqui da região. Disse que seu pai sempre fez uso nocivo do álcool, em decorrência disso, a família vivia na miséria, pois todo recurso que conseguia na lida com o plantio de mandioca, era gasto para pagamento das bebidas. Por isso, sua genitora decidiu constituir outra família e teve mais cinco filhos, totalizando dez irmãos. Viviam em casas de taipa, dormiam em esteiras no chão, em condições de miséria, por isso desde muito pequenas as crianças também trabalhavam acompanhando os pais na lavoura. Nessa rotina conseguiu cursar até a oitava série, quando abandonou a escola. O primeiro trabalho fora da roça foi o que ele chama de apascentar os porcos, ou seja, alimentar os animais, não recebia valor justo e mesmo assim de forma irregular. Disse que nunca teve nenhum sinal de transtorno mental, porém em certo dia, teve uma crise psicótica e em consequência da desorientação subiu no telhado de um vizinho. A comunidade então chamou a polícia, que alvejou Christian com diversos tiros, foi levado ao hospital da cidade, e tem memória que sofreu mais agressões físicas no caminho até o hospital, afirmou também que não passou por outros procedimentos, antes de ser levado ao presídio. Chegando ao presídio manteve comportamento atípico que suscitou um movimento das equipes, que entenderam a situação de Christian como alteração de comportamento sugestivo de transtorno mental, sendo



então liberado da prisão com um encaminhamento para acompanhamento com psiquiatra. Permaneceu pouco tempo na casa de familiares, e passou a peregrinar sem lar, vivendo do empréstimo de casa, pagamento por alguns meses de aluguel, sendo as situações de penúria e fome frequentes na sua vida, inclusive restringindo suas possibilidades de frequentar o serviço de saúde. Sua companheira apresentou um quadro grave de depressão pós-parto, e evoluiu com sintomas psicóticos, em um episódio de crise ela investe contra Christian de forma agressiva, assim, ele decide terminar o relacionamento. Tiveram um filho, atualmente mantém um relacionamento distanciado com o adolescente. Sempre trabalhou na informalidade, recebendo valores aquém da compensação da alta demanda física dos serviços, argumenta que esse ganho diferenciado está relacionado ao conhecimento da comunidade em relação à sua condição de convivência com o sofrimento psíquico. Tentou por todos esses anos o acesso ao benefício de prestação continuada, com múltiplas negativas da previdência social. No momento da entrevista tinha acabado de ser autorizado o benefício e me mostrou a bicicleta que havia comprado com o seu primeiro pagamento. Acredita que conseguirá receber os valores retroativos devidos, e assim, poderá comprar “um barraquinho” no distrito onde mora. Afirmou ter uma relação difícil com o álcool, perde parte dos recursos que ganha com as despesas relacionadas ao consumo, mas afirma estar mais controlado no momento. Muito inteligente e questionador, faz diversas ponderações críticas sobre a desigualdade social, se referindo à luta diária de convivência com a pobreza, mas especialmente uma imagem de descrédito difícil de superar. Destaco que esses registros foram feitos ao longo da entrevista, mas há no prontuário outros momentos de transcrição de fala nessa perspectiva. Sofre com ocorrência de crises, já foi internado em hospital psiquiátrico, do qual retornou bastante debilitado.

**Maria:** Nascida numa família tradicional da cidade, sua genitora foi uma liderança religiosa expressiva desde a fundação do município. Afirmou que está entre os mais novos de uma prole de vinte filhos. Em decorrência desse quantitativo grande de pessoas, o cenário econômico no domicílio era restrito, mas sem privações maiores. Disse que viveu múltiplos conflitos intradomiciliares porque desde muito pequena teria manifestado resistência em cumprir os rituais religiosos do candomblé, muito importantes para os seus genitores. Sempre questionadora da sua participação nos cultos, era alvo de castigos físicos. Afirmou que o verdadeiro amor familiar recebia na casa de seus padrinhos. Na adolescência tinha um comportamento mais pacato e demorou a ter relacionamentos afetivos, por conta disso, começou a ser nomeada no ambiente familiar como homossexual, o que gerava ainda mais revolta, brigas e desarmonia familiar. Começou a trabalhar muito cedo, em diversas

atividades de salões de beleza, não recebia pagamento, ao contrário, era vítima de castigos, porém afirmou a existência de clientes que a protegiam de alguma forma. Aprendeu as funções de cabeleireira e manicure e começou a trabalhar de forma autônoma. Desse modo, conseguiu economizar algum dinheiro e alugar uma casa, onde montou o seu salão de beleza e residia nos fundos. Sua vida é marcada por relacionamentos amorosos difíceis, muitas vezes vítima de violência econômica e traições. Teve uma filha, porém o companheiro a abandonou quando a bebê tinha poucos meses de vida. Afirmou que sua trajetória na saúde mental se iniciou após uma internação hospitalar para investigação de uma dor abdominal, durante a internação, sem sua autorização, foi realizada uma cirurgia de histerectomia total. A notícia que não poderia ter filhos novamente foi recebida com muita dor, o que na sua compreensão foi o fator gerador do transtorno mental, há registros que durante essa internação Maria evoluiu com inquietação e alucinações frequentes, tendo saído do Hospital com indicação de procurar assistência de médico psiquiatra. Ao deixar o hospital, Maria já não tinha como voltar para casa, pois havia sido despejada, além de precisar de cuidados pós-operatórios, revelou que no pós-operatório ficou na casa de sua mãe por cerca de oito meses restrita a um quarto, para ela bastante escuro. As dores abdominais não cessavam e sua peregrinação por múltiplos tipos de assistência levou à confirmação de que haviam sido deixadas em seu abdome peças cirúrgicas e gazes. Após muitas idas e vindas por serviços de saúde, conseguiu fazer a cirurgia para remoção desses corpos estranhos, todavia, não conseguiu acesso às provas do dano que sofrera, se ressentia bastante disso, ainda tem memória da enfermagem ter deixado na cabeceira, seu prontuário e o conteúdo retirado para ser encaminhado para análise, porém quando retomou a consciência pós-anestesia, tudo havia desaparecido. Nesse intervalo entre as cirurgias, passou a ser acompanhada no CAPS II e cursou com muitos avanços, entretanto são frequentes os relatos de questionamento de familiares sobre a verdade desse sofrimento psíquico, fato que circula até mesmo nas falas de alguns profissionais. Maria sofre com isso, ela continua frequentando o serviço com perfil intensivo. Questionei-a sobre isso, ela também não entende muito bem porque se habituou com essa rotina, observamos que tal situação é pouco trabalhada pelas equipes. Ao longo do seu depoimento narrou diversos tipos de violências, mas relata que as piores foram o suicídio de seu irmão mais novo e o homicídio de outro irmão bastante próximo. Além disso, Maria perdeu o seu apartamento, recebido num programa de moradia com incentivo federal, para a violência territorial relacionada ao tráfico de drogas. Maria foi uma profissional bastante requisitada na cidade e ainda hoje atua no ramo, dentro de sua casa. É muito alegre, engraçada

e inteligente, tem participado com frequência das atividades de controle social da saúde mental.

**Lúcia:** Ela chegou muito apressada, toda molhada de chuva, fala rápido, tínhamos marcado algumas vezes e nossa agenda até então, não se harmonizava. Contou-me que nasceu no Extremo Sul, num município de nossa região, que faz divisa com o estado de Minas Gerais. Já começou afirmando que sua primeira lembrança de infância foi uma tentativa de feminicídio que seu pai perpetrou contra sua mãe. Afirmou que após essa experiência evoluiu com sofrimento profundo, tem memórias importantes dessa época. A vida era muito difícil, família numerosa, genitor agressivo, genitora cuidadosa, vítima de violência doméstica de diversas tipificações. Devido às precárias condições financeiras, foi entregue muito nova para a irmã mais velha que havia saído de casa e constituído família. Passou a trabalhar como cuidadora dos sobrinhos e empregada doméstica dessa irmã, funções para as quais não recebia remuneração. Segundo ela, em virtude da exploração que sofria desde criança, assim que se tornou adolescente, na primeira oportunidade, decidiu se casar. Durante esse relacionamento sofreu muito com as traições e com a violência sexual contínua, teve quatro filhos nesse primeiro casamento. É bastante interessante como Lúcia, em diversos aspectos, espelha a história da própria mãe, por um lado era o tipo de relação conjugal que ela conhecia, marcada por uma cultura machista e misógina que coloca a mulher como inferior ao homem, porém é notório, que quando menina, Lúcia vivia sob humilhações e violência física desde cinco anos, numa atmosfera de terror, então casa na primeira oportunidade, como fuga da miséria. Dessa forma, observamos que muitas vezes, a mulher negra, tem o horizonte de possibilidades para o futuro restringido pelas adversidades, então, decide pelo menos pior, ou menos violento, numa avaliação de momento, sem poder pensar muito nas consequências. Na vigência de tantas humilhações dentro do casamento, recorre à família em outro Estado e migra para tentar novas possibilidades, porém ao chegar ao Espírito Santo, mesmo próximo aos familiares, passou por muita privação e fome, tentou toda sorte de trabalhos informais, sem conseguir suprir a casa a contento. Recorre então à prostituição e num movimento para suportar a função, faz uso de bebida alcoólica, como uma forma de ativação e encorajamento. Porém, começou a aprofundar a frequência e a quantidade, tornando o uso cada vez mais nocivo. Apoiado nessas informações, sobre as condições de pobreza e a ausência escolar, o pai das crianças consegue trazê-las de volta à Bahia. Longe dos filhos, o sofrimento de Lúcia tomou uma proporção muito grande, a todo o momento da narrativa, quando ela se refere aos filhos, usa muitas palavras no diminutivo, por vezes o seu comportamento se mostra um tanto infantilizado. Apaixonou-se por um de seus clientes e se casou com ele, têm uma vida

confortável, conseguiu com o apoio dele, resgatar três filhas que estavam sob a guarda do pai por quase um ano em condições muito difíceis. Entretanto, não conseguiu trazer o quarto filho, conforme seu relato, essa criança passou boa parte do tempo abandonada, até mesmo em situação de rua. Posteriormente, esse menino cursa com uma vida repleta de sofrimento, faz uso nocivo de substâncias psicoativas e sofre violência territorial. Voltando à Lúcia, ela e o companheiro, mesmo tendo organizado a vida, a casa, já na convivência das meninas, mantém o uso cada vez mais volumoso do álcool e mesmo apaixonados, entenderam que os dois naquela condição não conseguiriam manter o lar, então decidiram se separar. Sofreu muito nesse período e tentou suicídio. Foi assim que Lúcia retornou para Bahia com suas meninas, contou com apoio de pessoas de uma igreja evangélica, tentou tratamento em unidade privada, inicialmente, e depois se adaptou bem e avançou no CAPS AD. A história de Lúcia foi bastante longa e decidimos por dividir, pois segundo ela, gostaria de contar como foi a trajetória de cuidado com o seu filho mais novo, que segundo os técnicos, trazia muitas demandas que levavam Lúcia a cursar com crises e outras retomadas de uso nocivo de álcool. Nesse intervalo entre as entrevistas, seu filho foi assassinado, então decidimos não fazer a segunda etapa, pois entendemos que não era momento de resgatar memórias da história de um menino encerrada tão tragicamente.

## **CAPÍTULO 2: RAÇA, RACISMO E OS FENÔMENOS RACIAIS BRASILEIROS**

### **2.1 RAÇA E RACISMO: HISTÓRIA, CONCEITOS E COMPREENSÕES DOS PARTICIPANTES**

É fenômeno recente na história, especialmente a partir do século XVI, a construção sociocultural que propôs a classificação populacional a partir da denominação racial, assim, o conceito de raça foi instituído como uma falsa separação biológica, sem justificação genética, que segregava os fenótipos humanos das diferentes regiões do planeta, às quais se acoplaram características cognitivas e morais. Essa construção ilusória, carente de toda forma de retaguarda explicativa, possibilitou a secular exploração econômica, e penetrou na organização social de forma premente, ordenando todas as dimensões das vidas das pessoas, a partir do desequilíbrio entre a existência de privilégios brancos e o descrédito, a desvalorização e a exclusão negra (GUIMARÃES, 2009).

No Brasil, por quase quatro séculos, a desigualdade racial operou a organização econômica da colônia de exploração portuguesa, a partir do trabalho forçado de pessoas sequestradas e escravizadas do continente africano. Como delinea Kon (2017) sobre o processo de expansão da colonização europeia, baseado na morte e no sofrimento:

No processo, milhões de pessoas foram assassinadas ou perderam seus lares como resultado da ação predatória de forças militares, mercadores, missionários e traficantes europeus. O tráfico negreiro constituiu-se por si só, num dos maiores genocídios da história: no caso do Brasil, cerca de quatro milhões de pessoas negras foram tornadas escravas e trazidas brutalmente para cá, entre os anos de 1531 e 1855 (KON, 2017, p.23).

Porém, é importante registrar que o processo da abolição não foi um movimento voluntário e humanitário da política nacional e dos senhores de escravos, pois houve pressões internacionais para aplicação de embargos econômicos, movimentos jurídico-políticos de uma jovem elite abolicionista, articulações estaduais com regimentos para o fim da escravização, insurreições por todo território de negros que seguiam cativos, mobilizados principalmente por um expressivo contingente de população liberta, além de atividades culturais de denúncia e mobilização em prol do encerramento da vergonhosa prática nacional. Com boa parte da

população negra já liberta por meios próprios, o processo legal pelo fim da escravização ocorreu sem planejamento para reparação (MARINGONI, 2011).

A extinção da escravização não mobilizou sentimentos de integração nacional, ao contrário, havia um desejo coletivo de surgimento de uma raça nacional espelhada no padrão europeu. Maringoni (2011) explica que nessa intenção ocorreram sustentações de cunho político-ideológicos para manutenção da segregação racial no país, com incentivo ao influxo imigratório, além da entrada forte de correntes teóricas internacionais, representadas no Brasil por expoentes da comunidade científica, operando a chamada pseudociência, com falsas justificativas de caráter ideológico travestidos de pesquisa científica que subsidiaram e justificaram a inferiorização da população negra, a partir de atributos físicos.

Nessa perspectiva, o estudioso do processo de constituição social brasileira Guimarães (1995) aponta que o pensamento basilar que organizou a compreensão sobre raça àquela época se fundamentava no racismo científico, que trouxe consigo, métodos de comprovação de suas hipóteses ideológicas de superioridade da raça branca. Laguardia (2004) acompanha esse entendimento e registra que as origens desse pensamento se localizavam nos Estados Unidos e na Europa.

Também Nascimento (2016) investiu nessa denúncia/explicação, ao apontar em seus textos que:

A ideologia da brancura se arvora em valor absoluto. Tudo o mais é a sombra do inexistente. [...]. A ‘superioridade’ do branco, e a ‘inferioridade’ inata do negro-africano são louvados em todos os tons, e a ciência não negligencia essa tarefa: a antropologia, a etnologia, a história e a medicina contribuíram para a edificação da ideologia e para a institucionalização do racismo com fundamentos ‘científicos’ (NASCIMENTO, 2016, p. 197).

Munanga (2004, p.5) rechaça o racismo científico ao afirmar que a constituição física não permite justificar diferenças entre os humanos, aponta que houve uma translocação de conceitos da zoologia e da botânica, para legitimar as relações de dominação e continua sua argumentação explicando a inexistência de justificção biológica para a separação racial, sendo assim o conceito não tem utilidade analítica, visto que as poucas diferenças genéticas existentes entre as pessoas não permitiriam classificar ou fazer divisão da raça humana.

Sobre a construção das verdades científicas, como aquelas que justificaram a divisão racial no final do século XIX, mas que ainda hoje provoca efeitos, Foucault (2022) argumenta sobre a ‘política do enunciado científico’, que retrata como o poder opera na produção de

saberes, que ao se estabelecerem como verdades, garantem a manutenção das próprias estruturas de poder. Nesse sentido afirma:

O que está em questão é o que rege os enunciados e a forma como eles se regem entre si para constituir um conjunto de proposições aceitáveis cientificamente [...] Nesse nível não se trata de saber qual é o poder que age do exterior sobre a ciência, mas que efeitos de poder circulam entre os enunciados científicos; qual é seu regime interior de poder; como e por que em certos momentos ele se modifica de forma global (FOUCAULT, 2022, p. 39).

Guimarães (2008) avança conceitualmente ao apresentar a definição de raça a partir da sociologia como uma construção discursiva sobre as origens de um conjunto de pessoas, que se vale de marcadores físicos, e características morais, culturais e psicológicas, ou mesmo pelo sangue, como forma de classificação. Reforça que embora a discussão sobre o conceito de raça seja desgastante e repetitiva, com potencial para contaminar a sociedade com valores desumanos como ódio e preconceito, o debate que se coloca envolve a utilização desse vetor analítico para demonstrar uma realidade social dividida e desfavorável à população negra.

Em outro texto, Guimarães (2012) afirma que o movimento negro a partir da sua organização política passa a sustentar o legado histórico-político do conceito de raça, ao convocar todas as pessoas afetadas pela opressão a se organizarem, considerando a partilha comum de diversos aspectos, como uma forte cultura e em seu desfavor seriados efeitos opressivos. Dessa forma, a fusão das diferenciações de cor entre pretos e pardos, originando a população negra, fortaleceria todo o grupo populacional:

A raça retorna, portanto, não mais como mote do imperialismo ou colonialismo, mas como glosa dos subordinados ao modo inferiorizado e desigual como são geralmente incluídos e tratados os negros, as pessoas de cor, os pardos. A noção de raça tem vantagens estratégicas visíveis sobre aquela de etnia: remete imediatamente a uma história de opressão, desumanização e opróbrio a que estiveram sujeitos os povos conquistados; ademais, no processo da mestiçagem e hibridismo que sofreram ao longo dos anos, a sua identidade étnica era relativamente fraca ante os marcadores físicos utilizados pelo discurso racial (GUIMARÃES, 2012, p.63-64).

Ainda na década de 80, Sousa (1983) já argumentava nessa direção, ao considerar que raça é uma construção ideológica implicada numa condição social para organizar a hierarquia na estrutura de classes. Essa fusão entre as categorias raça e classe permitiu a manutenção da exploração da classe trabalhadora ao longo da história, em diversos cenários, mesmo após a abolição. Para além da organização de classe econômica, a diferenciação racial hierárquica opera com privilégios e vantagens para os brancos, e mesmo aqueles de classes sociais inferiores são seus beneficiários. Atrelado a isso, a persistência de um ambiente depreciativo e

um imaginário negativo para a população negra, afeta o seu desempenho e lhe impõe limites simbólicos e concretos (GONZÁLEZ, 2020; HASENBALG, 2021);

Sobre essa elaboração discursiva que conforma a hierarquia entre os iguais, Munanga (2004, p.7) assim a definiu:

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

Sobre o racismo, Jones (2002) o explica como um sistema sofisticado, composto de estruturas, políticas, práticas e normas, que sistematizam as oportunidades e deslocam as pessoas numa escala de valorização, a partir dos seus fenótipos. Desse modo, registra-se que não é um assunto de natureza individual, falha moral ou patologia, o racismo se manifesta como ordem de funcionamento social, e ocasiona desvantagens a alguns grupos e comunidades enquanto valoriza outros.

Almeida (2019) acompanha esse pensamento e considera que o racismo se revela a partir do desenvolvimento de posturas e práticas contínuas de discriminação fundamentadas na raça, em ações voluntárias ou involuntárias, que resultem em desfavorecimentos ou benefícios para os indivíduos, a depender da raça que se identifiquem. Por sua vez, o preconceito racial são impressões atribuídas a alguns indivíduos pertencentes à determinada raça, que poderá levar a ocorrência de discriminação ou não. Outrossim, a discriminação racial ocorre quando há abordagens e relações diferentes com indivíduos de grupos raciais distintos.

Essa modelagem racista opera o funcionamento social e impede o desenvolvimento pleno da sociedade, quando limita que certos indivíduos possam desenvolver o máximo da sua potência, especialmente aqueles que vivem em guetos e periferias (JONES, 2002). Desse modo, é relevante salientar que não se trata de sobrevalorização nacionalista, ou um sentimento de inimizade, ou repulsa, são relações de poder operando na estrutura social (KILOMBA, 2019).

Essa é a defesa de Foucault (2022) quando explica como se desenvolve a operação do poder em toda trama de relações sociais, o autor sustenta a importância de investigar as



formas de poder nos extratos mais periféricos, externos, nos recônditos, nas pontas de real manifestação, que são as vidas, as rotinas e os contextos sociais. Nessa perspectiva, refere:

Mas quando penso na mecânica do poder, penso em sua forma capilar de existir, no ponto em que o poder encontra o nível dos indivíduos, atinge seus corpos, vem se inserir em seus gestos, suas atitudes, seus discursos, sua aprendizagem, sua vida cotidiana [...] captar o poder nas suas formas e instituições mais regionais e locais, principalmente no ponto em que, ultrapassando as regras do direito que o organizam e delimitam, ele se prolonga, penetra em instituições, corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material, eventualmente violentos (FOUCAULT, 2022, p.215 e p. 282).

Heringer (2002) avança nessa discussão ao implicar a desigualdade racial no Brasil como obstáculo à sustentação da própria democracia, relaciona a falta de inclusão efetiva da população negra como impeditivo ao alcance de um país igual e justo para todos, visto que as consequências da discriminação racial são evidentes, graves e indistintas em relação aos ciclos de vida para a população negra desde a infância, e em marcadores sociais como acesso à educação e obtenção de boas posições no mercado de trabalho, com conseqüentes implicações negativas nos níveis dos rendimentos e condições da vida.

O poder operado pelo racismo se revela na divisão das riquezas e nos acessos às possibilidades de ascensão, por exemplo, nos espaços de representação, na disputa política, visibilidade na mídia e no acesso a bens e direitos como emprego, educação, habitação e saúde (KILOMBA, 2019). Todos estes são fatores basilares para constituição da saúde, nesse sentido, a vivência em condições de discriminação racial opera de forma pluridimensional na manutenção de um ambiente de exclusão e precariedade, restringe a circulação dos indivíduos nos espaços sociais, limita o acesso à renda e bens de consumo e nega possibilidades de tomada de decisão, obrigando o indivíduo a ser receptivo àquilo que é possível, inclusive o nível de bem-estar.

Nogueira (2021) alerta sobre a complexidade desse fenômeno ao explicar a magnitude da penetração do racismo para além do campo da consciência, e apontar o seu enraizamento nas estruturas do inconsciente tanto para brancos quanto para negros, que perpetuam modelos de relação e organização fundamentados na opressão. Para pessoas negras a constituição psíquica do eu é elaborada nesse arcabouço de poderes e tensões, em vista disso, essa autora sugere o aprisionamento do indivíduo negro em um cativo psíquico da imagem desumanizada de si. Esse ecossistema transcendente que implica o racismo na organização social em nível molecular e imaterial, sugere que medidas políticas e sociais não sejam suficientes para a eliminação desse dispositivo.

O entendimento sobre raça, pertencimento racial, racismo, preconceito e discriminação racial, da forma que é experimentado no Brasil, nos incomoda a refletir sobre as formas de existência possíveis em contextos de enfrentamento contínuo, desde o período intrauterino de tantas condicionalidades, primeiramente os sentidos atribuídos às dimensões da beleza, da riqueza, do bem-estar e da felicidade, num espectro eminentemente branco. Porém, a ilusão se corporifica quando adentra tantos processos sociais, que ocasionam múltiplas dificuldades, exigências de boa aparência, inaccessibilidade, burocracia, afastamento, desprezo, com as consequentes exclusões multiformes e dinâmicas.

Entre as pessoas que contribuíram para esse estudo, as compreensões sobre o racismo, estiveram relacionadas a sensações como horror, feiura, mediocridade e hipocrisia. Houve ainda referência à condição de crime e manifestações frequentes a registros de racismo reportados pela televisão. Há forte relação entre ocorrência de racismo e padrões de estética, principalmente a textura dos cabelos, além de menções a danos decorrentes de ataques racistas.

*[...] o racismo pra mim é um crime, que **afeta o sentimento da pessoa** que tá nessa condição, é **tira a estrutura da pessoa**, a pessoa toda feliz, toda cheirosa, vem um e fala: e aí neguinha? E aí cabelo de bombril? (Sílvia)*

*O racismo eu acho que isso aí, eu no meu ponto de vista, eu acho que a pessoa é muito superficial, superficial, ficar olhando, cor, cabelo, **eu acho triste mesmo**, que muita gente não se preocupa com a fome, o que a pessoa sente, se a pessoa está num ambiente salutar que tenha higiene, tenha comida, agora coisa superficial, um cabelo, uma cor, uma roupa, se a roupa é colorida, isso que eu não acho legal, acho mediocridade. (Luiz)*

*Discriminação né, racismo, principalmente quem tem a cor morena, ou quem é negro mesmo de verdade, passa muita... Esses dias eu estava vendo na televisão uma reportagem sobre isso. (Deivison)*

Sílvia sinaliza em sua fala que o racismo age especialmente no campo das emoções, além de chamar a atenção para os insultos em relação às características do cabelo e como esses ataques reiterados refletem no alcance da felicidade. Por sua vez, Luiz também aponta a textura do cabelo como um componente fenotípico bastante visado nas ações de discriminação e questiona quais parâmetros éticos são valorizadores em um Estado de natureza racista. Deivison hesita em nomear a cor negra, classificando provavelmente as pessoas pretas como negras “de verdade”, ainda refere que as reportagens de televisão discutem esse tema, essa afirmação demonstra a ampla disponibilidade desse meio de comunicação, porém as informações veiculadas têm sido insuficientes, para a conscientização da população sobre raça, racialização e racismo.

É importante destacar que os indivíduos negros inseridos numa cultura de base discriminatória, podem incorporar compreensões sustentadoras da hegemonia branca, ao passo que disseminam um imaginário negativo de pessoas semelhantes a si. Esse entendimento pode ser percebido no fragmento abaixo, onde Renan considera a possibilidade do sujeito, vítima da ação racista, ser o responsável pela própria discriminação.

*Eu acho que o racismo parte da pessoa mesmo, tipo assim, tem um negro e a pessoa olha muito pra ele, ele já pergunta “O que você tá olhando?”, **ele já tá se intitulado racista**, eu acho assim. [...] ele tá preocupado se alguém tá vigiando ele. Isso acontece muito em mercado, às vezes entra uma pessoa de cor, ele já fala logo, o que que você tá me olhando? com os seguranças, **então ele auto... se intitula como racista, ele acha que aquela cor dele já é motivo de racismo**, então ele já fica desconfortável, e não é isso. Às vezes a pessoa olha pra qualquer um que entra, que..., mas existe o racismo também, tipo entra uma pessoa mal vestida, o cara já olha diferente, mas o negro já é pior, ele já entra já, achando que tem alguém olhando. (Renan)*

Enquanto verbaliza um discurso de culpabilização das pessoas que sofrem discriminação, Renan reflete que existe racismo, mas o define como um preconceito de classe, a partir da expressão “pessoa mal vestida”, talvez ao trazer à memória a imagem de que a maioria das pessoas em condições de pobreza e dificuldade de acesso aos bens de consumo como vestuário sejam pessoas negras.

Nogueira (2021, p.58) nos alerta sobre o processo relacional de individuação do negro, no qual o sujeito vivencia o horror pela identificação com seus iguais, levando-o a uma regressão insuportável que tenta reprimir, e como resposta a esse conflito o indivíduo desenvolve uma ilusão de identificação, no qual se compreende branco. Ainda na constituinte González já nos advertia sobre o risco da interiorização de uma inferioridade:

*[...] uma imagem inferiorizada, e que efetivamente, se reflete nas nossas crianças pela internalização de uma inferioridade, inferioridade esta que é interiorizada através dos meios de comunicação e através do que se aprende na escola e, inclusive, no seio da família, porque a família negra não está alijada da sociedade. Quer dizer, são anos e anos de repetição da famosa ideologia do branqueamento, que se articula com a ideologia e o comício da democracia racial (GONZÁLEZ, 2020, p. 253).*

A questão da beleza, os ditames estéticos de padrão europeu, são fatores recorrentes de discriminação, rotulagem, vergonha, raiva, imposição de limites e exclusão. São situações culturalmente ainda muito presentes, seja a partir da recomendação subliminar da boa aparência para acesso aos postos de trabalho ou da imagem do delinquente periférico para acesso aos presídios. Foram essas ações de afetação direta e explícita que os usuários apontaram como as manifestações de racismo existentes. Embora sejam individualmente

altamente efetivas em apontar um lugar social inalcançável, estimular processos de mudança corporal, embranquecimento e superação temporária ou permanente das características do próprio corpo, compreendo que as implicações do racismo são profundamente mais impactantes nos seus aspectos sistêmicos, institucionais, políticos e econômicos, traçando os destinos da coletividade.

Em relação à discussão sobre a beleza, González (2020, p.242) denunciou a imposição de um modelo ocidental e branco que colocava as características negras em oposição à beleza prescrita. Os atributos naturais ainda são agravados com adjetivações para estampar ofensas no corpo, com expressões como “cabelo ruim, nariz chato ou fornalha, beiços ao invés de lábios, tudo isso resumido na expressão ‘feições grossas ou grosseiras’”,

Essas impressões tão depreciativas, ocasionadas por um arcabouço negativo das características racializadas como negras, nos ajudam a compreender as falas dos sujeitos do estudo, quanto ao processo de identificação racial, a partir da vigência de certa divergência entre o corpo real com seu fenótipo negro evidente e a descrição da própria cor, bem como a sobrevalorização do relacionamento com pessoas de raça não negra.

*[...] já tive namoradas gringas e elas falavam você tem uma cor linda, louras, lá no Arraial mesmo, argentinas, elas sempre elogiaram a minha cor [...] Meu pai e minha mãe é branco, meu pai é da minha cor, só eu que saí dessa cor, minha irmã é branca e meus irmão são brancos. (Luiz)*

*[...] ela queria que eu namorasse um rapaz, enorme, de grande e preto, você sabe o que é preto, que quando faz barba fica cheia de caroço, desse jeito, mas ela queria que eu namorasse de verdade, você quis? Nem eu. (Maria)*

*[...] minha filha sarou e quando ela ficou mulher, ela falou assim, mãe, eu não quero casar com negro, eu falei, meu pai, eu lembro o dia que ele falou que eu não era filha dele, que eu sou negra, aí eu disse, é trauma, porque nós tudo gosta de negro, tem negro casado com negro, aí depois, eu falei tá bom, você vai casar com branco, porque os branco gosta de um negro [...] e essa que é negra, casou com um italiano, conheceu, casou. (Lúcia)*

Luiz demonstra confusão sobre a própria cor ao dizer que o pai é branco e, ao mesmo tempo, afirma que o genitor é da sua cor, ressalta que sua família é composta quase na totalidade por brancos, exceto ele e destaca o relacionamento com as “gringas”, em geral turistas brancas de outra nacionalidade que circulam na região. Enquanto Maria refere que sua mãe, com a qual tem uma relação bastante conflituosa, queria que ela se relacionasse com um homem preto, mas que ela não quis e apontou uma característica desqualificadora da pele negra. Já Lucia, refere que a filha mais parecida consigo sofreu com o tratamento recebido do

pai, o qual sempre questionou a paternidade por conta da cor da menina, acredita que isso motivou-a a rejeitar relacionamentos com homens negros.

Essas considerações sobre autoidentificação e desvalorização do próprio fenótipo são culturalmente construídas e cabe uma reflexão social, em especial dos serviços de saúde sobre a necessidade de investimento na discussão racial, na inclusão do tema nos processos de trabalho da educação permanente e da educação popular em saúde, a fim de ampliar a tomada de consciência, a decisão, a ação e a reparação, haja vista a população deste estudo, ser afetada por fatura de determinações sociais geradoras de desigualdade, e desconhecer o fato principal que as colocou em desvantagem ou mesmo desvalorizarem pessoas semelhantes a si. É o alerta fortemente referido por Carneiro (2011):

Vem dos tempos da escravidão a manipulação do negro de pele clara como paradigma de um estágio mais avançado de ideal estético humano; acreditava-se que todo negro de pele escura deveria perseguir diferentes mecanismos de embranquecimento. Aqui, aprendemos a não saber o que somos e, sobretudo, o que devemos querer ser. Temos sido ensinados a usar a miscigenação ou a mestiçagem como carta de alforria do estigma da negritude (CARNEIRO, 2011, p. 64).

Em relação ao imaginário social de cunho afetivo-sexual valorizador da brancura, Pacheco (2013) considera que persistem no corpo da mulher negra inscrições da exploração econômica e da hipersexualização, que ocasionam impactos no campo socioafetivo. A presença física negra em lugares de subordinação modelou um ideário afetivo da mulher branca com consequente solidão da mulher negra. Os homens negros também assumem essa visão cultural, pois especialmente aqueles que ascenderam socialmente tendem a se relacionar com mulheres de pele clara. Por outro lado, as trajetórias de mulheres militantes revelaram que a mobilização política provocou um reconhecimento ou descobrimento da própria beleza, com valorização da estética negra, especialmente nos padrões dos cabelos e das roupas, o que na visão da autora, rompe com um passado de depreciação.

Outrossim, quando se analisa a percepção do racismo em suas vidas, a maior parte dos entrevistados, referiram que nunca sofreram racismo. Por seu lado, Deivison e Christian disseram que foram atingidos pela discriminação, porém recomendaram que não devessem se importar com esse tipo de fenômeno, de outro modo, teriam que ser fortes e não dar atenção a essas ocorrências. Essa postura branda e passiva, pode primariamente revelar o desinteresse na questão racial enquanto uma dimensão humana significativa, político e socialmente decisiva. Secundariamente, essa amenização aponta a perspicácia dessa chaga, o racismo, na perpetração recorrente, crônica, sutil e escamoteada de experiências discriminatórias, que

sustentam a sua impunidade no desconhecimento sobre os impactos do racismo na saúde, bem como na descrença na justiça.

*Eu acho que já, é assim não sei, às vezes eu por algumas palavras que deixa a gente né, meio injuriado, **mas eu nem ligo não, quando eu vejo alguém assim, mangando de mim, eu faço de conta que nem vejo, dou as costas.** Já tive experiências assim, eu não lembro assim, mas eu me senti magoado, em relação à cor também. (Deivison)*

*Ah, se a pessoa ver que é racismo, a pessoa busca os direitos, procura os órgãos aí, faz um papel, **vai ganhar cesta básica, financiada por eles, tá de boa.** (Christian)*

Para essas pessoas o racismo existe como um fenômeno horrendo, doloroso, criminoso, mas continua sendo tratado como algo externo, referem acessar informações pelos meios de comunicação, que em geral, comunicam casos terríveis de crime de racismo, com citações diretas, violências, agressões e mortes. Frente a isso, o que constatei foi uma caracterização de racismo distanciado da realidade, o que associado à ausência de identificação de discriminação racial pelos profissionais de saúde e outros setores sociais, afasta ou mesmo inviabiliza a discussão, suprimindo, de certa forma, a percepção do fenômeno na elaboração psíquica do indivíduo, bem como a identificação de crime de racismo com a devida compensação

Ocorreu ainda certa confusão nos conceitos, visto que com frequência quando se aprofundava a discussão sobre o racismo, os entrevistados referiam-se à homofobia, à discriminação pela classe social, pela loucura, ou mesmo condição orgânica preexistente. Ficou evidente nas falas o acúmulo de condições que operaram vulnerabilidades bastantes estigmatizadoras e elevados níveis de *stress* associado. Considerando as singularidades humanas não é possível determinar o dano ocasionado por cada demanda, porém registramos a recorrência dessas experiências em corpos que enfrentam tantas desvantagens para o seu posicionamento social. Foi possível conhecer ainda como a vivência de discriminação por outras condições inerentes ao indivíduo, detém efeito transgeracional da desqualificação baseado em estigmas, quando são atacados amigos e familiares que não possuem o agente de exclusão.

*A coisa que eu mais sofri na minha vida, por causa do HIV, porque não foi só eu, **eu chorava, chorava, tanta dor, por causa do racismo** e esses três aí, (nome dos filhos), eles vinham da escola de cabeça baixa, eu perguntava a eles, porque vocês estão chorando, é painho, os coleguinhas da escola disseram que você tem AIDS, filho não sofre não, não chora não, onde painho pegou tem mais, vamos brincar, esquece isso, **isso é um racismo muito cruel, (CHORO),** porque meu filho tão pagando uma coisa que eles não fez, porque **eles são tão canalhas que além de judiar do pai, quer judiar do filho,** uma racismo desse aí, é muito violento, é muito*

*cruel, **tem mais outros racismo que faz comigo**, mas eu ensinei eles a ser forte, essa conversa que eu tô chorando aqui, eu aprendi aqui no CAPS, a inteligência, o carinho que vocês têm com os pacientes, eu fui pegando as coisas boas sabe, e vendo que palavra do mal é mais na rua (Sílvio)*

*É uma coisa muito feia, coisa feia demais, você é doido, o cara julgar os outros **pela cor da pele, às vezes por ser um gay**, tá ligado, isso eu acho muito feio, eu não julgo ninguém assim, eu tinha uns colegas boiolas lá em Itabela, os cara para no meio da rua, eu trocava ideia com qualquer um deles [...] olha se eu vou ter vergonha de conversar com uma pessoa, só porque o cara... olha, esquisito demais isso. (Emiliano)*

*[...] **eu já sofri racismo, pro lado de diferença, por dificuldade financeira**, entendeu, as pessoas ficar me excluindo, **me colocando sempre lá pro canto lá, me excluindo do meio deles**, quando se tem nada, quer que a pessoa veve lá com nada [...] quando a pessoa vê você com uma condiçãozinha melhor, eles colam em você, agora quando vê a pessoa só nesse negócio de pedir, de arrumar, eles não quer ajudar ninguém, eles querem te ver lá, quer viver do seu, **quer que cada um viva do seu**. (Christian)*

Sílvio nos revela em sua fala o quanto são incentivados ao esquecimento, com tolerância e disfarce das dores, nessa perspectiva tanto quem opera a agressão não é repreendido pelas violências que comete e, portanto, segue com esse comportamento autorizado, quanto àquele que é vítima da agressão ao “esquecer”, não compreende, não reage e não elabora tomadas de decisão mais adequadas para a proteção da própria subjetividade, o que doravante, poderá afetar a forma que o indivíduo se colocará nas relações. Sílvio ainda afirma que essa forma de enfrentamento, com tranquilidade e fuga de conflitos, ele desenvolveu no CAPS. Christian, por sua vez, destaca o preconceito de classe e as formas que as relações têm se desenvolvido na atualidade, com a valorização do sucesso individual em detrimento das práticas mais solidárias.

Nesse movimento de desvelar esses modais de opressão, Kilomba (2019) valoriza o importante papel da linguagem na organização social, que permite manter, fortalecer e eternizar relações de poder e violência, eixos de estruturação do racismo. Através das diversas formas de comunicação, a linguagem consegue manter as normas e até mesmo definir a condição humana. Ela ainda destaca como a nomenclatura de aproximação animal resultou da colonização e reafirma relações de poder e importunação sexual, além de reforçar a condição de humanidade pelo fenótipo branco.

Ainda sobre a influência da linguagem, Sousa (1983) assinala o sentido camuflado de manifestações positivas sobre o mito negro com referência a uma maior sensibilidade artística, evidenciada na afinidade com as músicas e ritmos, capacidade para atividades de resistência física e performance sexual, traços estes que demonstram um discurso dissimulado de superioridade negra, pois essas capacidades se associam à falta de racionalidade e primitivismo, em oposição aos atributos refinados e racionais do branco. Da mesma forma,

quando se supervaloriza a sensibilidade do negro para questões de cunho subjetivo é sempre em contraposição à capacidade de raciocínio e lógica que se aplica para a população branca.

A influência desse discurso pode ser percebida em alguns estereótipos difundidos na sociedade, tal como o homem negro violento, amplamente propagado nas mídias abertas, filmes e outros modais de comunicação. Nessa perspectiva, Collins (2021) repercute o impacto desse estigma na propagação do imaginário de violência associado ao homem negro, como se fossem tomados por uma ferocidade inata que necessitasse ser dominada, essa ilusão serve como mais uma forma de controle a ser articulada sobre essas pessoas, limitando sua cidadania e o respeito à sua condição humana.

Talvez a imagem racista mais amplamente propagada, seja a referência ao macaco e são frequentes os flagrantes de xingamentos, gesticulação e mímicas, registros que são identificados especialmente em espetáculos de massa como jogos de futebol, bem como nos destaques de redes sociais. Nesse sentido, Souza (2021) afirma que a representação do negro como intermediário entre o macaco e o branco, fixa e restringe o indivíduo à dimensão biológica, retirando destes toda a complexidade cognitiva e arcabouço de emoções humanas.

Nogueira (2021) afirma que a denominação ‘macaco’ é particularmente distinta de outras formas de insultos raciais, pois atinge o espírito, aponta defeitos em seu próprio corpo, no caso a cor negra, afetando numa só ação a sua identidade e a sua humanidade. O indivíduo se sente representado no conjunto das pessoas brancas, porém, na posição de animal. Ocorre então, a vergonha de si, fenômeno resultante do reencontro com marcas de imperfeição apontadas sistematicamente, caracterizadas como defeitos, mas que por serem inerentes ao corpo, não tendo como escondê-las, o sujeito passará então às tentativas de corrigi-las.

Em relação às compreensões sobre o racismo e experiências de discriminação, as narrativas estudadas revelaram a prática de desumanizar os indivíduos negros, pela modalidade da animalização, a citação direta a condições degradantes e inumanas, e até mesmo anulação de seus nomes, houve ainda referências a agressões às características físicas da população negra, como o cabelo crespo. É importante registrar que mesmo os profissionais de saúde sustentam esse comportamento de nomear o usuário como animal, num movimento acrítico de desumanização e desqualificação, com potencial de provocar danos à sua autoimagem.

*O apelido tiziu (todos o chamam assim no CAPS- nome de pássaro) quem colocou foi minha outra mãe, eu tenho duas mães, eu tenho a outra mãe que me amava demais, ela era diretora do AVON e da Hermes, aí ela venha cá e eu era da cor dessa roupa sua (blazer preto), aí botou esse apelido (tiziu) e pegou esse nome. (Sílvia)*



*[...] eu nunca ouvi meu nome da boca de mãe assim, nunca ouvi, era nigrinha mesmo, e eu tomei um pavor desse tal de nigrinha, você não tem nem ideia, eu não consigo dar pra preto, cê acredita?(Maria)*

*[...] a (nome da filha) mesmo tem um cabelo, era mais assim do que o meu, um pouco, mas mesmo assim, ela cuidava do cabelinho, **ela começou a alisar por causa do pai**, porque não tinha problema ela ter o cabelo crespinho igual ao meu, **porque ela foi frustrada** [...]* (Lúcia).

Sílvio é chamado por esse nome de pássaro e quase não é mais reconhecido pelo seu próprio nome, os profissionais e ele mesmo não o nomeiam de forma adequada, em um processo que foi naturalizado sem resistência. Diferentemente de Maria, que se queixa dos apelidos que recebia na infância, especialmente no ambiente intradomiciliar, ao longo da sua fala algumas vezes ela se ressentia desse apelido no diminutivo como se fosse utilizado para confiná-la na pequenez e na escassez. Enquanto Lúcia aponta para a mudança na textura do cabelo da filha, como resposta a um comando social de alinhamento ao padrão estético branco, e aproximação com o fenótipo do genitor que resistia em manifestar afeto pela menina.

Essa rotulagem, que os usuários referem de formas diferentes, provoca reações também singulares, potencialmente danosas. Além disso, é amplamente discutido e divulgado o quanto a linguagem da animalização persiste como tecnologia de opressão, ódio e morte, utilizada com frequência de forma pública, sem constrangimentos, sejam em eventos grandes, públicos, filmados ou mesmo nas comunicações e comentários de redes sociais.

Guimarães (2012, p.183), contribui para a discussão sobre as formas de perpetração da diferença e da discriminação, ao analisar as queixas de racismo, injúria e infâmia, em uma delegacia especializada de São Paulo e apontou o insulto racial como infração de normas sociais a partir da expressão de repulsa para alguns grupos populacionais, nos moldes de uma tecnologia de opressão: “Os insultos raciais [...] como instrumentos de humilhação, sua eficácia reside em demarcar o afastamento do insultador em relação ao insultado, remetendo este último para o terreno da pobreza, da anomia social, da sujeira e da animalidade”.

Este autor esmiúça em sete categorias, os insultos raciais verbais encontrados nos registros daquelas pessoas que decidiram denunciar o crime, são elas:

1. Simples nomeação do Outro, de modo a lembrar da distância social e justificar a interdição de contato;
2. Animalização do Outro ou implicação de incivilidade;
3. Acusação de anomia, em termo de conduta delinquente ou ilegal, imoralidade sexual, irreligiosidade ou perversão religiosa;
4. Invocação da pobreza ou da condição social inferior do outro, através de termos referentes a tal condição,

referência a uma origem subordinada, uso de diminutivos, acusação de impostura (assunção de posição social indevida); 5. Acusação de sujeira; 6. Invocação de uma natureza pervertida ou de maldição divina; 7. Invocação de defeitos físicos ou mentais (GUIMARÃES, 2012, p. 186).

Ao longo das narrativas percebi como a perpetração de tais insultos raciais se manifestou com frequência de forma indireta, captados na acentuação das hierarquias, práticas de racismo religioso, privação da alimentação, supressão de pagamentos e tantas outras ações que revelaram as formas de relação com as alteridades, ou seja, o investimento sequencial na preservação das diferenças entre as pessoas, na conservação de poderes que dão concretude ao racismo sistemático. Foi nesse cenário de rigidez nas relações sociais e convivência histórica com condições de sofrimento da população negra, que se constituíram as subjetividades das pessoas desse estudo, afetadas interseccionalmente por alguns flagelos sociais e pelas condições de organização do sistema de saúde, em Eunápolis, cidade do interior da região Nordeste do Brasil, onde a performance insatisfatória do sistema de saúde tem se somado a outros determinantes e afetado a qualidade de vida dos usuários.

## 2.2 RACISMO, BIOPODER E AS TECNOLOGIAS DE ELIMINAÇÃO DA POPULAÇÃO NEGRA

A força de apresentação do racismo, enquanto base das relações sociais, enraizada dentro da cultura brasileira, nos reporta ao conceito de biopoder, apresentado por Foucault (1999, p.304), que explica como o racismo operou como uma premissa e/ou tecnologia de organização e funcionamento do Estado moderno a partir do século XIX.

O que inseriu o racismo nos mecanismos do Estado foi mesmo a emergência desse biopoder. Foi nesse momento que o racismo se inseriu como mecanismo fundamental do poder, tal como se exerce nos Estados modernos, e que faz com que quase não haja funcionamento moderno do Estado que, em certo momento, em certo limite e em certas condições, não passe pelo racismo (FOUCAULT, 1999, p.304).

O biopoder se define pelo movimento de controle estatal sobre as populações, que incluiu os mecanismos do poder soberano como fazer viver, deixar morrer ou enfraquecer a existência, porém esse regime não contemplou de início o domínio da possibilidade de matar, até então exclusivo do monarca. O controle sobre a morte vai ser retomado com o racismo, que passa a ordenar os grupos dentro da sociedade, fragmentar e desorganizar a harmonia social. Sendo assim, a partir dessa concepção: “A função assassina do Estado só pode ser

assegurada, desde que o Estado funcione no modo do biopoder, pelo racismo” (FOUCAULT, 1999, p. 306).

Mbembe (2018) a partir da análise do conceito de biopoder descrito por Foucault, sofisticada esta definição do poder que organiza a sociedade entre quem pode viver e quem deve morrer, ao apontar em seu ensaio as operações de controle populacional reguladas pelo racismo.

Esse controle divide a sociedade em grupos e subgrupos e a divide a partir do racismo. Esses imaginários deram sentido à instituição de direitos diferentes, para diferentes categorias de pessoas, para fins diferentes no interior de um mesmo espaço; em resumo, o exercício da soberania. [...] Soberania significa ocupação, e ocupação significa relegar o colonizado a uma terceira zona, entre o estatuto de sujeito e objeto [...] No caso, a soberania é a capacidade de definir quem importa e quem não importa, quem é ‘descartável e quem não é’ (MBEMBE, 2018, p. 39).

Lima (2018a) analisa esses autores para debater a situação racial no Brasil a partir da análise do biopoder e avança para a discussão sobre necropolítica, como uma decisão voluntária de eliminação de uma população indesejável. Ela usa esses dois paradigmas para compreender as operações de eliminação da população negra a partir do direcionamento prescrito pela ideia de raça. Argumenta que esse modelo de desenvolvimento brasileiro fundamentado na divisão e apartamento social camuflados na ilusão da democracia racial impede o alcance de boas condições de vida coletivas e da própria democracia.

Por sua vez, Santos *et al.* (2020) apontam que a necropolítica também se operacionaliza pela inação, como estratégia de deixar morrer. Nesse sentido, traz como exemplo a insuficiência de ações relacionadas à pandemia de Covid-19 no Brasil, que afetou e ceifou principalmente a vida das pessoas negras. Esses autores destacam modalidades de aplicação da necropolítica infiltradas no Estado Brasileiro moderno:

[...] o que se percebe dentro de uma estrutura de um sistema que legitima mortes de pessoas negras são as diversas articulações tanto no sistema penal que encarcera, quanto na violência policial que aniquila, quanto na saúde pública que invisibiliza suas mortes. Resta nítido que a necropolítica funciona perfeitamente bem no Brasil. (SANTOS *et al.*, 2020, p.4220).

Nessa mesma vertente, Ribeiro (2020) explica que o racismo se aparelha da crueldade, da seletividade e amiúde assume seu caráter genocida de forma evidente. Por sua vez, Silva (2021, p.3) acrescenta formas de funcionamento do biopoder no Brasil, para eliminação da classe trabalhadora preta empobrecida, em especial, a mulher negra. Nesse aspecto, recorre à

metáfora da “limpeza” racial para ilustrar as formas intencionais de extermínio dos indesejados, degenerados e seleção dos aptos.

Observamos em nossa região nas discussões clínicas sobre a situação dos usuários de serviços de saúde mental, especialmente nos municípios da costa, investimento em ações de necropolítica, haja vista, o incômodo com a circulação de pessoas em situação de rua e usuáries de SPA concentrados em determinados territórios, como se suas presenças interferissem na paisagem das cidades projetadas para atração do turismo internacional. Esse argumento foi utilizado para indicação de internação hospitalar e manicômios, o que evidencia o investimento maior na expulsão do que no cuidado. Para enfrentar essas investidas da indústria do turismo e demais interesses de uma conjuntura ultraconservadora, as equipes de saúde precisam se fortalecer coletivamente, com vínculos qualificados e condições técnicas para argumentação em prol do cuidado em liberdade.

Em adição a essa discussão, Tavares e Jesus Filho (2020) denunciam como o racismo expande seu dano para além da morte física, através de ataques estratégicos a outras dimensões humanas fundamentais, a partir do esquecimento, da desvalorização da ancestralidade, do legado cultural e tecnológico para o desenvolvimento do país, do idioma, patrimônio, etc. A agressão a estes fatores que operam na construção subjetiva via de regra é precedida por danos físicos através das violências, da falta de acesso à terra, do desconhecimento dos ritos e características genuínas.

Autores como Faro, Pereira (2011) e Rocha (2018) acompanham esse pensamento quando explicam a relação entre raça, racismo e estresse e consideram que agressões de magnitudes diversas danificam ao longo do tempo a satisfação psicológica dos indivíduos, especialmente no Brasil, que sustenta uma sociedade marcada pela negação do racismo e contempla uma relação fantasiosa entre a realidade social e a vida concreta das pessoas em situação de minoria.

Convocamos esses conceitos nesse estudo por entender que o racismo, da forma como nos foi narrado pelos participantes, denotou fortemente seu legado histórico, de construção e penetração na cultura e demais processos sociais, a partir da assimilação passiva, internalização e regulação involuntária das impressões negativas relacionadas à população negra. Para, além disso, a nossa análise permitiu entender como a discriminação racial tem um componente ativo e processual de eliminação, retirando do indivíduo aos poucos seu arcabouço de sonhos e possibilidades, visto que desde o nascimento, lhe interpõe barreiras para serem suplantadas sistematicamente, como a pobreza, a fome, a baixa escolaridade, o desemprego e posteriormente com violência direta com armas físicas, químicas e biológicas,

extirpando lhes o amor-próprio, estampando a feiura, a agressividade e a periculosidade, afastando-o geograficamente ou mesmo cerceando a liberdade. Tais fatores drenam a saúde paulatinamente, numa escalada de sofrimento e morte fartamente denunciada e representada pelas populações dos manicômios, das prisões e unidades socioeducativas, comunidades terapêuticas e institutos médico-legais.

Retomamos novamente o discurso de González na Constituinte, pois demonstra o quanto nossos avanços pela reparação caminham a passos lentos, em detrimento das consequências e dos danos nas condições de vida individual e coletiva, as quais seguem como vergonha e marcação de atraso no desenvolvimento social.

E não é por acaso, portanto, que vamos constatar que a maior parte da clientela dos presídios brasileiros é constituída por negros. E não é por acaso que a clientela dos hospícios brasileiros é constituída por negros e por mulheres; não é por acaso que a mulher negra se encontra na prostituição, uma vez que a ideologia que aí está, a ideologia que nos vê, a nós mulheres negras como prostitutas [...] (GONZÁLEZ, 2020, p. 249).

A biopolítica do Estado brasileiro se notabilizou em nosso estudo, pela recorrência nas falas dos usuários de convivência e resistência à violência, com diversas exemplificações. Nesse sentido, ao final das entrevistas a sensação que se tinha era da chegada numa corrida de obstáculos, onde o prêmio era a possibilidade do indivíduo estar vivo para poder relatar sua trajetória, essas foram sensações manifestadas pelos usuários e pela pesquisadora, no encerramento de alguns encontros.

A totalidade dos participantes manifestou experiências de violência, adicionalmente, os registros reportaram a vulnerabilidade à ocorrência de acidentes, relacionados ao trânsito e quedas. Como exemplos foram relatadas as condições de transporte dos trabalhadores rurais nessa região, notadamente ruins, seja pelas condições dos veículos, em geral, ônibus e caminhões antigos, e são frequentes os flagrantes de famílias transitando nas caçambas ou acidentes relacionados ao estado das estradas vicinais enladeiradas e lamacentas. A narração de Luiz a seguir, demonstra a convivência com os riscos diários no percurso para o trabalho na zona rural.

*[...] certo dia, choveu e tem cada ladeira de barro, aí o ônibus quando vinha de lá pra cá, lotado, sabe e choveu, o barro, o ônibus começou a patinar na ladeira, **ê moça foi um terror, as mulheres gritavam, ê vai morrer todo mundo.** [...] Tudo da minha cor, a maioria, da minha cor pra mais escuro. (Luiz)*

*Minha infância foi boa, mas teve uma época, quando eu tinha seis anos, que não foi muito boa não, eu caí de cima do caminhão, tá vendo esse talho aqui (mostra*

*extensa cicatriz no couro cabeludo), eu caí do caminhão, aí teve que operar [...]*  
(Emiliano).

A fala de Luiz ainda é agravada pela baixa possibilidade de resolução dessa situação, pois vinculados às fazendas em sua maioria, por acordos informais, e recebendo por produção, as pessoas que se dedicam a esse serviço têm que comparecer para as jornadas mesmo cientes dos perigos e da convivência com condições de risco de morte diariamente. Enquanto Emiliano nos refere uma frequente causa de adoecimento e morte que são os acidentes na infância, crianças que vivem na zona rural em geral têm dificuldade para frequentar creches ou mesmo os primeiros anos da educação infantil e se tornam vítimas fáceis de acidentes quando os genitores seguem para o trabalho. Sob supervisão precária, as crianças, especialmente as menores, permanecem vulneráveis aos riscos no ambiente intradomiciliar.

A ocorrência de acidentes nessa população, conceitualmente poderia nos conduzir a uma compreensão imponderável sobre o caráter fortuito da intencionalidade desse tipo de mortalidade por causa externa. Entretanto, analisando de forma interseccional o contexto da vitimização dessas pessoas, o componente racial se destaca como fator que direciona os indivíduos às experiências de quase morte e outros danos, na perspectiva em que os impõem piores postos de trabalho, maior circulação na condição de pedestres, menor acesso a veículos com melhores composições de segurança, vivência em domicílios e territórios com estruturas físicas mais precarizadas, que faz os acidentes nesse extrato populacional terem intencionalidade prevista no processo biopolítico de eliminação sistemática que se arrasta há anos em nosso país, o qual sustenta a desresponsabilização dos autores.

Além dessa modalidade, a violência institucional foi muito citada, com referência às múltiplas exigências das instituições públicas nos processamentos das solicitações, com requisições de muitos documentos, trânsito em diferentes instâncias e procedimentos, requerendo tempo, custeio e deslocamento de pessoas que, em geral, trabalham por diária, ou seja, o tempo que se perde no atendimento da burocracia estatal muitas vezes repercute na perda de recursos daquele dia de trabalho.

Outra observação é o excesso de provas necessárias para concessão de benefícios, os quais, muitas vezes, são a única fonte fixa de rendimento com o qual essas pessoas podem realizar algum planejamento financeiro. Mesmo destinado a pessoas tão necessitadas, o sistema opera com travamentos excessivos, como a experiência de um usuário que por ter pessoa nonagenária aposentada em casa, teve o valor da transferência de renda suspenso. Essa situação se mostra mesmo injustificável, considerando o valor do salário mínimo, os custos da

cesta básica atual, a inflação vigente e as despesas no cuidado a uma pessoa idosa no domicílio. Fica evidente que o sistema de proteção social precisa ser qualificado, para que as investigações de eventuais erros e liberações indevidas, não ocasionem suspensões inesperadas de benefícios para aqueles que mais precisam deles.

O racismo institucional opera habilmente nesses processos burocráticos, inclusive a partir das instituições de proteção das áreas da saúde e assistência social públicas, as quais direcionam as suas ações essencialmente para a população negra. Esses processos de trabalho são permeados por múltiplas barreiras geográficas, consumo de tempo, exigências de documentos em excesso, e restritos como, por exemplo, apresentação de conta de energia elétrica, atendimento pouco resolutivo, processo de trabalho centralizado em algumas pessoas com formação de filas, enfim, uma série de entraves que provocam peregrinação, atrasos, negação de direitos, frustração e sofrimento, fatores que aumentam o estresse da população que depende das entregas dessas instituições para garantir condições de cidadania.

*Eu fui na Secretaria de Assistência Social, **fui a semana passada todinha, só fui resolver na sexta-feira**, no banco é pra você vir sacar o dinheiro, você vem sacar, agora o problema que não tá vindo você tem que ir no CRAS, aí a mulher falou, **a não resolve aqui**, a mulher do balcão, lá no centro, perto do INSS, cheguei até a me alterar um pouco, porque **a mulher falou você tem que ir no banco e eu respondi, no banco eu já fui, enfrentei uma fila lá**. Nisso saiu dois caras lá querendo me intimidar, deram tapas nas paredes pra ver se eu me intimidava. (Luiz)*

A saga de Luiz para reaver o benefício que foi suspenso inadvertidamente demonstra com detalhamento como o racismo opera seu efeito de desumanização, pois além de sofrer a privação financeira, o sujeito é provocado a peregrinar, a clamar, a se humilhar, em um processo em que o seu tempo tem valor diferenciado das demais pessoas, visto que pode ser perdido sem que ninguém se importe com isso, há nessa cena uma percepção de inferioridade que coloca Luiz em constante penitência. Ao se levantar contra esse processo, ele é novamente calado e empurrado para baixo de alguém pelo uso da força, nesse caso, a vigilância patrimonial.

A violência por intervenção legal, ou seja, perpetrada por agente detentor da força, também é narrada por Christian neste trecho:

*Operei não, eu cheguei no hospital, na base de umas duas ou três e meia da manhã, eu tomei um susto lá, quando foi nove horas do dia de um sábado, eu tava na cadeia todo atirado, aí pegou e me botou no chão lá, **não deu assistência nenhuma, não deu remédio nenhum, não fez nada**. Os homens me pegaram (policiais), me levaram pro regional, num plano pra acabar de morrer, só que aí aconteceu o contrário, eu não morri, aí entrou um policial de bota e me bateu demais, viu vêi. Um bocado de bicuda aqui, eu larguei era as bolas de sangue no chão lá, as*

*golfadonas de sangue, saía sangue pelo olho, pelo ouvido, ficou o corpo todo dormente.* (Christian)

As duas citações acima ainda demonstraram a prática de violência direta por agentes de segurança, sejam aquelas promovidas por policiais, ou mesmo outras forças como os profissionais de vigilância patrimonial. São recorrentes e até mesmo naturalizadas as ações violentas dessas corporações direcionadas para a população negra, o que forjou até mesmo a expressão tão difundida, “pele-alvo”, sendo esse grupo populacional reconhecidamente os corpos preferenciais dos processos de eliminação concretos viabilizados pelo Estado. E, mesmo não restando dúvidas sobre as origens dessa metodologia, a partir do imaginário fenotípico do bandido são precárias e ineficazes as medidas de contenção do racismo nessas corporações que fazem uso da força e das armas em nome do Estado.

O relatório *Pele Alvo: a bala não erra o negro de 2023*, o qual consolidou as informações sobre a letalidade por intervenção do Estado a partir das secretarias estaduais de segurança pública de oito unidades federativas, revelou a desproporcionalidade entre o quantitativo da população negra e as altas taxas de mortes de negros nesses territórios, o que demonstra um direcionamento da violência e do extermínio nas práticas policiais. Nesse sentido, essa publicação problematiza o fato da profusão de publicações disponíveis sobre o pacto genocida de eliminação da população negra no Brasil, não estar acompanhada da redução na carnificina estabelecida contra a população negra que segue empobrecida, marginalizada e estereotipada como violenta. Houve referência a precariedade das estatísticas sobre raça/cor nas informações dos setores de segurança pública, que escamoteia a realidade sangrenta na maioria dos estados e fortalece o mito da democracia racial. Além disso, apontou o Estado da Bahia como aquele com maior número de vítimas em números absolutos entre aqueles pesquisados (RAMOS *et al*, 2023).

Destacamos ainda que as equipes de polícia, mesmo não sendo componentes da RAPS, são frequentemente acionadas para agir em situações de crise em saúde mental, especialmente por conta do estereótipo do usuário violento e certa falta de destreza dos profissionais no manejo da inquietação e alterações de comportamento, quando requisitam a presença da polícia para intimidar ou controlar algum sinal de heteroagressividade. Entendemos que há necessidade de ampla discussão regional, pois amiúde os profissionais de saúde mental recorrem a essas categorias de forma corriqueira tratando como rotina nas emergências, por outro lado, há situações, especialmente nos municípios menores em que toda a comunidade, inclusive esses agentes compõem uma rede comunitária de proteção,



requerendo dos CAPS a ativação, sensibilização e educação permanente desses trabalhadores, inclusive para enfrentamento do racismo e promoção da saúde da população negra.

Houve robusta referência à violência doméstica, especialmente, voltada para a criança, adolescente e mulheres presentes no domicílio, que se manifestava principalmente, a partir da violência física, psicológica e patrimonial e todos os seus danos associados, o que demonstra a magnitude do patriarcalismo, do machismo e da misoginia operando dentro das relações familiares. Registramos que todos esses fatos operam numa base discriminatória racista que colocam mulheres e crianças com desvantagens seriadas, seja por menor compleição física, persistência de cultura agressiva na educação infantil e objetificação das mulheres, bem como as dificuldades materiais e incipiente rede de proteção, fatores que forçam e extrapolam as formas de resistência possíveis. De fato, os registros dos usuários revelaram como essas condições são promotoras do sofrimento e demonstram o desamparo e a dor com os quais eles tiveram que conviver.

*Eu vim pra aqui fugido mesmo, **meu pai me deu uma surra**, não foi eu que fiz, foi meu irmão, aí falou que foi eu, cheguei cagar nas calças, eu nem lembro mais o que que foi, aí eu comecei a juntar dinheiro, porque desde seis anos de idade, eu já trabalhava e me piquei pra Eunápolis.*(Deivison)

*[...] a primeira depressão que eu tive, eu tinha quatro anos, eu vi meu pai, a mais triste foi essa, o meu pai botando uma pistola, uma arma antiga, que ele mesmo fabricava e ele também pegava, ele era tipo um traficante, mas naquele tempo ninguém levava a sério, **pegou essa arma e apontou pra cabeça da minha mãe, aí eu adoeci**, nesse tempo, e eu tive a mente muito ruim, sabe, adoeci, é eu não conseguia comer, nem olhar pra ele, como criança, eu lembro.* (Lúcia)

***Ela abortava, porque ele batia nela na frente da gente**, e ela chegava até ficar isolada quase um mês pra poder tratar daquele aborto que ela fez da criancinha, porque eu sei que uma veio antes de mim, faleceu na barriga dela com oito meses, ela abortava porque ele batia nela, **por causa da violência, ele era violento**, daí pra cá, foi assim aquela história, ele voltava pra ela, ele viajava pras fazenda [...] **morria, porque não vingava, ele matava na barriga da minha mãe.*** (Lúcia)

*Dali quando eu tava na casa de pedra e nesse período, eu tava boa, fiquei noiva de um rapaz de Itajuípe, o rapaz de Itajuípe era tão bom pra mim, que só me deixou com um talão de luz, roubou toda minha poupança (risos) [...] Aí quando eu não quis mais, **aí só ficaram os débitos pra mim**, que tinha feito, fui vendendo o que tinha construído, que era terreno, mas aí as clientes começaram a me ajudar, com alimentação.* (Maria)

Quando Deivison narra a violência que o fez sair de casa e mudar de cidade, ele não rememora o motivo, que nos indica a banalidade e o tipo de resposta desproporcional com a qual as crianças são tratadas em nossa cultura, com uso de força, humilhação, a partir da pujança física do adulto sobre elas. Lúcia, por sua vez revela como o machismo operou a violência contra sua genitora, inclusive com tentativa de feminicídio, bem como o fator de

agravamento da violência contra a mulher, que ocorre durante o período gestacional. Além da violência psicológica ocasionada pelo ambiente de terror vivenciado pelas crianças, é possível prever ainda a ocorrência de negligência, quando afirma que seu pai viajava e sua mãe chegava a ficar isolada por trinta dias para cuidar do aborto. São narrativas de condições de vida bastante difíceis especialmente em momentos fundamentais para a formação da personalidade, que se dá no período da infância.

A violência intrafamiliar contra a criança pode ser aplicada a partir do uso da força com violência física, geralmente justificada como medida educativa, resposta à hostilidade ou garantia de segurança. Está presente em todas as classes sociais, e é perpetrada principalmente pelos genitores, parentes e conhecidos, dentro do lar. Dentre as modalidades, a violência sexual se constitui no ato de estimulação sexual de criança e adolescente para obter satisfação para si ou para outrem, geralmente o agressor convive com a vítima, o que motiva a saída de casa para as ruas, principalmente das meninas. Essa violência também se manifesta na rua, com estupros, gravidez indesejada e abortos arriscados. Cercada de tabus e culpabilização das vítimas, esse tipo de violência tem sua estatística subestimada (MINAYO, 2001).

Segue-se então a tipificação com a violência psicológica, com depreciação, ataques à autoestima, ameaças de abandono e crueldade, com difícil evidenciação e grande dano no desenvolvimento físico e emocional. Essa apresentação da violência é um desafio para a sociedade, em virtude da compreensão errônea de que as crianças são posse dos pais e por isso, estão autorizados a tratá-las da forma que quiserem. Dessa maneira, a violência psicológica recebe contornos de educação mais firme (MINAYO, 2001).

A violência estrutural contra a criança se manifesta de forma crítica através da vivência em situação de rua, relacionada à miséria e aos conflitos familiares, empurrando essas crianças para as trincheiras da sobrevivência, expondo-as a agressões e exploração econômica. Em seguida, aparece o trabalho infanto-juvenil, com pagamentos insuficientes, sem garantias de direitos e com extrapolação de carga horária. A terceira violência resulta da institucionalização, em decorrência do abandono, ou por medidas socioeducativas, com exposição ao excesso de disciplina, poucas oportunidades de ressocialização, relações impessoais, falta de acesso à educação e ao emprego (MINAYO, 2001).

Ao utilizar esse texto clássico e bastante elucidativo, é importante destacar a ausência fundamental da discussão racial nessa abordagem, que não foi citada diretamente em nenhum momento, mas à luz da melhoria dos processos de estatística atuais, podemos entender que a autora registrou a situação da infância e adolescência negras desse país quando a todo o momento se refere às situações-limite de miséria, expropriação, exploração, expulsão

territorial, negação de direitos e barreiras de acesso institucional. Não é preciso avançar muito para reconhecer o fenótipo das pessoas caracterizadas no texto.

Todos esses modais da violência contra criança e adolescente apareceram nas trajetórias dos participantes dessa pesquisa, o que demonstra como a violência constitui a forma de relacionamento com as crianças e adolescentes nessa região. Como resultado, é possível prever um capital de adultos afeitos à violência que podem reproduzir esses comportamentos na educação dos filhos. Outros tantos seguem com lesões abertas e cicatrizes de dores plantadas na infância. O investimento no cuidado, na vigilância e proteção social da infância e adolescência pode favorecer as boas condições de saúde mental da população negra.

A violência também se manifestou pela ocorrência de mortes violentas entre as pessoas próximas, especialmente decorrentes de homicídios. A experiência da morte “matada”, com sua imprevisibilidade e difícil preparação, é ampliadora de sofrimento, além disso, especialmente em nossa cultura é mais um fator de estigmatização, especialmente pelo imaginário da pessoa “envolvida”, para a qual o valor da vida é minorado, e nessa desumanização, também o impacto da morte é reduzido. Destacamos ainda como as mortes violentas se concentram em zonas de periferia urbana, locais onde reside a maioria dos participantes dessa pesquisa.

*[...] Minha mãe é negra, e essa segunda mãe me ama muito e **mataram o filho dela também** . (Sílvio)*

*A minha vontade é de acordar e lembrar que nunca usei droga na minha vida (chora), nunca me trouxe felicidade, ela joga a ilusão, joga a mentira, droga rouba seu sentimento, rouba sua pele, resseca tudo, droga acaba com sua vida, porque poxa [...] **quantas pessoas se mataram aqui, se enforcaram**. (Sílvio)*

*Lembro da minha casa na roça, a casa era de barro, nós era sete irmãs e um irmão, morreu Romildo, minha mãe e minha irmã. Minha irmã morreu que fizeram duas operação nela, **minha mãe morreu de... assassinaram minha mãe, e meu irmão também assassinaram ele**, não lembro o ano, já esqueci já, muitos tempos atrás. (Paulo)*

***Meu irmão foi assassinado, quando trabalhava na funerária**, mas (outro irmão) que eu era mais próxima, próxima [...] ele não tinha essa coisa de família, se ele tivesse tido amparo, **ele não teria se matado, ele não foi assassinado, ele se matou**, ele era o gay, esse se matou, chumbinho. (Maria)*

Sílvio destaca a difícil relação que leva com as substâncias psicoativas, que na sua compreensão lançam sobre ele uma ilusão, enquanto drenam sua saúde. Em meio à sua reflexão, Sílvio aponta a ligação entre o uso nocivo de SPA e o suicídio, além de alertar para

as situações de uso de SPA para compensar estados de sofrimento basais ou contextuais de difícil convivência. Também Maria narra a experiência do irmão, de orientação afetiva homossexual, sempre com comportamento isolado e afastado dos familiares desde bem jovem. Na compreensão de Maria, seu irmão também vivia em sofrimento psíquico, que culminou em suicídio. A trajetória do irmão, narrada por Maria, pode indicar a acumulação de fatores de exclusão e estigma, associada à falta de ações de promoção e vigilância da saúde mental a provocar esse tipo de desfecho trágico.

Além das citações repetidas sobre tentativas de homicídio e ideação suicida entre os sujeitos do estudo e pessoas do convívio, bem como agressões, outro tema que se destacou foi a vulnerabilidade territorial, pela circulação e ameaças de traficantes de drogas, que cobravam dívidas, ameaçavam familiares e criavam situações de terror e exploração. Essas situações se amontoam na organização do trabalho do CAPS AD, e talvez sejam aquelas de mais difícil planejamento, em virtude da fragilidade ou inexistência da rede de proteção, do desespero completamente justificável que as famílias reportam, da falta de retaguarda para os profissionais darem conta dessas demandas territoriais, e da falência de todas as instituições em enfrentar a violência relacionada ao tráfico de drogas, numa realidade de proibicionismo e indústria do tráfico, que afeta principalmente a população empobrecida e preta da cidade.

*Eu não gosto de ficar abandonado, meus filhos foram com a mãe, só que depois voltaram, só que quando voltou, não tinha mais como cuidar, fazer comida pra eles, **ai eles também entrou em droga, dívida com traficante**, eu comecei a pagar conta, falei meus filhos, eu não aguento mais não, painho só pagando droga, pagando droga, procura um médico. (Sílvio)*

*E aí foi morar lá perto do bar e eu nem sabia que ele era traficante, aí sempre ia lá no bar, conversava, tomava uma, aí quando foi um dia, chegou dois cara lá de carro, beberam, acho que ele deu a referência do bar, **ai pediu pra mim, guardar pra eles umas armas, aí eles estavam fazendo gasto lá**, eu peguei e guardei, aí pronto, fui me aprofundando mais ainda nas drogas, porque o cara me dava, aí começou a fazer uso lá no bar mesmo. (Luiz)*

Sílvio aborda a situação de um filho em especial que à semelhança do que ocorre consigo passa a fazer uso nocivo de substância psicoativa que desencadeou ampliação do sofrimento familiar. Esse tipo de cenário no qual as novas gerações replicam experiências passadas de familiares indica a persistência de contextos sociais provocadores do dano, bem como a dificuldade do sistema de saúde e demais instâncias da proteção social em promover o cuidado ampliado para além do individual, haja vista a vulnerabilidade genética e ambiental enfrentadas por algumas famílias.

Em relação à análise documental, as experiências de violência foram bastante referidas, com registro de acidentes, agressões, violência psicológica, ameaça de morte e uma referência comum à ideação suicida, a qual era sinalizada principalmente na anamnese inicial em pergunta específica e fechada como sim ou não, “já pensou em suicídio?”, não sendo possível evidenciar o levantamento dessa demanda nos registros subsequentes de prontuários.

A frequência e a força expressiva das descrições de ocorrência de violência urbana me levaram a pensar como os profissionais de saúde enfatizam a magnitude dos efeitos da violência, como fator de persistência e agravamento do transtorno mental, assim como provocador das crises. Além disso, a impressão que tenho é que tais registros revelam um pedido de socorro, um clamor por proteção, retaguarda, fuga, que dêem conta de manter os usuários vivos para que possam operar o cuidado.

*Tem se apresentado extremamente preocupado e ansioso ultimamente e relatou que está com dívida com o tráfico e por conta disso está em risco de morte [...] **Traficantes cobrando dívida antiga de drogas.** (Técnico de saúde mental sobre Sílvio)*

*Paciente chega à unidade de saúde melancólico em choro constante, relata que no dia 16/04/2016 **fez uso de álcool, sofreu agressão física**, porém não se recorda do acontecido. (Técnico de saúde mental sobre Sílvio)*

*Crise psicótica que o levou a invadir propriedade privada, **quando então a PM o alvejou com vários tiros.** Após isso, foi perdendo mais e mais boas condições de exercício da cidadania. (Técnico de saúde mental sobre Christian)*

*Paciente nos procurou informando que estava indo pra casa por não estar se sentindo bem, devido **à morte do ex-companheiro**, rapaz de 31 anos, usuário de álcool, com facadas no último sábado, muito inquieta e com medo, diz que a família do rapaz a culpa pela morte. (Técnico de saúde mental sobre Lúcia)*

*Bastante triste, arrependida e envergonhada. No sábado bebeu bastante, esteve na feira do Bueiro, um pastor **a carregou de forma agressiva ‘como se fosse um porco’.** Ficou com machucados pelo corpo, está dolorida. (Técnico de saúde mental sobre Lúcia)*

*Chegou ao serviço muito nervosa, alegando que **seu filho a havia agredido em sua residência**, o mesmo estava sob efeito de drogas [...] relata que já se prostituiu para manter vício do filho”. (Técnico de saúde mental sobre Lúcia)*

Os profissionais de saúde registram com frequência as impressões sobre as consequências dos episódios de violência, nas expressões dos sentimentos como menos valia e vergonha, elevação dos estados de tristeza e ansiedade, danos corporais e mudanças nas posturas em relação às demandas da vida, com perdas de atributos para exercício da cidadania. Essas observações demonstram como se desenvolve o complexo trabalho da clínica psicossocial que deve contemplar e tentar formas de mitigar esses danos, quando possíveis.

Os maiores desafios desse planejamento de cuidados se dão no direcionamento singular de cada ação a partir das necessidades individuais e também porque, como pudemos acompanhar ao longo das narrativas, não são situações excepcionais, os indivíduos vivem em estado de violência.

A convivência com a violência e seus efeitos de adoecimento, incapacidade e mortes individuais e coletivas tem sido monitorada e divulgada há pelo menos duas décadas, com alguma subnotificação, mas com regularidade, todavia, ainda não se desenvolveu nacionalmente o plano de enfrentamento à violência que tivesse êxito em debelar a força do racismo como agente da morte matada. O impacto das desigualdades raciais em detrimento dos avanços sociais obtidos nas últimas duas décadas fica demonstrado a partir dos dados do Atlas da Violência no Brasil, que revelou a redução dos índices gerais de mortalidade, porém destacou que esse decréscimo se concentrou na população não negra, visto que a concentração de mortes violentas entre a população negra se ampliou ao longo da série histórica. Essa discrepância nos cenários da mortalidade considerando o componente racial é ressaltada categoricamente nessa análise quando afirma que negros e não negros vivem realidades completamente distintas dentro do mesmo território (BRASIL, 2020a, p. 48).

Esse documento publicou que em 2018 os negros representaram 75,7% das vítimas de homicídio, sendo que o risco relativo de uma pessoa negra morrer por essa causa é 2,7 vezes maior que uma pessoa não negra. Ainda foi demonstrado que os estados do Norte e Nordeste lideram as estatísticas de mortalidade por homicídio no país, sendo que no Estado da Bahia essa taxa de homicídio estratificada para a população negra alcança a proporção de 50,8 por cem mil habitantes enquanto a população não negra detém taxa de 15,4/ 100.000 habitantes (BRASIL, 2020a).

A avaliação das estatísticas de violência no Estado da Bahia, a partir do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), aponta um cenário desproporcional em relação à vitimização da população negra, cabe registrar a precariedade nos registros do quesito raça-cor, sendo, em geral, preenchido a partir da hétero-identificação, na análise do profissional que realiza a perícia. Sendo assim, no ano de 2021, foram registrados 13.546 óbitos por causas externas no Estado, destes 11.957 óbitos ocorreram entre pessoas negras e 1.589 de pessoas não negras, representando 88,3% dos óbitos por causas externas, com destaque para as provenientes de agressões (49,9%), acidentes de trânsito (17,8%), seguido por eventos sem intenção determinada (7%), lesões autoprovocadas (5,8%), óbitos resultantes de intervenção legal (5,5%) quedas (5%) e afogamentos (3,1%) (BAHIA, 2022b).

Um destaque final sobre as manifestações violentas resultantes da operação do racismo sobressaíram nas tentativas de eliminação de características, símbolos e valores imateriais do próprio povo negro. Nessa vertente, se destacaram com frequência nos discursos dos sujeitos dessa pesquisa, manifestações preconceituosas e discriminatórias em relação às religiões de matrizes africanas, em especial o candomblé, religião com atributo racial evidente e sustentadora de uma cultura tradicional africana e indígena. Observamos que, embora haja alguma circulação e recorrência de busca de cuidados junto aos religiosos do candomblé houve registros de afastamentos de pessoas ou mesmo julgamentos de possibilidades de castigos por conta da expressão dessa religião, o que aparentemente manifesta um conflito entre a crença na existência de assistência e cuidados naquelas práticas de espiritualidade e os valores morais e principalmente religiosos cristãos que essas pessoas professavam.

*[...] eu cresci numa família, muito é, por assim dizer, tribulada, meu pai era evangélico, minha mãe, esse negócio de candomblé, **ai no caso, meu pai desviou da igreja, da adventista**, meu pai começou a beber, ele faleceu com sessenta e cinco anos, ele tomou uma bebidas, dormiu em pé, bateu a cabeça... bêbado. (Sílvia)*

*[...] **aquilo não é normal, aquilo é o inimigo usando a todo tempo**, mas ali na casa da minha mãe (terreiro de candomblé) eu vi muitas coisas, **eu via coisas macabras**, eu deitava e eu via as coisas me incomodava, eu via vasilha se mexendo, eu via barulho de tambor, eu ia ao banheiro, eu via coisas, e eu falava pra eles, mas eles não acreditavam que eu via. (Maria)*

*[...] pra descobrir isso, foi um Deus nos acuda, **foi macumbeiro pra descobrir**, porque tudo que era médico, eu ia, ninguém descobria, mas não descobria porque pela lei, um médico não julga o outro, mas aqui já sabia o que eu tinha, eu tinha um corpo estranho dentro de mim, mas foi confirmado no Hospital Maria Gorete em Itabuna, que lá ela bateu na tecla que tinha um corpo estranho e corpo estranho tem que fazer cirurgia, mas aqui é desumano demais, eu sofri muito aqui e todo mundo via. (Maria)*

***Aí depois, eu levantei, por causa de um curandeiro lá**, por causa de Deus né, eu não falo curandeiro porque eu não sou chegada a esse negócio de curandeiro, curandeiro, só se for de ervas do mato, assim, ele me passou aquele remédio, me falou que se eu não tomasse aquele remédio, eu ia ter uma anemia profunda, e eu poderia ter uma leucemia, aí eu tomei [...]. (Lúcia).*

Os sujeitos relatam falas em tom depreciativo e discriminatórias quando trataram dessa questão, como Sílvia que associa a decisão do seu pai de se aproximar do candomblé ao consumo nocivo de álcool, bem como o acidente que aconteceu em situação de intoxicação por álcool, e Maria que retratou a casa de sua mãe, onde aconteciam os rituais religiosos como ambiente macabro, numa associação frequentemente apontada nas religiões cristãs, como a que Maria professa na atualidade que relacionam o candomblé como possessão, prática macabra e maligna. Porém, tanto Maria quanto Lúcia, na vigência de situação de enfermidade

recorreram a esses sacerdotes requerendo cura, o que nos leva a compreender que essa comunidade tem nas religiões de matrizes africanas, crenças e práticas de acolhimento e cuidado.

As contribuições de González (2020) nos ajudam a entender tais comportamentos de racismo religioso, quando explica como se organiza a construção da identidade do negro, onde o indivíduo vive a vergonha da própria cor, e não tendo como removê-la, constitui uma cidadania esvaçada ou dilacerada. Nessa perspectiva, o sujeito, para aliviar as dolorosas sensações, promove fugas do próprio corpo à procura de ser igual ao branco, através da religião evangélica, por exemplo, onde o branco é chamado de irmão, ao passo que rejeita manifestações negras.

As compreensões de familiares de pessoas com esquizofrenia foram estudadas por Villares, Redko e Mari (1999), quando consideraram em suas falas três modelos culturais como as vertentes explicativas comunitárias para o sofrimento, que as descreveram como problemas de nervoso, problemas de cabeça e problemas espirituais. Embora as compreensões tenham pontos de sobreposições e ambigüidades, todas buscaram responder a ausência de causa ou explicações, alívio do sofrimento decorrente do estigma e da vivência cotidiana com situações difíceis.

Em relação à esfera espiritual, os autores consideram como sistema de crença e cuidado acessório ao conhecimento popular e biomédico, caracterizado por atender vazios de processos pouco compreensíveis e trazer alívio ao sofrimento. Os familiares referiram busca por soluções em diversos centros espirituais como o candomblé, a umbanda e as igrejas. Embora as religiões de matrizes africanas sejam buscadas no processo terapêutico, as menções discriminatórias foram frequentes, relacionando-as às causas de doenças através da atuação de espíritos obsessores e realização de algum trabalho, magia negra e feitiçaria. Por sua vez as religiões cristãs, especialmente as pentecostais, são propagadoras de discursos sobre a esquizofrenia como um mal ocasionado por atos culposos ou pecaminosos, efeitos da falta de exemplos e má criação parental, problemas morais e ausência de fé. Ao mesmo tempo em que mantém essa explicação mística para o fenômeno da loucura que fomenta a exclusão, essas instituições podem ser espaços promotores de convivência e suporte social aos familiares (VILLARES; REDKO; MARI, 1999).

Henriques (2012) argumenta sobre a abordagem cristã pentecostal e neopentecostal a partir de discursos de usuários de CAPS, nesse sentido, teoriza sobre a construção ideológica da guerra espiritual, do enfrentamento do bem contra o mal, das explicações para a loucura marginalizadas nesse lugar da maldição, transgressão e castigo a ser enfrentado.



Esses espaços de espiritualidade propõem explicitamente explicações religiosas para o sofrimento mental, além de práticas de solução que mobilizam familiares, que já tentaram diversas alternativas terapêuticas e despenderam bastante recurso no atendimento a esse agravo crônico. Assim, as sessões de cura por exemplo, são buscadas para dar conta de situações imponderáveis como a morte e a doença complexa. Nesse processo para essa autora, há formação de uma ideologia que transforma a compreensão comunitária sobre o sofrimento mental e outras demandas humanas, como enfrentamento ao demônio, quando a igreja passa a ser o socorro espiritual promotora da prosperidade, do sucesso e da cura.

### 2.3 FENÔMENOS RACIAIS BRASILEIROS: EXPERIÊNCIA DE VIVER NUMA CULTURA DE NEGAÇÃO DO RACISMO

O Brasil oferece com a sua história um modelo de sociedade que sempre tentou minimizar ou encobrir o sofrimento a que submete o seu povo, com esse objetivo as estratégias foram diversificadas, porém incapazes de escamotear o resultado final, as disparidades sociais a que a maior parte da população segue exposta. Como já discutido, após quatro séculos de escravização e o seu terror imanente, havia pressões econômicas internacionais e possibilidades de embargos iminentes, que forçaram a decisão da abolição com libertação da minoria que continuava cativa, pois a maior parte já havia alcançado essa condição por meios próprios.

Porém, como explica Kalckmann *et al.* (2007) o fim da escravização não culminou no fim do racismo no Brasil, visto que o processo de substituição da mão de obra escravizada foi marcado pela discriminação, marginalização e exclusão. Sem nenhuma reparação, organização política para ocupação de postos de trabalho, além das intenções de branqueamento a partir da imigração, restaram aos negros as condições de trabalho subalternas ou desemprego, o analfabetismo, a desnutrição, a doença e a miséria.

Por sua vez, Guimarães (1995) destaca a intenção de embranquecimento como a artimanha mais característica do processo racial brasileiro. O que fundamentou esse processo foi a explicação mágica que a presença do sangue branco poderia reduzir, disfarçar ou mesmo eliminar as características dos negros, o que permitiria ao indivíduo mestiço se aproximar ou alcançar o fenótipo branco.

Em outro texto, esse mesmo autor explica como o branqueamento dizimou a população negra pelas pestes urbanas, como tuberculose, sífilis e alcoolismo, ou pelas difíceis condições sociais secundárias à substituição da mão de obra negra pelas atividades de colonos imigrantes, esse regime, foi tratado pelos antropólogos e romancistas da época como etapa a ser suplantada para alcançar o ideal de brasileiro mestiço ou mulato (GUIMARÃES, 2009). Essa citação é sobremaneira interessante, por apontar como os agravos à saúde ligados à marginalização e à pobreza, continuam como fantasmas a drenar a saúde negra a partir de vários vetores de eliminação, evidenciando o quanto as políticas públicas de saúde ainda carecem de operacionalização e eficiência, para responderem às demandas históricas dessa população.

Porém, esse imaginário que o Brasil era uma sociedade sem demarcação de cor, fundamentada na harmonia racial, avançada em termos de possibilidades para todos os cidadãos, era uma ideia amplamente divulgada e louvada no mundo, projetando a ilusão de que aqui se estabelecia uma comunidade sem preconceito ou discriminação (GONZÁLEZ, 2021). Coube ao movimento negro, bastante organizado, especialmente a partir da década de 60, se levantar, questionar, denunciar e demonstrar que longe dessa condição de democracia racial, havia aqui um modelo social direcionado à eliminação da população negra (GUIMARÃES, 2012).

As vozes de resistência seguiam ressonantes e apontavam o fenômeno brasileiro de camuflagem do racismo, tendo como premissa a ilusão de pacificação social, com destaque para Abdias do Nascimento, que na década de setenta apontava:

O preconceito de cor, a discriminação racial e a ideologia racista permaneceram disfarçados sob a máscara da chamada 'democracia racial', ideologia com três objetivos: 1. Impedir qualquer reivindicação baseada na origem racial daqueles que são discriminados por descenderem do negro africano. 2. Assegurar que todo o resto do mundo jamais tome consciência do verdadeiro genocídio que se perpetra contra o povo negro do país. 3. Aliviar a consciência de culpa da própria sociedade brasileira que agora, mais do que nunca, está exposta à crítica das nações africanas independentes e soberanas, das quais o Brasil oficial pretende auferir vantagens econômicas (NASCIMENTO, 2016, p.200).

É realmente notório que esse paraíso social nunca esteve presente para a maior parte da população brasileira, condenada economicamente, socialmente e ideologicamente aos piores lugares, esse povo sofre e adocece os impactos do racismo gigante e tangível. É importante destacar a definição tão concreta do termo genocídio utilizada por Nascimento, conceito forte e apenas por escutá-lo já se mobilizam múltiplas emoções, mas que descreve de forma adequada o processo sistemático e suas tecnologias associadas para eliminação do povo

negro, por via direta com o uso de armas e por processos impalpáveis como a aculturação, assimilação e a miscigenação. Não há como pensar o sofrimento psíquico, como no caso da nossa pesquisa, sem considerar essa condição cultural brasileira, em que a raça é invisível para acesso a bens e direitos, mas totalmente luminosa para toda fatura de desvantagens, atrasos, doenças, sofrimento e azares possíveis.

As investigações de Bento (2014) nos remetem a outra nuance dos fenômenos das relações raciais no Brasil, quando disserta sobre o privilégio da branquitude, e considera que além das múltiplas situações de desfavorecimento aos negros, existem condições estruturantes da sociedade que operam em favorecimento e distribuição de benefícios reais e simbólicos para pessoas brancas. Como padrão de referência autointitulado, a elite assimilou a condição de raça humana, que lhes fortaleceu a autoestima e o autoconceito, além de possibilitar ascensão econômica, política e social. Em contrapartida, se estabelece um ambiente de depreciação associada à população negra que tem a identificação racial desmantelada, redução da autoestima e culpabilização pela discriminação que é vítima. Como consequência da permanência nesses ambientes de desvalorização cotidiana, há redução da crítica e aceitação das hierarquias sociais.

Essas observações de Bento (2014a) nos permitem avançar na discussão racial para além do componente de classe, pois demonstra o potencial simbólico, cultural e toda construção psíquica do ser branco e do ser negro em nossa sociedade, e explica como os privilégios da branquitude operam vantagens mesmo para brancos pobres, além disso, perceber os danos possíveis numa construção identitária negra, de ideal branco e o sofrimento decorrente do ódio ao próprio corpo e a tudo que ele representa. Essa argumentação indica que a superação da organização de classe, sem a prévia superação do racismo e da ideia de raça, possivelmente inviabilize a construção de uma sociedade igualitária neste país.

Considerando essa retaguarda explicativa, retomamos as falas dos sujeitos dessa pesquisa e percebemos a atualidade de todos esses fenômenos, que autorizam o racismo a se manter como demanda silenciada, repleto de vergonha, medo, melindre, pudor e camuflado sobre a denominação de preconceito. Dessa forma, quando questionados sobre vivência de discriminação racial, os participantes têm a compreensão que o racismo opera a partir da citação direta, individual e verbal relacionadas à cor, e têm dificuldades de lembrar vivências desses episódios, todavia, após um breve período de reflexão, as agressões de natureza racistas vieram à memória.

*Eu mesmo acho que ainda não, ou se já sofri, não tô lembrado, porque se falar comigo, eu debato logo em cima, vir com negócio de onda, falar besteira comigo, mas já vi muita gente falando, falando, e isso é racismo, a pessoa não é obrigada a aceitar, mas quem somos nós pra julgar ninguém [...] (Luiz)*

***Diretamente assim não.** A já, já, uma época que eu trabalhava em São Paulo, uma amiga minha me convidou pra dormir na casa dela, ela era solteira, eu também, mas a mãe dela me botou pra fora, disse que **não queria esse neguinho aqui não.** Só que na época, nem existia esse negócio de processo, essas coisas, mas se fosse hoje, 'eu não quero esse negrinho aqui não', aí eu tive que ir embora, de noite, noite, sem saber onde ela morava, eu sabia voltar pra casa, mas eu fui pra dormir, no outro dia ia ter uma festa, ela falou que não, não queria que... foi um certo tipo de racismo. (Renan)*

*[...] parecia que era da família dele mesmo, que era tudo branco, **mas eu sofria um pouco de racismo da vó dele,** no final, ela me pediu perdão, porque eu limpei a boca dela, a baba, que ela estava com câncer de estômago, que esses brancos são tão racistas com a gente, que acaba a gente tendo que botar a mão neles, aí ela sofria com ela, minha filha, a (nome da filha) sofreu racismo. (Lúcia)*

A narração de Luiz inicia propondo uma reação imediata e assertiva ao ataque discriminatório, porém ao terminar ele faz uma recomendação de passividade, como se não fosse qualificado para definir o que seria um ato de discriminação, ou mesmo projetando uma justiça divina para enfrentar esse tipo de ação, o que nos indica a necessidade de maior discussão social e no campo da saúde sobre, a qualificação e exemplos do que sejam práticas de racismo e as formas de enfrentamento possíveis, especialmente a elucidação das redes de proteção. O trecho da fala de Renan aponta um ataque direto de desqualificação, associado à aproximação afetiva em uma relação interracial, o entrevistado referiu que na atualidade teria reagido mais incisivamente, com acionamento judicial para reparar a agressão.

Por seu lado, Lúcia assim como Renan tem dificuldade na definição de racismo e, no caso dela, o define em termos quantitativos, talvez colocando como extremos os discursos racistas literais, de apontamento direto da cor. No final, ela afirma que em consequência do racismo sofrido, os negros têm que “botar a mão neles” (no branco), não fica evidenciado se essa afirmação remete a um sentimento de desvalorização da pele negra que toca a pele branca, como um ato de punição ao agressor ou se em consequência da discriminação, o indivíduo branco deveria clamar por piedade e assistência do indivíduo atacado.

Nessa perspectiva, observamos que os usuários pouco compreendem o impacto da discriminação racial em suas trajetórias, sendo este um movimento cruel, pois atua de forma constante e insuspeita nas vidas dos indivíduos. Destacamos que em todos os registros de prontuários analisados, não foi descrita nenhuma referência individual, ou coletiva, nem

mesmo atividade de educação em saúde, voltada para o enfrentamento ao racismo e ao racismo em saúde.

Essa constatação nos leva a discutir sobre composição racial das equipes administrativas e assistenciais, haja vista o exemplo dessa pesquisa em que as categorias profissionais médico, enfermeiro, farmacêutico, educador físico e nutricionista são compostas por pessoas brancas, os demais, especialmente de nível médio são pardos, evidenciamos apenas duas trabalhadoras pretas, que eram técnicas de enfermagem. Registramos que a equipe de gestão municipal é composta em sua totalidade por três mulheres brancas.

De fato, apenas a presença de pessoas pretas nessa equipe, isoladamente, não inviabiliza a permanência da estrutura racista no cotidiano do serviço, mas pode ser um primeiro passo para essa reorganização, considerando a composição racial da cidade, além do público assistido ser majoritariamente negro, é importante que a composição racial da equipe gestora e assistencial seja reavaliada, para ampliação da diversidade, bem como o processo de trabalho como um todo, onde temas relacionados às relações raciais são inexistentes.

Como já referido na introdução deste trabalho, o tratamento desse tema é difícil de ser pautado nos espaços de discussão, pois aparentemente há superposição de interpretações, sentimentos, desconhecimento, embaraço, vergonha e ressentimento, que funcionam como fatores de resistência ao reconhecimento e enfrentamento do racismo institucional. Considerando que a discussão desse trabalho ocorre no campo da saúde mental, vemos a necessidade de priorizar essa discussão interdita e silenciada sobre o racismo, tanto nos espaços de gestão quanto da atenção à saúde, de forma intencional e obrigatória, para tornar visíveis as concepções das equipes, estabelecer regramentos para vigilância e condenação de atitudes racistas, a fim de dar o tratamento necessário ao enfrentamento desse agente gerador de sofrimento.

Nessa vertente, Guimarães (1995) aponta a dificuldade de discussão dessa questão no Brasil, onde o tratamento da questão racial segue como tabu, pois a população acredita e se orgulha de compor uma democracia racial, inclusive compara essa condição com a situação de outros países e considera ser o Brasil uma nação evoluída por ter superado falsamente a questão racial. Lima (2018a) reforça o desafio no enfrentamento da questão racial no Brasil, onde as práticas racistas são ocultadas dos discursos, pois quando reveladas demonstram astúcia e crueldade, o que torna a questão racial ainda mais complexa.

Para Bento (2014a) importa discutir mais diretamente a compreensão social do que seja privilégio, pois dificilmente as pessoas decidem por reconhecerem a existência de tais vantagens, atribuindo a ideia de merecimento, habilidade e talento para alguns grupos

populacionais. Além disso, justificam as ocorrências de diferenças sociais como falha pessoal e incompetência ou mesmo como merecimento dessa destinação desfavorável que ocupam. O fenômeno de sobrevalorização de expoentes de ascensão individual entre indivíduos negros como aqueles capazes de superação das adversidades em detrimento do contexto desfavorável, são apresentados por Carneiro (2011) e Kilomba (2019) como o tipo de inclusão individual que exclui o grupo, pois há um incentivo à valorização raríssima em prol do rechaço coletivo.

Essa questão do merecimento e do esforço individual também é um fator cultural amplamente disseminado na saúde mental, especialmente no campo AD, sendo utilizado para mascarar o sofrimento da maior parte da população, por conta do êxito individual de poucos representantes, que evoluem de forma satisfatória a partir da abordagem eminentemente baseadas na abstinência. São trazidos à discussão comunitária, conceitos como força de vontade, disciplina, falta de dedicação ao trabalho e falta de fé que reduzem ou mesmo anulam as complexas interações dos indivíduos e das substâncias psicoativas. Essa constatação não se afasta da discussão sobre o racismo em saúde, quando analisamos o quanto esse tipo de abordagem tem sugestionado as práticas no SUS, além de ser o eixo principal de divulgação das comunidades terapêuticas, para um público eminentemente negro.

É possível perceber a influência de todos esses fenômenos descritos até aqui na modelagem das políticas públicas desenvolvidas neste município, com silenciamento das discussões sobre populações vulnerabilizadas, assuntos interditados pelo desconhecimento e pelo preconceito, que são trazidos à tona, apenas quando algum dos raros coletivos do controle social toma a palavra nos espaços de discussão. Em especial na RAPS que estamos analisando, observamos os efeitos da expurgação social acrescidos de forte conservadorismo nos costumes e fundamentalismo religioso orquestrando a invisibilidade de determinados grupos, evidenciada na fragilidade documental, insuficiência de ações específicas para populações vulnerabilizadas, e precariedade nas reivindicações, movimentos de controle, resistência e denúncia.

Os documentos analisados nesta pesquisa revelaram que as questões raciais dos usuários e principalmente as ocorrências de racismo não são temas tratados na sistematização dos macroprocessos de gestão. Além disso, a micropolítica do processo de trabalho em saúde também suprime essa crítica, onde constatamos a inexistência de discussão em reunião de equipe ou ações de educação permanente, ausência do tema nas anotações de prontuário, onde em nenhum registro foi percebido o investimento dos profissionais de saúde em pautar a questão racial ou evidenciar as ocorrências de racismo.

As possibilidades de enfrentamento a esse drama social no campo da saúde envolvem fatores culturais, ações assertivas de organização e priorização do cuidado. Nessa perspectiva, Sousa (1983), observa que saber-se negro é experimentar a fragmentação da própria identidade, viver sob a cobrança de duras exigências, e ter suas expectativas reduzidas ou refreadas. Todavia, advoga sobre a possibilidade de construção de um novo imaginário social a partir da mobilização política, que pode favorecer a restauração da autoestima, a demarcação da humanidade e estruturação de outros lugares sociais. Além disso, e mais importante, saber-se negro é a busca da reescrita de um passado, bem como o movimento de pôr em ação toda sua capacidade.

Como possibilidade de escalar a envergadura desse sistema e enfrentar o peso do racismo, Sousa (1983) segue sua análise sobre a ascensão social do negro como um caminho para alcançar a condição de humanidade. Porém, alerta que essa aspiração evoca o conflito de buscar um corpo ideal e negar sua existência real, pois está atrelada a assunção individual de valores, costumes e outros atributos brancos, ou seja, quanto mais se estabelece o processo de assimilação, observa-se o desapego ou mesmo a negação da sua identidade. Nessa direção, os autores Faro e Pereira (2011) apontam a afirmação da identidade racial como fator de proteção e capacidade de adaptação e enfrentamento de condições geradoras de estresse cotidiano.

Nesse mesmo entendimento, Kilomba (2019) considera que de forma ideal um indivíduo alcança sua plena condição de sujeito, quando as demandas individuais, sociais e políticas são atingidas no seu meio social, isso quer dizer o alcance de dimensões intersubjetivas, além da possibilidade de proposição e análise de quaisquer processos, pautas e negociações. O racismo opera impedindo o atendimento dessas etapas, visto que pessoas negras têm suas demandas individuais, sociais e políticas pouco valorizadas, o que afeta ou até mesmo remodela essas subjetividades.

Lopes (2005) levanta três propostas para eliminação das formas indiretas de discriminação no cuidado da população negra, são elas: aferir e conhecer de forma correta o impacto e a evolução das disparidades entre grupos privilegiados e não hegemônicos, reorganizar todas as práticas institucionais para que se baseiem no princípio da equidade, por fim, se engajar e se responsabilizar por oferecer uma atenção diferenciada àqueles indivíduos inseridos de forma desigual, para que se estabeleça a igualdade real.

Por sua vez, Munanga (2004,p.7) faz recomendações para a promoção da igualdade e superação do racismo, nos moldes de um aconselhamento.

Uma sociedade que deseja maximizar as vantagens da diversidade genética de seus membros deve ser igualitária, isto é, oferecer aos diferentes indivíduos a possibilidade de escolher entre caminhos, meios e modos de vida diversos, de acordo com as disposições naturais de cada um. A igualdade supõe também o respeito do indivíduo naquilo que tem de único, como a diversidade étnica e cultural e o reconhecimento do direito que tem toda pessoa e toda cultura de cultivar sua especificidade, pois fazendo isso, elas contribuem a enriquecer a diversidade cultural geral da humanidade.

As considerações desses autores sobre a superação do racismo, aplicada às impressões do campo deste estudo e na análise das histórias de vida, impeliram-nos a questionar o investimento direcionado ao eixo da reabilitação psicossocial, especialmente a retomada do exercício da cidadania, em suas dimensões econômica, política e social, entretanto, esse componente segue sendo aquele com investimento mais insuficiente de ações, e foram raros os registros de prontuários sobre projetos de futuro, planos para construção de vidas produtivas, implicadas com demandas significativas para o sujeito e para a sociedade.

Nesse cenário, é preciso destacar o racismo como condição associada à vivência de sofrimento psíquico grave e atacá-lo naquilo que ele opera com recorrência, a negação da humanidade das pessoas, em especial com ações de garantia da renda e do emprego e o engajamento nas lutas sociais, que são passos fundamentais para a recomposição de um lugar social de potência humana preparatória para abrir outros campos de presença. É com essa marcação de existência e reafirmação de direitos, especialmente o direito ao cuidado em liberdade, que poderemos enfrentar o racismo na saúde mental.



## **CAPÍTULO 3: O RACISMO COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE NO SUS**

### **3.1 O MOVIMENTO NEGRO E A LUTA POLÍTICA PARA CONSTRUÇÃO E SUSTENTAÇÃO DO SUS**

As reivindicações do movimento negro, com destaque para o movimento das mulheres negras dentro dos coletivos, por ampliação e qualificação do acesso ao cuidado em saúde, foram pautas de luta no espaço público em diversos períodos da história brasileira. Esses movimentos se intensificaram no período pós-abolição, especialmente na segunda metade do século XX, com implicações diretas no movimento da reforma sanitária e criação do SUS. Entretanto, mesmo sendo co-fundador desse sistema, que se propõe integral, igualitário e equitativo, ainda não foi possível superar fatores de restrição de acesso da população negra, que traduzem a vigência do racismo dentro do SUS (WERNECK, 2016).

O processo de operacionalização do SUS ocorre pela construção e aplicação de marcos regulatórios, como leis, políticas, decretos, portarias, notas técnicas e instruções normativas. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN marca historicamente a organização do SUS, quando destaca o racismo e o racismo institucional como determinantes sociais em saúde (DSS). Traz como metas fundamentais, o combate à discriminação étnico racial e a implementação da equidade. Outro fundamento desta política é a transversalidade, ou seja, deve se apresentar como referência e complementação para todas as demais políticas de saúde (BRASIL, 2009).

O Sistema Único de Saúde como operador de justiça social está prescrito para garantir direitos e corrigir desigualdades, porquanto o seu compromisso de ofertar cuidado para todos os brasileiros. Desse modo, Assis e Jesus (2012) afirmam que a execução dos serviços de saúde, a partir dos princípios do SUS deve considerar condições sociais e políticas que orientem a disponibilidade, acessibilidade, organização, acolhimento e aceitação da população, em direção à maior resolutividade em todos os níveis do sistema.

Nessa perspectiva, Kalckmann *et al.* (2007) alertam que todos esses arranjos organizativos devem se fundamentar no princípio da equidade, que tenciona os processos sociais com ações diferenciadas em prol de grupos diversos, com objetivo de reduzir

vulnerabilidades e, conseqüentemente a desigualdade social. Em relação à população negra, por exemplo, a qual se tornou mais propensa a desenvolver determinados agravos, em virtude da exposição a condições sociais, econômicas, políticas e culturais desfavoráveis, cabe às instituições de saúde promoverem ações para refrear ou eliminar esse gradiente, com garantias de ofertas de cuidado orientadas à correção das causas e conseqüências desses males.

A PNSIPN elencou em suas prioridades a facilitação do acesso da população negra, especialmente aqueles que vivem nas áreas mais distantes dos centros, populações residentes no campo, na floresta e quilombolas. Recomenda aos gestores, trabalhadores e membros do controle social, que considerem na organização dos planejamentos, a priorização das necessidades de saúde da população negra e dos agravos prevalentes, com destaque para a morbimortalidade materno-infantil, causas externas, doença falciforme, infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose, hanseníase, transtornos mentais, câncer do colo do útero e mama (BRASIL, 2009).

Porém, apesar das garantias legais, previstas na constituição brasileira e demais documentos norteadores do SUS, ainda convivemos com uma realidade de serviços e resultados em saúde, altamente desiguais ou mesmo excludentes para significativa parcela da população. Silva, Ribeiro e Souza (2018), afirmam que a PNSIPN não contemplou aspectos importantes e práticos, destacando apenas a prevenção de agravos, e sugerem a importância de incluir nesta portaria a criação de espaços de cuidado e planos de educação permanente para as equipes de saúde pautados no questionamento dos estigmas estruturais. Assim como Ribeiro (2020), adverte que a PNSIPN segue com implantação incipiente e totalmente desconhecida da maioria dos gestores em saúde e da população brasileira.

Por sua vez, Faustino (2017) aponta dificuldades para implementação da Política de Saúde da População Negra, visto que a literatura do SUS ainda não tornou o tema comum, haja vista, a própria ideia de surgimento, ressalta que embora tenha havido a fundação normativa de um cuidado à população negra a partir da PNSIPN, os conhecimentos e as práticas em saúde trazidas pela população negra sequestrada e escravizada no período colonial, são uma herança do povo brasileiro, que inclui um vasto conjunto de conhecimentos, técnicas e processos de trabalho.

Esse mesmo autor continua sua argumentação e resume as justificativas usadas com maior frequência para explicar a não execução da PNSIPN:

1. Discordância quanto à validade do uso científico e/ou político do conceito de raça; 2. Crítica ao que seria a importação colonial da birracialidade estadunidense (branco/ negro) ao contexto brasileiro; 3. Discordância quanto às influências do racismo na saúde e a defesa da centralidade das questões econômicas como determinantes das condições de saúde; 4. Classificação do campo saúde da população negra como política de focalização, em suposta consonância com as forças políticas e econômicas que atentam contra a busca pela universalização do direito à saúde (FAUSTINO, 2017, p. 3836).

Ao analisar a saúde da população negra, após os primeiros anos de execução da política, Werneck (2016) afirmou que as estatísticas em saúde do SUS, quando evidenciam a influência de marcadores de raça e cor demonstram o impacto significativo da discriminação nos estados de saúde, na carga de doença e taxas de mortalidade, mesmo em faixas etárias, níveis econômicos e locais de moradia diferentes. Revelou ainda que as decisões administrativas e marcos legais até o momento não deram conta de reduzir as vulnerabilidades e difíceis condições de vida a que boa parte da população negra está sujeita.

Os resultados em saúde desfavoráveis ficaram demonstrados na nossa pesquisa, a partir da análise das situações de deterioração das condições clínicas, com a frequente sinalização de comorbidades, em especial, as doenças ocupacionais, com lesões físicas, desgaste osteomuscular e *stress*, além disso, foram descritas nos prontuários, condições de *déficit* nutricional e condição física precária, houve também a sinalização de doenças de pele, infecções e acidentes vasculares cerebrais.

*[...] aí fez exames, aí o médico do posto de saúde, o médico foi e me deu a notícia, perguntou se eu já tinha filho e não sei quê, não sei o quê. Aí falei, tenho, ele disse o meu filho você tá com problema, não mata, tem tratamento, eu disse o que foi doutor? pra eu lhe dar a notícia, o senhor é portador do vírus positivo (vírus HIV), fechei os olhos e a água desceu dos olhos, chorando interno, coração.* (Silvio)

*[...] mas pela misericórdia de Deus eu sarei, sarei, depois eu tive derrame, tive outro, aí na casa de mãe mesmo, em cima da cama, tinha um homem que ia fazer as coisas lá, trabalho, e eu conheci, mas nada de intimidade, eu juntei a fome com a vontade de comer, e aí acabei assumindo um compromisso com esse homem, aí acabei que fui morar com esse homem, depois da segunda cirurgia [...] Em relação ao AVC foi por pressão alta.* (Maria)

Os fragmentos narrativos acima demonstram a dimensão das problemáticas enfrentadas para operacionalizar a PNSIPN, visto que a população negra permanece vulnerável a agravos infecciosos especialmente relacionados às carências sociais e econômicas como a tuberculose, a hanseníase e a infecção pelo vírus HIV que são condições tratáveis para controle ou cura, mas que carregam importantes cargas de estigma. Porém, seguem em conjunto com os demais grupos populacionais para uma transição epidemiológica

com incremento de doenças crônicas e degenerativas. Destacamos a reação de Sílvio que refere um “choro interno, coração”, para manifestar a sensação de dor ao receber esse diagnóstico, associado à revolta que se seguiu com múltiplos questionamentos sobre a origem da infecção.

Reforçamos que as doenças crônicas requerem um investimento de tempo e recurso para estabilização e controle, com acesso a consultas regulares, exames, medicamentos, atividade física, alimentação saudável e redução do *stress*, condições essas, que muitas vezes são negadas à população negra e demonstram que o manejo das doenças crônicas também é afetado pela desigualdade racial e social. Nessa perspectiva, o cuidado em saúde dessa população reivindica do SUS a implantação de múltiplas frentes de cuidado, com atenção às doenças infecciosas, crônicas, promoção da saúde, redução de danos, fortalecimento dos processos de vigilância, em um esforço conjunto para eliminação de toda forma de racismo em saúde.

As doenças ocupacionais se destacaram entre os relatos, com diversas referências de dores e lesões relacionadas ao trabalho, tanto para a maior parte do grupo que atuava em condições de informalidade em funções que requerem grande esforço físico, quanto para a minoria com trabalho formal em instituições de mercado, comércio e serviços, com a sobrecarga de *stress*. Nesse ponto, vale registrar que entre os agravos principais citados na PNSIPN não há ênfase para as doenças relacionadas ao trabalho, talvez ali englobadas no conceito de causas externas, ao considerar os acidentes, porém as estatísticas de adoecimento e morte revelam o quanto essa causa é marcadamente discriminatória, uma vez que os postos de trabalho mais arriscados são ocupados majoritariamente por negros, em especial a construção civil e agricultura, funções geradoras de numerosos acidentes e óbitos. Outro dano que advém da precariedade ocupacional é ocasionado pela informalidade que não garante as condições de segurança previstas em leis e normas técnicas, fiscalização dos ambientes de trabalho e seguridade social.

*[...] quando eu trabalhava, eu sentia muita dor, batia muita cerâmica, e a posição é assim (curvada) aí quando eu fui pra (inaudível) adoecer a gente, sentia muita dor na coluna quando trabalhava, essas profissões se esforçam muito, telhado.*  
(Sílvio)

*[...] chega uma época que a pessoa não aguenta mais não, o café, eu não tô aguentando mais trabalhar com café, eu falei com (médico do CAPS), porque é uma dor na coluna, porque [...] é um saco desse tamanho alto, grande e tem uma listra vermelha, aí a gente vai colher, eles dão a lona, uma bota e a luva, aí chega lá na plantação de café, a gente leva a marmita pra almoçar de casa, sabe que hora que eu saia de casa, 03 horas da manhã, pra pegar o ônibus, pra chegar lá 06h, o*

*ônibus é deles, aí vai pro ponto de ônibus ou chovendo, ou faça sol, não tem abrigo, não tem um lugar próprio pra ficar. (Luiz)*

*A gente trabalhava demais na contabilidade do banco, **amanhecia até o dia procurando o erro, estressante.** (Deivison)*

*Eu que pedi pra sair, estava estressado demais, **serviço de farmácia é estressado demais.** Agora nem tanto, mas naquela época, era mais, e eu pedi pra sair. Aí quando voltei pra Bahia, voltei pra o informal de novo, até conseguir um emprego na roça. (Renan)*

As considerações de Sílvio e Luiz apontam as consequências do trabalho mal regulado e em condições adversas sobre as estruturas corporais, mormente as articulações, evidenciando a total falta de cuidado e vigilância da saúde do trabalhador. Por outro lado, a fala de Luiz ao apontar a meta de encher os sacos de café até a tarja vermelha denota um acordo unilateral em que o trabalhador tem a obrigação de entregar o saco cheio de café, todavia o empregador, que na verdade, ninguém conhece muito bem na cadeia hierárquica da atividade rural, não entrega a carga horária legalizada, a remuneração adequada e nem mesmo condições para alimentação e hidratação.

Os relatos de Deivison e Renan remetem diretamente ao desgaste ocasionado pelas jornadas excessivas, cobranças por resultados e metas, como fatores provocadores de sofrimento psíquico, relacionado às mudanças tecnológicas no trabalho, também evidenciam os efeitos da exaustão psíquica pelo acúmulo de responsabilidades, cobranças excessivas por produção, e ausência de descanso remunerado, na lógica do desempenho individual, das promoções e metas.

É interessante notar os moldes que o trabalho se desenvolve, especialmente nesses postos de menor remuneração e carente de reconhecimentos, como as funções de entrada na construção civil e a própria informalidade, bem como as atividades agropecuárias, que em nossa região, com frequência são denunciadas por se desenvolverem em condições análogas à escravidão. Nesses modais, o indivíduo passa a maior parte do tempo e por vezes reside no trabalho, cumpre cargas horárias excessivas, assume a responsabilidade pelo transporte, alimentação e hidratação, além da exposição solar e a agentes químicos como agrotóxicos, e mesmo trabalhando no limite da sua condição física e emocional, ainda é vulnerável a penalidades, por conta de inconsistências e eventuais erros.

Dados regionais oriundos do Sistema de Informação de Mortalidade e Sistema de Informação de Agravos de Notificação revelam a raça que morre durante o trabalho em nosso território e nos ajudam a compreender como o labor segue arriscado e sofrido para este grupo. A análise da mortalidade da última década, quando se contabilizou 189 óbitos por acidente de

trabalho na região do Extremo Sul da Bahia, revelou que 83,5% das vítimas eram negras. Por sua vez, a estatística oficial sobre acidentes de trabalho, que tem subnotificação histórica, geralmente preenchida apenas pelo setor privado ou em acidentes fatais, apontam na mesma direção, sendo que no ano de 2021, dos 254 acidentes notificados, 84,2% ocorreram entre pardos e pretos (BAHIA, 2022a).

As equipes do CAPS também reforçaram a ocorrência de comorbidades, com destaque para doenças infecciosas, desnutrição e doenças de pele. A partir dessa evidência foram emitidos diversos relatórios para encaminhamento às Unidades Básicas de Saúde ou Hospital como forma de garantir o acolhimento do usuário, esses procedimentos denotam que os profissionais da saúde mental têm cumprido o atributo da responsabilização pelo cuidado, porém é possível sugerir que a apresentação desses documentos se conforma como autorização para acessar outros equipamentos das redes, como se esses indivíduos precisassem de alguém que lhes abrissem as portas para acesso pleno aos demais pontos de atenção.

*Tem comparecido frequentemente nos últimos três dias usando máscara, [...] **está com tuberculose em tratamento** [...]. Chegou choroso, dizendo que mataram seu irmão adotivo, ansioso dizendo que **aguarda resultado de exames de hanseníase** [...] **já não aguenta mais com tanto sofrimento**, é complicado tomar tanto remédio.* (Técnico de saúde mental sobre Sílvio)

*Bebia um litro de cachaça por dia, **muitas dores articulares, insônia, alterações na pele, descamação nos membros e prurido nos pés, unhas grandes e sujas** [...] **perdeu dez quilos em quatro meses** [...] **nódulo endurecido em região perineal**.* (Técnico de saúde mental sobre Luiz)

*Foi ao cinema com a equipe, estava alegre e tranquila. Na volta relatou que ia ao CEO e precisava da minha presença porque **o dentista não ia atender ela sem um representante do CAPS**.* (Técnico de saúde mental sobre Maria)

Essas autorizações para circulação nos demais setores do sistema de saúde são um código de conduta não oficial, mas vividamente ativo na organização dos serviços. Tal situação não tem justificativa técnica ou regimental, sendo já considerada pelos profissionais como discriminação que atinge os usuários, mas também os próprios trabalhadores de CAPS. Está alicerçada no estigma, no desconhecimento da clínica do sofrimento psíquico e na ausência de supervisão e controle da qualidade da assistência, que ocasiona angústia nos profissionais da saúde do CAPS, que têm dificuldade para atender desde demandas de saúde bucal a cirurgias e consultas especializadas. Conforme relatos dos profissionais, ainda vigora nos serviços um imaginário do usuário proveniente do CAPS como agressivo e violento,

capaz de destruir instalações, e por isso deverá estar sempre bem sedado para ser cuidado, enfim, em geral, observamos que a desconstrução dessas impressões requer múltiplas reuniões de sensibilização dos profissionais e demanda mais tempo para emissão e análise de relatórios do que o próprio procedimento reivindicado pelo usuário.

Em pesquisa realizada no CAPS de Porto Seguro, município vizinho e polo da região, Silva (2019), analisou a fala de usuários desse serviço especializado, que referiram não terem percebido impedimento para acessar os demais pontos da atenção, como Unidades de Pronto Atendimento e UBS. Os usuários a partir dessa circulação nos demais equipamentos da rede se sentiram acolhidos em suas demandas, o que a autora analisa como um reconhecimento intersubjetivo com potenciais ganhos na qualidade de vida. Essa diferença em relação aos relatos do nosso estudo pode indicar o melhor desempenho da RAPS em Porto Seguro, que atualmente se destaca dos demais municípios, no cenário regional.

A partir da realidade norte-americana, Jones (2002) apresenta um modelo explicativo para ilustrar como se estabelecem as disparidades em saúde decorrentes de diferenças raciais, para isso, classifica as causas em três níveis de magnitude: qualidade do cuidado ofertado dentro do sistema de saúde, diferenças no acesso à saúde, efeitos dos contrastes nos níveis de vulnerabilidade e oportunidades de vida, pois esses fatores interferem na manutenção da saúde e na ocorrência de doenças. Embora a definição do racismo como raiz direta de disparidades em saúde seja um processo complexo, o apontamento dessas estruturas permite a elaboração de políticas de intervenção.

Quando aponta a análise de saúde da população negra e seus dados de doença e morte, Jones (2002) considera que o racismo, seja o determinante que pressiona a cadeia de exclusão do acesso e vulnerabilidade. Em vista disso, nomeia três apresentações de práticas de discriminação racial que afetam o estado de saúde. São elas:

- Racismo institucional: estruturas, políticas, normas e procedimentos que levam a desigualdade no acesso aos bons serviços e oportunidades na sociedade, em decorrência da raça. O racismo institucional é normativo, às vezes legalizado e frequentemente se manifesta como desvantagens herdadas. Está integrado nos costumes e práticas institucionais, sendo difícil identificar um perpetrador. O racismo institucional se evidencia ainda na inação em face de uma demanda. Pode se manifestar em outras características como nível educacional, remuneração trabalhista, condições das instalações médicas adequadas e boas condições ambientais. Em outra vertente, o racismo institucional opera nas possibilidades de alcançar poder, manifestado pelo acesso à informação, recursos e voz (representatividade).

- Racismo mediado por pessoas: discriminar ou prejudicar pessoas em quesitos como habilidades, motivos ou intenções em virtude da raça, que pode ser intencional ou não intencional e inclui também a omissão. Pode ser percebido em ações cercadas pela falta de respeito, suspeição, desvalorização, culpabilização e desumanização.
- Internalizado: aceitação por pessoas de grupos estigmatizados de impressões negativas sobre suas habilidades e valor, isso acontece, por exemplo, quando não se acredita em pessoas parecidas consigo, ou não acreditamos em nós mesmos. Aceitar limitações quanto à sua própria humanidade, abrangência dos seus sonhos, seu direito de autodeterminação (autonomia) e permissão para se expressar. Se manifesta pela afeição pela brancura, autodesvalorização, resignação, desamparo e desesperança.

Outra manifestação do racismo é descrita por Kilomba (2019), ao apresentar o racismo cotidiano que tem a linguagem como veículo do dano. São componentes dos vocabulários, discursos, expressões, imagens, manifestações gestuais, olhares e ações que colocam o indivíduo negro não apenas como diferente do branco, mas como a representação de comportamentos e sentimentos repulsivos, reprimidos pelo indivíduo branco, atacando a existência do negro. Esse movimento permite ao branco se livrar de características indesejáveis e se manter na condição de modelo de civilidade. Nessa apresentação o sujeito negro é referido, por exemplo, como infantilizado, primitivo, incivilizado, animalizado e erotizado.

A referência temporal “cotidiano” está relacionada à persistência dessas ocorrências nas vidas das pessoas, todavia os efeitos do racismo cotidiano transcendem o tempo e transportam o indivíduo ao passado colonial, como se o colocasse novamente em contato com a dominação e estranhamento inerentes ao trabalho compulsório dos escravizados. Nessa experiência, há uma confusão na temporalidade, pois passado e presente se fundem e o presente é vivenciado de forma sofrida (KILOMBA, 2019).

Nos discursos dos sujeitos que participaram da pesquisa, as referências ao período da colonização foram proferidas com regularidade, bem como a permanência do lugar de hierarquia e superioridade do branco, desde esse período até a atualidade. Destacam ainda a alusão à escravidão como uma imagem que detêm das suas memórias de vida, especialmente relacionado às difíceis condições de trabalho que lhes foram impostas.



*[...] quer ser superior ao outro, isso aí muitos tentam, porque o branco ele sempre é senhor dos negros, **negro sempre tá na cozinha** (risos), hoje em dia não, mas você assistia uma novela antigamente, **o negro era jardineiro, a mulher era cozinheira, lavadeira, empregada doméstica.** (Luiz)*

*Racismo, racismo você fala, sobre a cor da pele, não pô o ser humano é racista desde o princípio, desde o começo o ser humano é...desse jeito que você falou aí, racista, **porque até os negros que veio de lá pra cá pra trabalhar aqui no Brasil, era tratado como?...**Por isso que o Brasil tem esse tanto de raça, que o Brasil não era pra ter isso não, mas até hoje tem, negro vêi, é isso, é aquilo, bota os apelidos no povo. (Christian)*

Na visão de Luiz, o racismo opera na persistência das diferenças e da hierarquia, chama a atenção também para a frequência de pessoas negras em atividades domésticas, bem como as formas que essa população é representada nas mídias, embora considere que na atualidade os papéis dos atores negros têm sido mais diversificados. Christian explica, a seu modo, que o racismo no Brasil têm raízes históricas relacionadas ao período da escravização, mas não somente, pois refere a formas que as pessoas continuam sendo tratadas, inclusive com insultos e apelidos.

A escravidão foi equiparada às condições de trabalho nas lavouras de café e ao trabalho doméstico:

*[...] quantos falaram comigo, **não quero nem comer, pra não parar, aí muitas vezes a pessoa para pra comer, aí chove, cada um tem que levar sua água, é um trabalho tipo escravo, aí cada um leva sua aguinha, sua garrafinha de cinco litros de água, aí eu não aguentei não, falei doutor não aguento mais não. Tem mulher de sessenta anos que trabalha lá, leva água, café.** (Luiz)*

*Eu não tive infância, minha infância foi trabalhando, chega tô com falta de ar, minha mãe pegou os dois fragilizados, tinham asma e pelo sofrimento, comida que não tinha, era muito difícil comida, meu pai já tava em outra, ele ficava um pouquinho, fazia um filho nela e... (gesto de ir embora) e a gente passava necessidade. **Aí nessa fase, ela me deu, pra minha irmã (nome da irmã), que tinha situação financeira boa, a casa era bonita, aí depois, eu e ele foi ser um escravinho dela, não deixou nós estudar [...]** (Lúcia)*

*Eu estudei até assim, do Mobral eu não sei, mas assim, eu consegui fazer, [...] e eu passei da quarta série pra quinta, mas não concluí... não concluí, porque achei assim, eu queria minha liberdade, **era como uma escrava, já que eu já tô mocinha, já tenho quinze anos, eu vou namorar [...]** Comecei a namorar, como se fosse uma liberdade, uma escrava querendo a liberdade, aí minha mãe, apoiou e me entregou pro primeiro que eu conheci, e eu fui na..., ele é branco né, aí depois fui namorando com ele assim, mas eu era muito tímida, mas **queria minha liberdade, falei, vou casar [...]** (Lúcia)*

Os dois participantes relataram formas de tratamento degradantes a que foram submetidos, seja pela persistência de condições de trabalho indignas, com exploração extrema, restrição de direitos e incentivo ao cumprimento de metas magníficas e à competição

entre os colegas. Porém Lúcia aponta para a prática de entrega pelas famílias empobrecidas de crianças para atuação como trabalhadores domésticos não remunerados. Esse é um processo social frequentemente referido, e as justificativas para abrigar essas crianças circulam por explicações como permitir o estudo, ou ser acolhida como filhos adotivos sem o devido processo legal. Frente a esta destinação que lhe foi imposta, ela entende que uma possibilidade de libertação seria o casamento, então ainda adolescente, ela se casa, agarrando-se à possibilidade de se afastar de uma situação que lhe causava angústia crônica.

De fato, as situações colocadas pelas pessoas convidadas para essa pesquisa não são metáforas, são relatos de vidas em condições humilhantes, degradantes, de exploração física e econômica cotidianas, que se assemelham à escravidão, pois não é possível comparar experiências individuais temporalmente distintas, em outro regime político e social, porém o que percebemos é a expressão recorrente do termo escravidão e seus congêneres, de forma espontânea, especialmente no trabalho doméstico e na zona rural, apontando que esse modelo econômico de exploração extrema, pelo menos, considerando a capacidade física dos corpos, não foi superado, e requisita da sociedade mais investimentos em vigilância e denúncia para sua eliminação.

As formas de tratamento com as trabalhadoras domésticas foram analisadas por Pacheco (2013), na trajetória de mulheres negras ativistas e não ativistas da cidade de Salvador, pois essa profissão permanece como forma de acesso ao mercado profissional das jovens negras, de forma direta ou indireta, através das mães, irmãs e outras mulheres da família. As condições de trabalho com cargas horárias excessivas, restrição de circulação, assédio sexual e violência física foram destacados como práticas cotidianas. Em adição, foi apontado que a maioria delas não tinha acesso à casa própria, por isso eram obrigadas a residir no trabalho. Nessa pesquisa ficou evidenciado que o acesso à educação pública e à mobilização política permitiu conhecer direitos trabalhistas, especialmente daquelas que permaneceram na função ao longo da vida.

A escravidão também foi comparada ao tempo em que se permanece em comunidades terapêuticas:

*Esse é um tempo que você fica parado em sua vida, vive só pra eles, **você sai da escravidão da droga e vai ser escravo deles.** Eles falam que a sopa é oferecida por português e italiano, sopa de repolho, eu tomei medo de repolho (risos). Você varre isso aqui, **o dia todinho varrendo isso aqui, não é pra pessoa pirar?**(Sílvia)*

Sílvio demarcou as formas de tratamento recebido quando permaneceu em CT, destacando os períodos de ócio, ou trabalho forçado e repetitivo, além da alimentação precária, questionou ainda se essa forma de tratamento não seria favorecedora de loucura. Sílvio é um sujeito inteligente e experiente sobre as práticas de cuidado, ciente da realidade e das diferenças entre o tratamento manicomial e do cuidado em liberdade, ele com frequência questiona o modelo CT e indica que seja um ambiente gerador de sofrimento.

Esse equipamento, anexado à Rede de Atenção Psicossocial, que reproduz a lógica manicomial racista, promotora de apartamento e sofrimento, são as comunidades terapêuticas tão apontadas pelos sujeitos deste estudo. Para Martins (2020), é muito infeliz a incorporação desse equipamento na rede de Atenção Psicossocial, fato que foi agravado por uma série de retrocessos nas políticas de saúde mental, a partir de 2016. Essas instituições, em sua maioria, fomentam a exclusão e o estigma e baseiam suas práticas na laborterapia e atividades de cunho religioso. A partir da análise jurídica as CT podem ser consideradas como “equipamento de ‘saúde’ inconstitucional”, evidenciado pelos registros freqüentes de cerceamento da liberdade, direitos e cidadania, restrições de segurança, risco para a tortura, crueldade, humilhações e limitação aos direitos humanos (MARTINS, 2020, p.192).

As CT compõem mais um mecanismo no articulado projeto brasileiro para eliminação de população indesejada, visto que a redução do financiamento do SUS, baseada principalmente na PEC do teto de gastos n° 95, restringiu o custeio de serviços abertos, porém, poupou esses equipamentos de apartação e retomou o incentivo à abertura de leitos em hospitais psiquiátricos, inclusive com incremento dos valores de repasse, o que demonstra o privilégio da lógica de abstinência no cuidado às pessoas em sofrimento resultante do uso nocivo de SPA e da desqualificação da política de redução de danos (MARTINS, 2020). Na conjuntura política recém-saída da governança do país, o que se observou foi um progressivo “desfinanciamento”, desvalorização e desmonte do arcabouço da RAPS, na busca do apagamento da transformação histórica e dos avanços alcançados pela saúde mental brasileira.

Há um imaginário constituinte das instituições, em especial no setor sócio jurídico, que validam a associação entre o portador de transtorno mental e a periculosidade, tal perspectiva tem organizado a política de encarceramento em saúde mental, numa lógica paradoxal onde não há evidência de ganhos à saúde relacionada ao investimento em CT, ao passo que permanece como diretriz do executivo brasileiro, com apoio de parte da classe política e de instituições religiosas. Sendo assim:

[...] já não há argumentos científicos relevantes que afastem a evidência do cuidado efetivo das pessoas em sofrimento mental usuárias de álcool e outras drogas em liberdade. De modo similar às Comunidades Terapêuticas, os hospitais psiquiátricos também trabalham com a premissa do isolamento moral do indivíduo com o mundo, como medida de higienização mental e cura (MARTINS, 2020, p.192).

A modalidade mais presente, efetiva e cronicada do racismo em saúde se efetiva através do racismo institucional, que opera de forma disseminada, silenciosa e anônima em todas as instâncias, da gestão à assistência. Para Santos (2019), o racismo institucional se manifesta de forma sutil, com potencial de causar insegurança e medo na população negra e pode ser exemplificado na recusa dos profissionais em desenvolverem discussões com a pauta étnico-racial, negação no acolhimento a demandas associadas diretamente ao racismo, assim como uma gestão pouco reflexiva sobre as relações de trabalho que se estabelecem com funcionários negros. Na maior parte das vezes essas ações de racismo institucional são praticadas por pessoas brancas, que ocupam os principais postos de trabalho no SUS.

O racismo institucional pode ser operado a partir de códigos imperceptíveis que estão presentes no cotidiano da sociedade brasileira, tais como os olhares de dúvida quanto à forma de pagamento de algum produto. Esses sinais parecem inocentes para quem opera, mas são percebidos subjetivamente pelas pessoas negras, ou seja, essa prática se realiza transformando indivíduos iguais em diferentes, hierarquizando-os como menores ou inferiores. São processos que podem ocorrer também de forma indireta, camuflada e parecem inexistentes, sendo facilmente negados, porém se revelam como de difícil, por vezes impossível elaboração psíquica (GUIMARÃES; PODKAMENI, 2012).

Os usuários nos relataram com frequência condições de cerceamento da cidadania, que podem ser mais bem definidos como racismo institucional, frente ao desrespeito aos direitos individuais, assim como a interposição de barreiras de acesso a direitos básicos para a vida humana. Nesse sentido, uma série de determinantes se autoincrementam, uma vez que as difíceis condições econômicas impedem o acesso a recursos para viabilizar, por exemplo, serviços de advogados, ou mesmo disponibilidade de tempo para se deslocar em busca de defesa pública e em especial o direito à validade do discurso, que para o usuário do serviço de saúde mental ainda é mais reduzido pelo estigma da loucura.

*Só que daí pra cá, eu não tive mais saúde porque as dores foram aumentando, eu voltei pra o hospital, ali eu fiquei, fiquei, fiquei, não descobria nada, aí o médico alegou que tinha endométrio, mas até pra você operar de endométrio, você tem que fazer, você tem que saber da causa, da cirurgia, até aí, eu não sabia de nada, [...]*

*na cirurgia eu não assinei nada, nada, nada, mas aqui pra nós, eu tenho certeza, que a minha mãe e a minha irmã assinaram, eu tenho certeza, podia hoje não valer se eu entrasse na justiça podia, mas eu não creio que por mais burro que seja o médico, alguém não assinaria pelo outro, **ai descobrimos que o médico, não era médico cirúrgico, era clínico geral de Belo Horizonte e que tinha deixado dentro de mim, uma tesoura, gaze e outras coisas.** (Maria)*

Maria discorre sobre a dureza das instituições hospitalares, onde os usuários em geral têm pouca abertura para questionar condutas, das estruturas hierárquicas rígidas, com normas e rotinas protocolares, poucos espaços de comunicação, categorias profissionais com excessivo poder, ausência de espaços para questionamento e denúncias, inclusive de erros. O relato de Maria apresenta uma manifestação de racismo institucional, pois evidenciou como alguns corpos acumulam condições de vulnerabilidade, ao mesmo tempo, em que se naturaliza o dano, os crimes, ou mesmo a exposição à morte cometida em pessoas como ela. Esses fatos, por sua frequência, não são uma excepcionalidade na rotina hospitalar e são comumente referidos atos de imperícia e negligência que não mobilizam incômodos ou investigação.

Chama atenção ainda no relato de Maria a centralidade dessa experiência no seguimento da sua história de vida, aparecendo como algo pendente de resolução, como uma injustiça que não foi reparada, sendo fator gerador de sofrimento, pela certeza do desrespeito e a sucessão de negações de direitos. Vale registrar a manifesta violação do corpo de Maria diretamente pela estrutura de Estado, com sofrimento mental e físico grave e evidente, com mínima reparação, a partir do custeio de uma cirurgia para retirada dos corpos estranhos. Não houve nenhum tipo de indenização que permitisse compensar em alguma medida, os erros decorrentes do descaso, orquestrados pelo serviço público estadual e municipal.

Dos documentos analisados, foi possível perceber no CAPS o acolhimento das demandas dos usuários relacionadas às lutas nas instâncias da justiça e a provisão de relatórios e encaminhamentos para concessão de benefícios previdenciários. As equipes investem esforços seriados frente às negativas do Estado, especialmente do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Foi apontada a rigidez das perícias técnicas de concessão de benefícios a usuários de serviços de saúde mental, visto a necessidade de considerar situações que amiúde não têm uma evidência concreta, ou seja, física, de danos à saúde, pois as dificuldades se apresentam no campo das emoções e das relações. Outro fator que apareceu repetidamente foi a perda de documentos e a inexistência de recursos para emissão de segunda via. Para resolução dessa necessidade, o apoio das equipes foi fundamental, uma vez

que em diversas instâncias, esses papéis são a primeira exigência para alcançar a condição mínima de cidadania.

*Equipe realizou nova visita domiciliar e não o encontrou em casa, mas num bar, e discutiu a retomada do tratamento, **ele refere ser longe e estar sem passe livre** .(Técnico de saúde mental sobre Silvio)*

*Paciente perdeu documentos pessoais, **alega não ter condições para providenciar segunda via**. (Técnico de saúde mental sobre Luiz)*

*Apesar de todo histórico de limitações, que não nos é possível prever por quanto tempo perdurarão ou mesmo poderão ser superadas, o paciente já adentrou junto ao INSS, o BPC, sem, contudo, lograr êxito, **uma vez que o órgão não leva em conta os aspectos integrais da condição psicossocial do paciente, mas analisa somente a questão clínico-física**. (Técnico de saúde mental sobre Christian)*

Nesse aspecto é importante destacar o impacto que restrições de acesso a benefícios corriqueiros, como passe livre nos ônibus para um usuário de doença crônica, repercutem na condição de saúde, o que evidencia a falta de integração das políticas públicas, pois um comando simples relacionado à garantia do transporte possibilita ao indivíduo, cuidar do agravo crônico, circular no serviço, realizar atividades, além de reduzir a vulnerabilidade territorial e prevenir o agravamento, ao passo que a necessidade de deslocar o pouco recurso existente para o transporte público, implica, por vezes na difícil decisão entre comprar o alimento ou escolher outra dimensão da vida, que será sempre secundária.

Em relação aos serviços de saúde, Silva, Ribeiro e Souza (2018) destacam como são insuficientes as ações direcionadas ao cuidado da população negra e suas questões idiossincráticas, que leva a uma redução do repertório de atividades, por vezes contemplado apenas no preenchimento do quesito raça-cor, todavia, ainda é incerto se é assegurado o registro autodeclarado ou se há intervenção do operador. Embora seja uma atitude eminentemente administrativa e técnica, o preenchimento do pertencimento étnico-racial nos instrumentos de trabalho no SUS é essencial para redução das lacunas estatísticas que causam a invisibilidade do racismo (DAMASCENO; ZANELLO, 2018).

Para Santos *et al.* (2020), a invisibilidade estatística ocasionada pela falta de preenchimento do quesito raça-cor, é também uma atitude política danosa para a saúde da população negra. A discussão sobre a investigação racial dentro do SUS, através da coleta de dados dos sistemas de informação em saúde, bem como outras categorias como gênero, por exemplo, são fundamentais, para enfrentar a estrutura sustentadora da necropolítica, que leva à desvalorização das mortes e ao sofrimento da população negra, que ocorrem com frequência e para os quais não é cobrada a responsabilidade do Estado.

A implantação do quesito raça-cor trouxe visibilidade estatística para as demandas de saúde da população e são notórios os avanços relacionados à análise desse indicador, porém o processo de autodeclaração sofre a influência danosa dos processos discriminatórios resultantes das ideias de mestiçagem e branqueamento, que repercutem na dificuldade da população decidir por um pertencimento racial. Frente a isso, há necessidade de fortalecer o conhecimento e a educação popular sobre a aplicação dessa informação para o desenvolvimento de políticas públicas (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019).

Essa situação é ainda mais complexa nos serviços de saúde mental, onde os sistemas de informação, não registram os cadastros individuais, apenas procedimentos e mesmo estes, não são acessíveis ao público. Assim sendo, as equipes têm impressões subjetivas sobre o pertencimento racial dos usuários. Como considerou Rocha (2018, p. 121), ao afirmar que profissionais de saúde referem que a população atendida no CAPS é majoritariamente negra e há estranhamento quando da presença de indivíduos de outros fenótipos. Além disso, referiu que o SUS se apresenta como destinação obrigatória para a população negra que têm reduzida possibilidade de escolha pelo atendimento no setor privado. Nesse sentido, o SUS, a partir dos CAPS, se constitui como: “local inevitável onde as negras e os negros em sofrimento psíquico severo, grave e persistente acabarão por obter cuidado”.

O preenchimento do pertencimento racial dos usuários nos instrumentos do SUS avançou em diversas áreas, especialmente naquelas com melhor informatização, mas ainda continua como atividade a ser incentivada e qualificada. Nesse aspecto, Kalckmann *et al.* (2007) consideraram a falta de escuta dos profissionais sobre situações de racismo como discriminação individual e institucional, mesmo que neguem ser perpetradores dessa prática. A postura desses trabalhadores pode aumentar as vulnerabilidades, ampliar barreiras de acesso, diminuir as ofertas de diálogo e provocar afastamento dos serviços de saúde. Para reduzir os efeitos da discriminação, é necessário investir em espaços de comunicação e denúncia de racismo, estimular a discussão do tema e desenvolver estudos sobre a influência deste fenômeno no campo da saúde, haja vista a relevância das instituições de saúde na superação do árduo desafio de mudar práticas para eliminar o racismo da sociedade.

As dúvidas em relação a questões raciais foram frequentes nos grupos focais desenvolvidos com profissionais, especialmente confusões sobre o mito da raça biológica, existência de racismo no Brasil e sobre o quesito cor. Os prontuários analisados eram compostos por formulários que não incluíam a informação sobre raça e cor, o que além de infringir a Portaria nº. 344 de 2017, sobre a obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça cor em todos os instrumentos de coleta de dados no SUS, impede o conhecimento do perfil

demográfico de uma população complexa, afetada pelo funcionamento de diversas políticas públicas. Essa ausência de discussão dentro do serviço pode explicar o desconhecimento manifestado por trabalhadores e usuários, como pode ser apreendido nos fragmentos abaixo.

*Agora por que colocaram no documento uma vez cor cafuza, já botou pardo e já botou índio?* (Sílvio)

*[...] Minha mãe me chamava de nigrinha, ela é da minha cor, assim muito parecida comigo e meu pai era **moreno claro**, assim feito tu (pesquisadora preta), e até pelo jeito dela, só que eu via que não era com todo mundo, era só comigo, por exemplo, essa aqui é minha filha, minha nigrinha, mas eu não sentia uma nigrinha querida, sabe..., porque isso eu consigo diferenciar bem, eu não sei te explicar agora, um tom pejorativo, aquilo grita.* (Maria)

Tanto Sílvio quanto Maria registraram confusão de conceitos sobre o pertencimento racial, essa constatação sugere a ocorrência de assimilação de valores de hierarquia branca forjados em uma cultura racista que encarna o discurso da democracia racial, conseqüentemente ambos rejeitam a identificação como negros, constitutiva de seus corpos. Cabe a toda sociedade, especialmente aos operadores de políticas públicas, investir na tomada de consciência e valorização da raça negra, ao mesmo tempo em que promovam ações antirracistas concretas, visíveis, avaliáveis e sistemáticas no seu cotidiano.

Pacheco (2013) constatou que as mulheres do seu estudo desenvolveram a identificação racial como uma característica aprendida, antes, conforme uma das entrevistadas, ela possuía "cabeça de branco". O movimento negro permitiu um reconhecimento racial, valorização da própria beleza, utilização de indumentária alusiva a temas africanos, aproximação com religiões de matrizes africanas, afeição com espaços de lazer propagadores da cultura negra e até mesmo, as escolhas afetivas de rol de amizades e seleção das parcerias sexuais.

### 3.2 DETERMINAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE: A PRECARIÉDADE DAS CONDIÇÕES BÁSICAS DA VIDA

A maior parte das definições de determinantes sociais em saúde destaca como os efeitos das condições de vida e trabalho de indivíduos e coletividades interferem nas situações de saúde. Nessa perspectiva, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), conceitua os DSS como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais,



psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

Por sua vez, Faro e Pereira (2011) são mais específicos ao definir determinantes sociais de saúde como efeitos da desigualdade social e das variações de privilégio no acesso a bens e serviços sobre a saúde. Assim sendo, pode-se aceitar certo nível de gradação nos estados de higidez, porém há fatores que por sua magnitude em operar disparidades, vão constituir iniquidades em saúde e suscitar a investigação das origens da injustiça (FARO; PEREIRA, 2011).

As trajetórias de vidas complexas que foram narradas trouxeram uma sucessão de condições contextuais, que numa perspectiva do conceito ampliado de saúde, são elementos que se apresentaram como definidores das rotas de cuidado e demais direitos humanos, com uma sucessão de atravessamentos que operaram como barreiras para a plena cidadania, e interferiram na autopercepção de saúde, compreensão da própria enfermidade e caminhada dentro da rede. Dessa forma, considerando o conceito de determinantes sociais em saúde, notamos como o racismo, operou recorrentes fatores desencadeantes de *stress* emocional, testando capacidades e limites e moldando a adaptação ou o sofrimento mental. Como consequência, contribuiu para a emergência do sofrimento grave e produção da experiência da loucura. Assim sendo, é justo e inteligente defender que a promoção da saúde mental efetiva, implica no real enfrentamento para superação do racismo.

A questão primária para a vida humana que reiteradamente surgiu nas falas de todos os participantes foi o acesso e a condição das habitações, tanto ao nascedouro, quanto a dificuldade constante de aquisição e manutenção de moradia ao longo da vida, o que se associou com frequência à necessidade de circulação nas ruas e à vulnerabilidade relacionada a essa exposição. Foi apresentada a restrição econômica para construir ou comprar um local para morar, sendo que a maioria recorre ao aluguel de habitações de baixo custo, com infraestrutura precária, como barracos sem condições sanitárias adequadas, casas emprestadas, doadas e cessão de espaços dentro do próprio ambiente de trabalho para estadia. Além disso, foi possível registrar a dificuldade para arcar com os custos relacionados à manutenção desses espaços de residência, como as contas de água e energia elétrica. Ainda nessa dimensão, os usuários quando conseguem custear a habitação, em geral, localizadas em zonas periféricas, distantes da parte central da cidade, o que dificulta o acesso ao transporte, e impacta diretamente no tratamento.

*Quando eu voltei, minha mãe estava realmente doente, **me deram um barracinho pra eu morar, meia água, telhadinho baixo, morada bem simples, só tinha uma porta, trabalhava de uma coisa, trabalhava com outra, aí eu comecei a trabalhar de ajudante de pedreiro, fiquei um tempão.** (Luiz)*

***Era uma casa de tábua, de assoalho, dois metros de altura, porque era na margem do rio Jequitinhonha e às vezes pra prevenir já quando o rio enche e dar tempo. Ainda hoje enche o rio, quando tem que soltar a água da barragem, a casa era alta, já prevendo a cheia. Eram três quartos, uma sala, o corredor e a cozinha, a gente dormia nas esteiras, antigamente.** (Deivison)*

*[...] a gente morou em Pindorama, porque não tinha acesso a nada, **não tinha acesso a nada, saúde, escola muito precária, [...] a gente criou naquela vidinha ali de roça [...] A casa era de tábua, de assoalho, não tinha energia elétrica, não tinha água encanada, veio ter água encanada e energia elétrica, em 88.** (Renan)*

*[...] **aí ficava lá, num quartinho, no fundo do mercado, aí vinha duas ou três vezes na semana em casa, trazia roupa pra lavar e voltava de novo, tudo ali, e domingo depois de 2 horas, fechava o mercado 2 horas e a gente ia pra casa.** (Renan)*

*Na época da infância, a gente sempre morou em casa de fazenda, com esse povo assim, porque pai ia trabalhar e a gente ficava com nós na fazenda, foi criado assim praticamente, **a casa era normal de taipa, nós dormia tudo numa esteira, no chão, a alimentação era precária [...]** (Christian)*

*[...] chegando na Colônia lá, **o cara me deu uma casinha pra eu ficar, [...], pensa que não aparece o cara com a mulher dele, manda tirar minhas coisas e me bota pra fora, aí aparece outro coroa lá, [...] o coroa, ah você quer morar mais eu vumbora, mas só que o véi gostava de tomar goró, e o véi ficava doidão, psicológico, tomava remédio também, esse véi começou a molar a faca de noite dentro de casa, eu dormindo, eu não dormia mais não, falei sabe de uma, vou procurar um meio pra mim, fui pra casa de outro cara lá, na Colônia mesmo, quando chega lá, eu passei três dias na casa do cara, o cara chega doidão, panha uma faca debaixo do travesseiro e bota na minha garganta [...]** Saí no outro dia, aí tinha o terreno de meu pai cá, que tinha um banheirinho, eles construíram um banheirinho véi, falei, vou passar lá pra dentro, limpei o banheiro e fiquei lá dentro lá, **passei um bocado de dia dentro do banheiro, no apertadinho lá** (Christian)*

*[...] daí pra cá, foi quando ele foi embora, as coisas foram ficando difícil, difícil, difícil, **eu recebi uma ordem de despejo, não chegou a ser cumprida, porque, quando chegou a ordem de despejo, eu já tinha mudado de casa, aí veio outra, quando chegou a ordem de despejo, essa sim eu devia, eu já estava operada [...]** quando chegou a segunda ordem de despejo, eu já estava na casa da minha mãe, de favor, que eu vim do hospital e quando aconteceu o despejo, **é que alguém veio falar, que tudo que eu tinha dentro da casa, estava na rua.** (Maria)*

A frequência das referências demonstra o quanto a ausência de moradia segura, as dificuldades para acessar o direito à casa própria, a informalidade e os baixos rendimentos operaram como norma na trajetória das pessoas com sofrimento mental grave, que ainda se acentuou com as situações de insegurança alimentar e a vulnerabilidade territorial, condições que repercutiram na sensação de bem-estar. Ao longo das falas, a questão da residência sempre retornava como condição de tormento, seja por causa da existência de conflitos intradomiciliares, seja porque o pouco rendimento que detinham, a partir do trabalho

informal, em geral se direciona imediatamente para custear a alimentação, tornando a manutenção da casa um grande desafio.

Christian descreve as diversas tentativas de abrigo em casas emprestadas, com vivências de violência e risco à vida, decide então morar no banheiro de um terreno que o pai possuía, passando a viver e a compor aquele ambiente, onde se elimina dejetos humanos, nessa perspectiva, o sujeito também lança para expurgação parte da sua condição humana. Enquanto Maria sem ter onde se abrigar, retorna ao ambiente onde vivenciou muitos episódios de violência, porém ela não tem possibilidade de escolha, pois não poderia retornar para sua casa alugada após o despejo, vê-se assim a acumulação de condições como estado de pós-operatório, falta de recursos financeiros, permanência em local indesejado e cuidados à criança lactente, como fontes de aflição na vida dessa mulher.

Para os profissionais de saúde as questões da habitação também foram referidas amiúde como condições importantes na vida desses indivíduos, o que nos remete à relevância da proteção e do abrigo para o próprio desenvolvimento da clínica, haja vista que a organização da vida, a composição da família e demais vínculos, a proteção das intempéries climáticas, o refúgio da vulnerabilidade territorial à violência, são facilitadas a partir da organização do domicílio. Nesse sentido, pelos registros existentes, nota-se que a organização da moradia é passo essencial da própria organização psíquica e foram frequentes as anotações em prontuários relacionadas às condições estruturais e a ausência de recursos para a manutenção/aquisição da casa, bem como os esforços para convencimento e ajustes familiares para acolhimento dos usuários.

*Devido a conflitos familiares **tem ficado todos os dias na rua** [...] genitora relata situação bastante difícil com uso de múltiplas substâncias [...] fica em situação de rua. (Técnico de saúde mental sobre Sílvio)*

*Seu barraco foi derrubado na Colônia, **não tem pra onde ir, sem teto**, suas roupas estão na casa da irmã, local onde está abrigado molha muito de chuva. (Técnico de saúde mental sobre Christian)*

*Maria está deitada, a casa encontra-se desarrumada, com objetos sucateados, necessitando de limpeza (aspecto desorganizado). O imóvel possui esgoto exposto na parte anterior, **o mau cheiro toma conta da casa**. (Técnico de saúde mental sobre Maria)*

Os fragmentos descritos nos apontam um processo racista que obriga e empurra pessoas negras para as zonas periféricas da cidade, em ambientes insalubres e arriscados ou mesmo para situação de rua. Oliveira (2018) considera que a composição das cidades ocorre pela aplicação dessas técnicas discriminatórias, visto que a organização econômica capitalista

com suas prerrogativas de acumulação e individuação ocasiona privação e eliminação de um excesso populacional, organiza a geografia da cidade, num movimento conceituado como cartografia abissal, no caso brasileiro pode ser exemplificada pelo modal da favela. Tal ambiente social é marcado por regramentos próprios, inclusive do suprimento e manutenção das estruturas de Estado, como a performance das polícias. O racismo é um operador biopolítico que auxilia na explicação sobre essa fissura ambiental, que delimita as áreas da cidade em centro e periferia e compõem outras divisões sociais, políticas e de gênero (OLIVEIRA, 2018).

O segundo determinante social presente com frequência nos depoimentos foi a baixa escolaridade dos participantes, relacionadas ao atraso na iniciação escolar, dificuldades de aprendizagem e limites relacionados à educação rural, que em geral, oferece apenas os quatro anos do ensino fundamental, além de requisitar dos alunos o cumprimento de longas distâncias diariamente. Mesmo com esses obstáculos houve esforço para cumprir os anos de estudo possíveis, sendo que a evasão escolar a partir das séries iniciais do ensino fundamental II ocorreu pela necessidade de trabalhar e contribuir financeiramente para a manutenção da casa. Desse modo, o cansaço, a falta de concentração e a dificuldade de apreensão das informações foram verbalizadas como principais motivos para o abandono escolar.

*Até a terceira, passei pra quarta, saí porque já tinha profissão, a gente trabalha bairro bem distante, aí fala esse é menino, mas ele trabalha, aí saía do trabalho, estudar de noite, aí não aguentei não, desisti.* (Sílvio)

*Eu estudei até a sétima série, aí abandonei porque eu precisei trabalhar, fui trabalhar no café, aqui tem um negócio de café, aí tem um período de março até final de maio e junho, aí fui pro café, falei não, pra mim ficar, eu vou escolher uma coisa ou outra, ou trabalhar ou estudar.* (Luiz)

*Eu estudei, lá na roça tinha uma escola rural, eram 6 km de distância, que a gente ia de pés, na lama, todo mundo que estudava, era uma hora de caminhada.* (Deivison)

*Nós estudou, mas não se formou por safadeza nossa, estudei na roça um ano e depois fui pra casa de vovó na rua, fiz até o primeiro ano só, parei, estava trabalhando, chegava cansado, ia pro colégio não prestava a atenção, dormia, cansado, falei, isso não dá pra mim, não [...] Estudava de manhã e trabalhava de meio dia pra tarde, de manhã, eu pedalava 7 km pra ir pro colégio, a escola era rural 7 km pra frente da nossa. Lá só tinha até a quarta série [...].* (Emiliano)

*Aí depois, quando completou a quarta série, porque lá era só até a quarta série, eu fui para a sede de Porto Seguro, eu ia todo dia e vinha e não tinha transporte escolar, a gente tinha que pagar do bolso, aí você imagina a situação, dez a oito irmãos pra tirar dinheiro de escola ainda [...] Eu fiz até a sétima série desse jeito, indo e voltando todo dia, são 41 km, eu não completei a oitava série, porque precisei trabalhar pra ajudar né? Tive que parar, parei na metade da oitava, fui trabalhar.* (Renan)

*Eu estudei até a oitava série, na escola Padre José de Anchieta, na Colônia, eu parei de estudar porque a condição financeira estava caótica, não tinha como manter, eu já estudava e dava de comer aos porcos, para um rapaz que criava um bocado de porco e recebia um real por dia, que hoje em dia não faz nada né, não dá nem pra comprar quatro pão. (Christian)*

Lopes (2005) aponta a escolaridade como o determinante com maior efeito de justificação das disparidades em saúde da população negra, em virtude das suas implicações no processo de acessar os serviços, comunicação com o profissional de saúde, com destaque para os médicos, compreensão sobre os processos de prevenção, tratamento, cura, reabilitação e os sentidos atribuídos aos estados de saúde e doença.

Além disso, destacamos como a baixa escolaridade afeta o planejamento do cuidado em saúde mental, especialmente no componente reabilitação psicossocial, haja vista que essas pessoas têm difícil inserção no mercado de trabalho, em geral relacionado a funções pouco específicas, que demandam maior esforço físico. Embora essas ocupações, sejam dignas de muita respeitabilidade, em alguma medida elas são esvaziadas de humanidade, quando excede limites físicos corporais, não se oferece valores compatíveis com a produção, ou mesmo lhes terceiriza funções indesejadas, como o trabalho doméstico, no qual em geral, deixa-se a sua casa e os seus filhos para cuidar da casa e do filho de outrem, na maioria das vezes com vínculos carentes de garantias.

O trabalho de Silva (2019) com pessoas com transtorno mental grave, discutiu a importância da inclusão escolar e os desafios da manutenção da escolaridade frente à vigência de preconceito e discriminação também nas escolas. Embora a autora não tenha enfatizado a questão racial dos cinco usuários entrevistados, o método da foto provocação utilizado, permitiu identificar que todos eram pretos e pardos. Dos participantes, apenas um conseguiu se manter na escola e estava próximo à conclusão do ensino médio, desejava entrar na faculdade e tinha planos para o futuro.

O cumprimento dessa etapa escolar e o respeito manifestado pelas pessoas do entorno educacional, se apresentaram como reconhecimento da subjetividade desse sujeito, incrementou a percepção da educação como direito e o desenvolvimento de mais uma rede de solidariedade. Nessa experiência a equipe do CAPS mobilizou bastante investimento para a manutenção desse usuário na escola. Esse acesso à educação formal provocou ganhos adicionais, como afeição pela leitura e a circulação nos espaços de cultura (SILVA, 2019).

O que observamos ainda nesse eixo de discussão foram planos ceifados, pois o abandono escolar ocorreu devido à pressão econômica e social para que colaborassem com a

família, em prol da sobrevivência, nesses casos, talvez a nomenclatura mais adequada não seja abandono escolar, visto que esse conceito indica uma decisão, o termo mais próximo seria cumprimento da escolaridade possível, como se pode verificar nos trechos abaixo em que os usuários referem seus sonhos da infância.

*[...] lá em casa tinha uma porção de livro assim, eu estudava, **queria ser daquela cadeira lá grandona, tá ligado, lá do juizão lá, eu queria subir numa cadeira daquela ali, é juiz.** (Christian)*

*[...] meu sonho era muito alto, **eu sonhava em ser uma advogada e continuar estudando pra ser uma juíza, uma coisa forte que eu queria ser, meu irmão estudou mais e aprendeu profissão e eu não, fui dona de casa.** (Lúcia)*

Atrelado ao abandono escolar, o trabalho infantil surgiu na totalidade das falas e todos os indivíduos do estudo começaram a trabalhar muito cedo, em virtude da grande necessidade para manutenção das condições materiais. Foram referidas atuações junto aos pais na lida da roça, bem como funções auxiliares, tais como ajudante de cabeleireiro, ajudante de pedreiro e reposição de produtos de mercado. Um fator que apareceu relacionado ao trabalho infantil foi a ausência ou irregularidade na remuneração, com pagamentos de valores mínimos e injustificados frente à demanda de serviço.

*É, eu trabalhava assim, vendendo coisas na rua, **mas trabalhar sério mesmo, eu comecei com catorze anos.** (Sílvio)*

*Desde que eu morava em Itabuna, eu vendia lata, catava lata de óleo, tinha um homem lá que morava, ele comprava, no Bairro de Fátima, fazia pá de pegar lixo, funil, foi meu primeiro trabalho. Eu trabalhava, via todo mundo catando, então eu ia fazendo um dinheirinho [...] **Aí depois, aqui em Eunápolis quando eu cheguei, cheguei aqui com onze anos, mais ou menos, eu fui vender jornal, A Tarde, A Gazeta e a Folha de São Paulo, aí pegava aqueles jornal e saía pra vender.** (Luiz)*

*Bandeirava cacau, tirava, quebrava, a gente roçava também, desganhava, desbrotava e ganhava um dinheirinho, fazia dendê também pra vender nos barracão da fazenda, **ainda criança, todo mundo trabalhava, mas estudava.** (Deivison)*

*Na roça, eu meu irmão só embalava banana mesmo, esse ex-patrão nosso, que mora lá no Espírito Santo, ele pegava banana lá e nós começamos a trabalhar com ele, **aí desde os 14 anos, que nós embala banana.** (Emiliano)*

*Na infância, tinha farinha, nós fazia farinha na farinha, trabalhava, comecei a trabalhar cedo, **desde novo que eu trabalho, peguei frete na rua, ajudante de pedreiro, lavei muito carro.** (Paulo)*

*[...] toda vez que meu pai pegava roça de mandioca, **levava nós pra bater enxada com ele o dia todo, nós tava no pé dele, limpando de enxada [...]** sempre que eu achei oportunidade, eu fazia uns biquinhos [...] **Eu estudava e dava comida a porco, trabalhava no chiqueiro, ganhava um real por dia naquela época, um real por dia e o cara ainda me enrolava ainda, você bota fé, eu era menino pô.** (Christian)*

*Aí quando fui ficando menininha fui trabalhar, [...] me botava pra fazer tudo, fazia limpeza, me botava pra fazer tudo, primeiro ele era praticamente um cliente da minha mãe, então é tipo assim, ela vai te ajudar, não pagava nada, ele tinha um salão conceituado, ali eu fiquei por três anos, ali eu aprendi a profissão, fazer a unha, trabalhando sem remuneração, mas ali eu recebia beliscão, eu recebia cascudo, eu recebia puxão de cabelo. (Maria)*

*[...] ela via que eu era magrinha, os dedinhos, cabo de vassoura, ela mandava a gente lavar, as vasilhas de alumínio, ela mandava a gente dar brilho, polir, não aguentava, meu irmão era mais forte, que ele é bem negro, eu sou negra, mas ele era mais, daquele negro, cabelo bem tuinzinho, tem ele na foto aí, e nós dois uniu, pra um ajudar o outro. Fui morar com ela, eu tinha cinco anos, ia fazer seis anos, [...] não deixava a gente estudar, [...] no final disso, a gente criou os filhos dela, eram cinco filhos, [...] e a gente ficava trabalhando sendo mamãe e meu irmãozinho papai das crianças, a gente era criança, era criança cuidando de criança, isso foi por muito tempo, muitos anos [...] você lembra daquele negócio que passava pra dar brilho nas casas, enceradeira, eu pegava aquilo, meu irmão pegava, e era uma casa de uns oito cômodos [...] até a prótese dela, nós escovava. (Lúcia)*

Um destaque adicional envolve o tipo de relação trabalhista que se dá nas zonas rurais da região, marcadas por relações de exploração, sem definição de carga horária, equipamentos de proteção, pausas, alimentação e demais parâmetros mínimos da legislação trabalhista, em geral esses trabalhadores se relacionam informalmente com os patrões no trabalho por diária ou “empreitadas” que ocorre na execução de uma demanda de serviço, com valor acertado do montante financeiro, porém sem definição do tempo. Considerando o volume pactuado, geralmente bem maior que a capacidade de entrega e a remuneração, bem menor que o valor legal, esses trabalhadores rurais têm que contar com a participação dos demais membros da família, o que inclui as crianças e adolescentes.

### 3.3 DETERMINAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE: ANÁLISE DAS CONDICIONALIDADES ESTRUTURANTES - CLASSE E GÊNERO

Para Buss e Pellegrini Filho (2007), o maior desafio no estudo de determinantes sociais em saúde, é estabelecer a magnitude e a hierarquia de cada parâmetro no desfecho em saúde, em especial macrodeterminantes como situação econômica, social e política, haja vista que estas relações não apresentam ligação direta de causa-efeito. Outra dificuldade na compreensão de DSS são as atribuições de caráter individual e aquelas de grupos e populações, em virtude da impossibilidade de extrapolar a justificação de fenômeno particular para sua manifestação coletiva como regra direta.

Enquanto os fatores individuais são importantes para identificar que indivíduos no interior de um grupo estão submetidos a maior risco, as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionadas com outros fatores, principalmente o grau de equidade na distribuição de renda (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p.81).

A compreensão da influência de determinantes densos como classe, raça e gênero na produção social da saúde, pode ser explicada a partir do complexo movimento que essas categorias articulam nas estruturas de poder. Dessa forma, o poder econômico se organiza nas distintas classes, numa determinada estrutura, mas a dominação econômica se estabelece sob influência da cultura, a partir de um simbolismo que organiza a hierarquia (BREILH, 2006 *apud* BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

Prestes e Paiva (2016) consideram que o conceito de vulnerabilidade permite qualificar a análise social, pela ponderação de fatores de natureza individual e contextual. O estudo das vulnerabilidades coloca a centralidade na restrição aos direitos humanos, avança da análise dos perfis individuais para condições de sujeitos detentores de direitos, valoriza os efeitos protetores das relações intersubjetivas, permite a redução de estigmas e a identificação das populações que cursam com maior dano e sofrimento, além de cobrar uma responsabilização social e programática em nível de Estado. Sendo assim, a abordagem das vulnerabilidades implicará garantir:

[...] a equidade, a universalidade e a integralidade do direito à saúde que dependerá sempre da integração de vários saberes - por exemplo, da epidemiologia às análises sociais com base na categoria gênero, da articulação dos diversos saberes clínicos com a compreensão densa das culturas e religiosidades de pessoas e comunidades, considerará que as dimensões individuais estão necessariamente associadas às dimensões social e programática (PRESTES; PAIVA, 2016, p. 675).

As difíceis condições econômicas denotaram à pobreza ou mesmo à miséria, na qual viveram e vivem quase a totalidade dos usuários de serviços de saúde mental do estudo, visto que apenas um conseguiu ao longo dos anos de acompanhamento no CAPS, manter-se a maior parte do tempo no mercado formal de trabalho, os demais, em geral recorreram à informalidade, e descreveram as suas atividades profissionais como “bicos”, com atribuições em geral relacionadas ao trabalho por diária na zona rural, e contratações informais em funções de entrada da construção civil.



*Aí quando eu tô parado de nada, não encontro um quintal pra limpar, não encontro uma parede pra pintar, **eu faço de tudo**, limpo caixa de gordura, se eu ver que está no meu alcance, né, pessoal me chama, ei! Tenho minha galinhotinha também, boto enxada na galinhota, cavador, e saio por aí [...], eu cato alumínio, latinha, qualquer alumínio que eu encontrar, cobre é difícil encontrar, é uma raridade encontrar cobre, porque o mais valioso que tem é o cobre, 30,00 o quilo, a latinha tem lugares que é 5,00 o quilo, tem lugares que é 4,00, e o ferro tem lugares que é 0,50 quilo, e tem lugares que é 0,60 e até 0,40. Aí eu pego onde eu vou com minhas coisas, você vai ver lá, e garrafa pet, já catei um bocado de lá pra cá. (Luiz)*

*[...] o cara me chama pra arrancar mandioca mais ele, eu levo minha marmitta, os outros ganhava R\$60, tava cobrando 20 reais só a marmitta de meio dia, e mesmo assim não era comida boa não sacana, uma hora era ovo, outro hora era salame, e cobrando 20 reais em cada marmitta, **eu trabalhei, trabalhei, trabalhei, consegui juntar o dinheirinho, aí eu consegui alugar um barraquinho**, aluguei um barraquinho. (Christian)*

*[...] ali eu dava faxina do jeito que podia, porque a depressão não fazia levantar do lugar, babava muito [...] **eu limpava o chão, muitas vezes derramavam até de propósito, ia fazer mandado**, lento, aí eu passei a fazer unha, aí ela foi, me pagava 100 reais por mês [...] então quando uma pessoa chegava querendo que eu fizesse o cabelo, uma vez em nunca ele deixava, não me pagava pelo cabelo, só pela unha. (Maria)*

*[...] eu juntei dinheiro, eu vendi joia, barriguda, eu botava uma cinta, um negócio pra segurar, que ela queria sair logo, com seis meses, sete, ela queria sair, usava aquela cinta pra segurar, eu botava aquele pesão nas costa, uma mochila de roupa, joia, lingerie bonita pra mulher, até que um dia eu pedi pra ele, sair da casa, me deixasse com essas quatro criança, **mas deixasse comida**. (Lúcia)*

Os trechos narrados pelos participantes apontam para uma sequência de marcações sobre os valores diferenciados, baixos ou irrisórios na compensação do trabalho desenvolvido por um grupo de pessoas empobrecidas, que considerando a organização de classe no Brasil já discutida, é composta majoritariamente pela população negra. Luiz descreve os preços atribuídos ao quilo do material reciclável, atividade perigosa, insalubre, que envolve a manipulação de material junto a diversos tipos de resíduos, além de carregamento de carga e exposição solar, mesmo submetido a essas condições adversas o valor recebido não corresponde aos esforços depreendidos na execução.

Christian, por seu lado, traz mais um fator de agravamento que ocorre especialmente na zona rural, quando o patronato cobra as refeições dos trabalhadores, que, em geral, em localidade agrícola não terão opção de escolha e irão ceder a essa compra de comida, subtraindo parte do pagamento da diária ou mesmo levando ao endividamento progressivo. Maria também registra condições de trabalho submetido a humilhações e chantagens, provocando o retrabalho, além do reforço da condição de subalternidade, quando registra que sujavam o chão “de propósito”. Por fim, Lúcia informa condições de agravamento da vulnerabilidade, quando verbalizou a ausência de proteção em situação de gravidez, pois

trabalhou carregando peso, e enfrentou o temor do parto prematuro pela necessidade primária de alimentação das crianças.

Os profissionais de saúde também declararam a situação de pobreza e privações que a maioria dos entrevistados passaram e seguem passando, os registros são marcados pela sinalização do sofrimento associado à escassez de recursos, que impediram os usuários de acessarem alimentação adequada com consequências diretas no estado de saúde, condições para cuidar dos filhos e até mesmo para a manutenção do tratamento. O apontamento da informalidade foi quase total, entretanto, reiteramos que as atividades do CAPS relacionadas à formação profissional, geração de emprego e renda ainda são insuficientes, valendo-se os profissionais de incentivos verbais à profissionalização e à busca de trabalho. De outra forma, é notório o esforço documental, com emissão de múltiplos relatórios que justifiquem a solicitação de benefícios, como programas de transferência de renda e previdenciários.

*Ficou na zona rural em Vale Verde nas terras de um irmão dele que o ‘pagava’ somente a alimentação.*(Técnico de saúde mental sobre Luiz)

*Usuário trabalhando na colheita do café relata estar sem a carbamazepina e que esse mês não poderá passar pelo médico, pois recebe por produção.* (Técnico de saúde mental sobre Luiz)

*Foi apanhar café e não conseguiu, sente fraqueza, situação financeira precária, mora na Colônia, hoje veio a pé, sem dinheiro para condução, pensando em desistir do tratamento [...] Na visita domiciliar foi registrado casa sem fornecimento de gás, água, energia elétrica, sem porta nos fundos, piso e paredes sem acabamentos.* (Técnico de saúde mental sobre Christian)

*Dificuldades devido à falta de trabalho, três meses de aluguel vencidos, tem medo de ficar despejado e ficar em situação de rua. Aparência abatida, perda de peso, insônia, ansiedade, pedido de benefício na justiça ‘queria trabalhar mas o povo não dá confiança pra gente’.* (Técnico de saúde mental sobre Christian)

Os registros das equipes sobre a situação de Christian apontam insistentemente as conexões entre condições limites para a sobrevivência ocasionada pela extrema pobreza e a ocorrência de sinais, sintomas e manifestações de sofrimento mental desencadeadoras de crises, refletindo a importância que os trabalhadores da saúde atribuem aos efeitos da miséria para a persistência de estados de sofrimento agudo vivenciados por Christian. Esses fatores geram nos trabalhadores também o sentimento de limitação e impotência, frente à insuficiência de retaguarda na rede de proteção e a dificuldade em indicar ações de enfrentamento às múltiplas discriminações.

Para a população negra, são insuficientes os avanços sociais alcançados nas últimas décadas, especialmente a redução da informalidade, superexploração e pobreza, que não

ocorreu de forma homogênea na trama social. Como a organização das políticas públicas ainda não conseguiu estabelecer correções globais e estruturais para promoção da equidade, negros persistem como principais acumuladores dessas mazelas, com consequente impossibilidade de acessar melhores postos de trabalho, que permitiriam a mudança de vida consistente das futuras gerações. González (2020) apontou como a exploração da população negra garantiu privilégio racial para os brancos, que inclui o acesso aos melhores postos de trabalho com maior remuneração. Lamentavelmente esse registro mantém a sua atualidade há décadas ou séculos:

O que existe no Brasil, efetivamente, é uma divisão racial do trabalho. Por conseguinte, não é por coincidência que a maioria quase absoluta da população negra faz parte da massa marginal crescente: desemprego aberto, ocupações 'refúgio' e, serviços puros, trabalho ocasional, ocupação intermitente e trabalho por temporada, etc. Ora, tudo isso implica baixíssimas condições de vida em termos de habitação, saúde, educação, etc. (GONZÁLEZ, 2020, p. 46).

Na visão de Souza (2021) as dificuldades para ascensão social das pessoas negras repercutem na construção das identidades, tanto individuais quanto grupais, pois reforçam os desafios e as resistências diárias para esse êxito, enquanto para as pessoas brancas, há um lugar próprio e atingível, além de garantias de respeito. Para vislumbrar essa ascensão, a população negra tem que valer-se da cisão e afastamento de características inseparáveis, em especial aquilo que lhes é mais específico, sua cor.

Retomo a análise das trajetórias no CAPS de Porto Seguro, a qual discuti sobre a problemática relacionada ao acesso ao trabalho para usuários de serviços de saúde mental, pois aqueles que recebem benefício de prestação continuada, caso sejam reabilitados e desejem retornar ao mercado de trabalho, terão esse rendimento suspenso. Considerando que geralmente essa é a fonte principal de recursos das famílias, tem sido complexo discutir essa temática da inserção em postos de trabalho. No grupo analisado, apenas um usuário desenvolvia atividade remunerada, os demais tinham como única fonte financeira o BPC. Foi registrada a ocorrência de conflitos familiares decorrentes do acesso ao recurso pelo próprio beneficiário e o temor da perda do benefício (SILVA, 2019).

As precárias condições de vida pressionaram esses indivíduos a efetuarem movimentos de migração, na perspectiva de alcançarem melhoria financeira, especialmente, para a região sudeste do país. Infelizmente a maioria deles retornou sem alcançar a sua intenção de prosperidade e após algum período retomaram a condição de informalidade profissional.

*No primeiro casamento, **eu fui pra São Paulo tentar uma vida melhor**, lá eu fui assaltado, aí eu voltei pra Bahia, a segunda esposa é de Vitória da Conquista, mas a vida continua. (Sílvio)*

*Com 17 anos, aí me falaram,  **você quer ir servir? Porque eu tenho uns primos que é fuzileiro naval, no Rio. Minha mãe falou, olha, **você vai pro Rio pra você servir**, você escolhe lá, o exército, a marinha [...]** (Luiz)*

*Aí depois desse tempo, **eu fui pra São Paulo**, 92 pra São Paulo, nove anos lá, um primo meu veio aí de férias e aí eu fui. Lá eu já estava com a sétima série pronta, então foi fácil de arranjar um emprego. (Renan)*

*Passei uns dias bem difícil aqui, **fui embora pra Ituberá passar uns dias lá** na casa da minha irmã, isso há um tempo atrás aí, morar lá, levei minha coisas tudo, fui pra lá de mala e cuia, levei minhas roupas, deixei um barraco veio que a gente morava, que era da minha avó, assim que eu saí, meu tio foi lá e derrubou o barraco, pegou os terrenos de minha avó, loteou tudo [...]. (Christian)*

Pacheco (2013) identificou movimentos territoriais semelhantes nas histórias de mulheres e famílias negras baianas. A maior parte delas provenientes de zonas rurais, em condições de pobreza, decide migrar para a capital em busca de melhores condições de vida. No município de Salvador, passaram a ocupar moradias precárias em localidades periféricas. Os genitores acessaram postos de trabalho com baixo capital social e econômico, especialmente o trabalho doméstico e posições de entrada na construção civil, como já discutido. Esse movimento populacional fica evidente quando se analisa a organização urbana do município de Salvador e as demais regiões metropolitanas do país, com extensas áreas de periferia, moradias com carências estruturais, sem acesso ao saneamento básico e outros equipamentos sociais.

Silva (2005) argumenta que o modelo econômico vigente com precarização das condições de vida para alguns grupos populacionais, diminuição do emprego, difíceis condições econômicas e discriminação racial, aumenta o grau de tensão emocional e é fator de exposição a sofrimento mental a um bom contingente de pessoas. A exposição frequente a condições de humilhação interfere na formação de autoimagem que, frente às circunstâncias, se constrói cada vez mais negativamente. Embora o Estado brasileiro seja o responsável por instituir condições para a redução de desigualdades e garantia de direitos, age paradoxalmente como grande mantenedor de desigualdades históricas, com suas tecnologias de segregação da população negra.

Nessa pesquisa, embora a maioria dos participantes que tenha se voluntariado a contribuir fossem homens, ocorreram questões que se notabilizaram por se relacionarem ao gênero feminino. Dessa forma, a vivência e os desafios da maternidade solo foram referidos

recorrentemente, tanto questões relacionadas à criação, educação e orientação dos filhos, quanto as dificuldades materiais relacionadas ao custeio das despesas, na vigência de trabalhos informais, sofrimento mental e necessidade de manutenção de um cuidado contínuo com a própria saúde.

*[...] nunca gostei de traição, é coisa minha mesmo, mas se fosse hoje com a cabeça que eu tenho, ele podia continuar, **porque é muito difícil criar um filho só, e pai só é pai, quando tá junto**, depois que deixa de estar junto, não é mais pai, não existe homem, não tem um bom, ele traiu, peguei no flagra, nos separamos, sofri muito, muito, muito, muito. (Maria)*

*[...] mas eu não me intimidei, sofri muito, quando eu dei uma melhorada, a cliente foi me ajeitou tudo comigo e eu fui pro sertão atrás, mas eu já fui pra intimar, andei no sertão lá pra dentro, de Feira de Santana, São João, São Joaquim, Lauro de Freitas, Candeal, achei na delegacia de Candeal, prendendo um homem por pensão alimentícia, [...], **eu acho que eu pesava uns quarenta, quarenta e poucos quilos, nem tinha cabelo, tudo caiu, minha menina estava com oito meses e eu levando ela**, [...] aí veio um senhor conceituado, me ofereceu um dinheiro pra eu voltar pra trás, que pagaria o que ele devia, eu falei que não queria não, [...] eu tive que ir atrás porque os oficiais não achavam aqui não, porque lá ele pagava e falava o que queria, e aí foi assim a vida toda [...]. (Maria)*

*Minha mãe teve mais de quinze filhos, uns quinze filhos minha mãe teve, e minha família é grande, meu pai teve muitas mulheres, muitas mesmo, que ele veio da descendência do Congo lá, vovô (nome do avô) é do Congo, então é negros né, são os negros muito assanhados e aí veio muito filho, eu tenho medo de tombar com meus irmãos por aí. (Lúcia)*

*[...] eu tava assim, muito chocada, porque mesmo não amando ele, não tendo amor, porque ele arrumou outra logo, levava na minha casa, enquanto eu viajava e ia pra casa da minha mãe, ele, tinha as coisinhas dos meus filhos comer, as mulher comia, pra dormir com ele, os todinho, as coisinhas, aí eu fui ficando, triste, querendo ter depressão, e a bebezinha ainda, falei, então faz o seguinte: me dá o grosso, [...] **ele saiu, mas não me dava um centavo, cortou água, cortou luz**, porque não tinha como deixar eles sozinho, e meu dinheiro, eu ia buscar, mas só dava pra comprar comida. (Lúcia)*

Nesses fragmentos, Maria e Lúcia tratam de questões envolvendo a infidelidade dos companheiros, a vivência de relacionamentos abusivos, humilhantes, causadores segundo elas, de muito sofrimento físico e psíquico. Observamos na fala de Maria e no registro sobre a genitora de Lúcia uma aceitação desse comportamento hostil dos companheiros, quando afirmam preferir manter o casamento em vigência de traição, pelas dificuldades materiais que repercutem na redução da qualidade de vida dos filhos. Vemos nesses trechos como essas mulheres são atravessadas de forma interseccional pelo machismo e pela dominação de classe que lhes obrigam a permanecer em trincheiras de luta por justiça, por recursos econômicos, por validade do discurso e pela saúde, mas que não passam por esses desafios sozinhas, permanecem cuidando e dedicando a maior parte das suas vidas às suas crianças. Em certa

medida é possível considerar ainda como a história de vida de Lúcia replica a trajetória de sua mãe e demonstra primeiramente a condição do machismo estrutural vivenciado pelas mulheres negras e secundariamente os contextos familiares de violência que mulheres e crianças têm normalizado como formas de convivência.

A solidão da mulher negra ainda se notabilizou, de forma indireta, porém frequente, a partir da maternidade sozinha em condição de existência de companheiro, que passavam grandes períodos fora de casa, por conta do trabalho, delegando às genitoras a maior parte do cuidado com os filhos. Além disso, foi referido o distanciamento dos filhos por longos períodos, pouco justificado, mas que pode estar relacionado ao afastamento e isolamento secundário à vivência do sofrimento mental, bem como à insuficiência econômica, condições essas que levam à sobrecarga da mulher negra, dificuldades para acessar o mercado de trabalho, alcançar melhor escolaridade, retroalimentando as condições de privação.

*Meu pai trabalhava em serraria, só que o meu pai trabalhava fora, só vinha de quinze em quinze, de quinze em quinze, meu pai trabalhava em Buerarema, então a atenção que ele dava era muito pouca pra gente, não dava muita atenção, era corrido porque ele já vinha sábado e domingo já tinha que voltar, a gente ficava com minha mãe. Minha mãe ficava com os treze, com os treze não, com os que tinham na época, ao total foi treze, ficava sempre oito, sete. (Renan)*

*Eu convivi com eles quatro anos, quando eu saí, eu deixei tudo lá e vim, deixei eles lá, deixei com o que tinha lá, o menino ia fazer três pra fazer quatro anos e a menina ia fazer cinco, ficou com a mãe, ela casou logo também, ela foi seguir a vida dela e eu fui seguir a minha. (Renan)*

*Depois de muita desgraça na vida que eu já passei, eu consegui ter um menino, eu tenho um menino de 12 anos, meu menino é despreocupadão, a mãe cria ele a rédea curta, falei, não deixa bandear não, porque ele pode encontrar parada sinistra, têm uns quatro anos que eu vi ele, ele mora aqui em Eunápolis [...]. (Christian)*

É interessante notar na fala de Renan, ao referir que a ex-esposa seguiu a vida dela e ele seguiu a dele sem encontrar os filhos, como se a responsabilidade integral pelo acompanhamento das crianças estivesse a cargo da mulher. Também Christian demonstra sua baixa implicação, quando direciona um comando à ex-companheira para que ela opere na educação da criança “não deixa bandear não”. Foi notória a sensação da existência de afeto entre esses pais e os seus filhos, que demonstram um sentimento ideal e parcial, pois manifestam um “amor à distância”, livre dos conflitos da rotina, das dificuldades e das responsabilidades com a educação, enfrentamento de desafios como doenças, responsabilidade junto às instituições e preparação de um cidadão para a vida.

A análise da solidão da mulher negra desenvolvida por Pacheco (2013) apontou a complexidade dos atravessamentos oriundos do machismo, da diferença de classe, faixa etária

e mobilização política, que desembocam na impressão social da mulher negra explorada, inclusive nos relacionamentos afetivos, como se seus corpos não estivessem disponíveis para o amor, em vez disso, estivessem sempre prontas para acumular responsabilidades e resolver as demandas da vida, inclusive todo cuidado com os filhos. Foi encontrado que entre as mulheres militantes há preferência por parceiros com identificação ideológica, porém dificuldades na relação com parceiros dentro dos movimentos, que estigmatizam as mulheres militantes como problemáticas, além de diversas referências da afeição do homem negro em ascensão social, por mulheres brancas.

Enquanto entre aquelas que não militavam, foram destacados os efeitos de uma excessiva moralidade a ser cumprida por mulheres, a prática cultural de infidelidade masculina, os efeitos acumulados do machismo para as mulheres negras que ascendem socialmente e a desresponsabilização paterna no cuidado das crianças. Esses fatores ocasionaram excessiva desigualdade de gênero, que retira paulatinamente a admiração pela parceria e culmina no fim dos relacionamentos afetivos (PACHECO, 2013).

Para Carneiro (2011), o enfrentamento de tantas condições adversas, acumuladas no racismo e no machismo, produz limites sociais sufocantes para a mulher negra. As agressões em todas as dimensões da vida ocasionam danos emocionais, redução da saúde mental, e baixa autoestima. As mulheres negras possuem menor expectativa de vida em relação às brancas, menor frequência de casamentos e destinação obrigatória a ocupações de menor prestígio e remuneração, com destaque para a manutenção de uma cultura nacional da trabalhadora doméstica negra.

O assédio e a violência sexuais foram manifestações referidas nos discursos dessas mulheres, sendo que essa modalidade de violência foi exclusiva dessas sujeitas. A situação de prostituição e relacionamentos mobilizados pela busca de recursos foram citados também e justificadas pela vivência de situações de miséria e privação.

*[...] em seguida, perguntou qual era meu sonho, eu fiz uma lista enorme de tudo que uma mulher precisa dentro de uma casa, com trinta dias ele me deu tudo e me deu a chave de uma casa, quer morar comigo? Não tinha onde morar dormia um colchão de berço, no chão, nessa brincadeira, eu já tinha dado pra ele [...]. (Maria)*

*[...] aí no CAPS o guarda mexeu comigo, achou que podia, eu lembro que eu gritei, esbravejei, **passou a mão na minha bunda**, eles me deram banho lá, sempre a titia, depois eu passei a cuidar [...]. (Maria)*

*Oh, **ele abusava, se fosse hoje, ele seria preso**, porque ele me pegava pelas costas, só aquele cambito, que eu trabalhava em açougue junto com ele, ele me traía, me botou doença venérea [...]. **As relações com esse primeiro marido eram violentas,***

*era por trás, ardia, doía, queimava, aí eu descobri, eu tratei mal tratada a doença.*  
(Lúcia)

*(Nome da filha) chegou, ela era pequenininha, tava com muita dor, ela falou, mãe, acho que eu vou morrer, tinha seis anos, falei, você não vai morrer, eu sei o remédio que eu vou te dar [...] aí né, tinha uma Xuxa, uma altona, bonitona, que eu lavava as roupas dela também, pra mim ganhar também o dinheiro dela, onde tinha, se você falava pega esse penico de cocô joga que eu te dou um real, eu ia lá e jogava, limpa minha bunda, lava minha bunda, me dá um banho, fazia tudo pra ganhar um dinheiro. Aí eu falei, faço um strip, [...], aí eu falei assim, vou fazer sim, sabe por que, porque sinto um desejo, mentira, meu coração tava doendo, minha filha tava lá com dor, aí fui lá e fiz o strip.* (Lúcia)

*[...] aí eu fiquei repassando sabe, estivador, os estivador do navio, apaixonava por mim, **eu não queria ninguém, só queria mesmo dinheiro, assim ganhar aquele dinheiro**, mas assim em troca do amor que dava pra eles, eles me ajudava, eu falava só quero que você me ajuda, não tô fazendo assim pra te...* (Lúcia).

Essas mulheres em alguns momentos da vida tiveram que decidir por relacionamentos que lhes garantissem primeiramente o afastamento da situação de desamparo. Além disso, narram situações de violência sexual reiteradas, com invasão dos seus corpos por pessoas e práticas não autorizadas por elas, mas que detinham alguma condição de poder, como os maridos e seguranças patrimoniais. Lúcia viveu a experiência da prostituição e referiu como uma demanda econômica a obrigou a mudar sua função no serviço, onde trabalhava como serviços gerais para dançarina de *strip-tease*, e posteriormente à prostituição na região portuária de Vitória. Segundo a usuária, em momento de extrema angústia com o adoecimento de sua filha ela recorre a essa prática profissional. Afirmou ainda que para assumir essas funções teve que avolumar o consumo de bebida alcoólica que lhe possibilitava ficar mais encorajada a desenvolver o trabalho.

As estatísticas que declaram a vulnerabilidade à violência são contundentes em evidenciar o quanto as mulheres negras são as vítimas preferenciais, tal constatação tem como explicações a fragilidade nos laços de afeto intrafamiliares, a ausência de rede de apoio, bem como a dependência econômica dos parceiros, esta última causa também relacionada ao racismo que afeta o acesso ao trabalho digno com vínculos e salários formalizados. (CARRIJO; MARTINS, 2020). Dados da Central de Atendimento à Mulher- Ligue 180, no seu último balanço divulgado relativo ao ano de 2019, apresenta a predominância (55,2%) de mulheres negras como vítimas, com destaque para a faixa etária de 25 a 35 anos e as solteiras. Em relação ao agressor a maioria são homens, na condição de companheiros (40,34%), ex-companheiros (10,67%), ou seja, próximos à vítima (BRASIL, 2020b).

Este relatório ainda apontou que o tipo de violência mais referido foi a doméstica com 78,96%, que incluiu a violência física, moral, tentativa de feminicídio, psicológica,



descumprimento de medida protetiva, violência patrimonial e violência sexual (BRASIL, 2020b). Especialmente o registro de violência sexual desse relatório com apenas 1978 denúncias, correspondendo a 0,93% dos registros, demonstram a precariedade da informação oficial nacional nos últimos anos, com análise superficial, enviesada dos dados, bastante desconectada da realidade tanto dos equipamentos da justiça e dos serviços de saúde, que registram rotineiramente sucessivos casos de violência sexual.

As adversidades nos caminhos dessas mulheres também se relacionaram também às exigências em relação ao cumprimento de papéis sociais atribuídos ao gênero feminino, através de questões de moralidade sexual e regramentos a serem cumpridos apenas por elas, como por exemplo, a certificação da heterossexualidade, regras para iniciação sexual e como já referida a insistência para permanência em relacionamentos infelizes.

*Ele ainda disse pra minha mãe que eu não conseguia namorado porque eu era lésbica, daí começou meu sofrimento, [...] mas pela misericórdia de Deus, eu acho que ele sempre olhou por mim, que eu não cedi a esse lado, porque pelo tanto que eu sofri, eu hoje não poderia nem ser mãe, ou então ter parido muito cedo, pra provar que eu não era uma lésbica [...]. (Maria)*

*[...] até que foi isso mesmo treze ou 14 anos, quando a primeira vez, eu lembro que era um menino que estava na casa de mãe [...] meu pai disse assim, o que vai fazer com essa vagabunda? Ai a mãe disse, **bota ela pra fora**, aí me botaram pra fora de casa, aí eu lembro, que eu olhei para um quadro na porta da casa da minha mãe, foi quando eu vi o rosto do espírito santo, ali estava escrito não fui, não sou e não serei nunca [...]. (Maria)*

*Hoje em dia as mulheres não ouvem o conselho da mãe, **fica mais, fica com ele mais, você é casada, foi isso que minha mãe dizia, fica casada**, eu sem querer ter raiva da minha mãe e dó da minha mãe, porque ela queria o melhor pra mim, fica casada mais um pouco, daqui a pouco vinha um filho [...]. (Lúcia)*

González (2020, p. 148 e 149) declarou o lugar das mulheres negras na organização social brasileira, com a seguinte expressão “discriminadas entre os discriminados”, visto que em virtude de serem projetadas como perfeitas para o serviço doméstico e “performance sexual”, foi se construindo um imaginário organizador de destinos para elas relacionado ao cumprimento dessas atividades. Ao citar o ditado popular brasileiro ‘Branca pra casar, mulata para fornicar e negra para trabalhar’, a autora denuncia e condena as formas de desumanização ou animalização, pelo usufruto sexual e servil alheio que colocou os corpos de mulheres negras na posição de acoplamento histórico da superexploração econômica e sexual.

Lima (2018b) promove uma discussão sobre a violência direcionada às mulheres negras lésbicas, que na sua percepção orientada pela vertente interseccional coaduna opressões oriundas de gênero, raça e sexualidade essencialmente, que relacionados a outros

fatores de exclusão, como classe, faixa etária e local de residência/circulação, forçam a cadeia de exclusão dessas mulheres. Marcadas pelo silenciamento dentro do próprio movimento negro, feminista e LGBT, suas existências circularam marcadas pela dor e interdição. A partir da análise de registros de mortes de mulheres lésbicas, são apresentadas as barreiras interpostas a essas pessoas, incluídas numa totalidade homogeneizante que apaga de seus corpos a questão racial, bem como tenta acomodá-las numa ordem de gênero e orientação sexual biologizante, como fatores que as conduziram à morte.

O registro de Maria sobre os efeitos da exposição por anos a achaques ou mesmo agressões oriundas da lesbofobia, mesmo não tendo essa orientação sexual, lhe ocasionou sofrimento, isolamento e dor. Esses sentimentos não podem ser minimizados em virtude de Maria ser heterossexual, pois foi exposta a situações de inferiorização frequentes desde a infância com profusão de escárnios, porém nos faz imaginar e multiplicar exponencialmente o tipo de experiência de opressão e humilhação a que são expostas as mulheres que de fato têm orientação homossexual, em especial aquelas mulheres com posturas de gênero mais próximas do masculino, que têm seus corpos vulnerabilizados por uma questão que é constitutiva em suas vidas.

Além disso, a pobreza e a pressão social em torno da manutenção da família levaram essas mulheres e /ou suas mães à naturalização da violência e do sofrimento em suas vivências. Esses caminhos incrustados de pobreza e ausência de direitos ocasionaram a decisão por relacionamentos infelizes, falta de direito ao corpo e à satisfação sexual.

*A minha mãe era sofrida, a minha mãe era (nome da mãe), Dona (nome da mãe) **ela sofreu muito por conta de amar ele**, isolou, casou com ele com catorze anos, ele com trinta, ela teve a primeira filha, [...] depois foi só sofrimento, daí pra cá ela não teve paz com esse homem, mas engravidando, engravidando, pra ver se a vida melhorava, mentira, só ia piorando. (Lúcia)*

*[...] aí quando eu me casei, eu não sentia orgasmo por ele, não sentia amor, não gozei com ele nenhuma vez, nenhuma vez, oh, tive quatro filho e um aborto, eu era criança, eu me sentia uma criança, [...] ele era assim, ele era muito ruim, porque ele veio também de um casal, de casamento frustrado [...], então eu casei com ele, consegui liberdade, fui cuidar da minha casa, mas **eu não tinha amor por ele, eu ficava assim, depressiva**, não conseguia arrumar a casa, **só foi chegando filho, só engravidando**. (Lúcia)*

Lúcia narrou duas trajetórias semelhantes vividas por ela e sua genitora, que ainda adolescentes e pobres, decidem pelo casamento como uma fuga da condição de dor, fome, exploração do trabalho infantil e outras situações de desumanização. Entretanto, nesses relacionamentos, em geral fundamentados no machismo e em outras demarcações

hierárquicas como a diferença de idade e a dependência econômica, se submeteram a relacionamentos abusivos de forma normalizada. Assim, vê-se a ausência de planejamento reprodutivo, com múltiplas gravidezes, que aumentam a condição de vulnerabilidade, bem como o direcionamento e alta carga de trabalho doméstico, levando-as a um ciclo de dependência e restrição de possibilidades.

Nesse processo de sofrimento diário e contínuo, o que se constata é certo nível de convivência e naturalização do sofrimento, que pode levar o indivíduo a um comportamento estranho à proteção da subjetividade, com consequências potencialmente danosas, como percebemos no trecho em que Lúcia descreve momento de solidão e situações de abandono parental manifestado pelo ex-marido, entretanto é tomada pela afeição com este indivíduo violento.

*Era muito carinho, muito amor com essas crianças, e queria dar uma escola boa pra elas, só que o dinheiro que eu ganhava era muito pouco, aí comecei a vender jóias, as testemunhas de Jeová começou a me ajudar, aí com essa ajuda que ela me deu, teve muita história nesse meio aí, muita gente nessa minha história, aí eu fui testemunha de Jeová, eu consegui esquecer dele, **eu comecei, eu chorava, pedía a Deus pra mim esquecer, que eu comecei a ter amor por ele, mas não sentia orgasmo, pela raiva com amor, o primeiro marido, comecei assim gostar, mas não era gostar aquilo, era querendo uma pessoa, que eu já tinha a idade de ter orgasmo, ter prazer com homem e não tinha, aí eu engravidei da última e falei assim, agora eu vou arrumar um pra falar que é pai.**(Lúcia)*

Mesmo em face de tantos dissabores, os danos para as mulheres atingem mais dimensões e ficaram evidentes ainda quando lhes era negado o direito ao sofrimento e à manifestação de fragilidade, o que nos remete ao imaginário mítico da mulher negra forte, ou mesmo da impossibilidade de manifestação do sofrimento por mulheres multitarefas, como são em geral as mulheres negras, acumuladoras de jornadas e principais responsáveis pela liderança nos lares.

*[...] quando eu tive problema psíquico, ela por ter me cuidado bem, ela não acreditou que eu tinha adoecido a mente, e eu não sei se foi vergonha, ou se ela não tava preparada, eu acredito, que quando ela me via, por não aguentar a dor, eu creio, ela saía, pra mim, aquilo era uma afronta, naquele momento. (Maria)*

Os registros documentais elaborados pelos profissionais de saúde também fizeram referência à apresentação de discursos, sinais e sintomas de mulheres como situações de teatralização e busca por destaque. Houve alusões sobre as usuárias se colocarem no centro das atenções e a recomendação da tomada de rédeas da própria vida. Esses registros nos

alertam para o cuidado às mulheres em sofrimento mental, que em geral, têm suas queixas desvalorizadas ou atenuadas, como se não fossem autorizadas ao dano psíquico, ou mesmo, que o suposto falseamento de sintomas não fossem apresentações do próprio transtorno. Nesse sentido, os homens, quando conseguem acessar um serviço, recebem proteção e menos possibilidade de julgamentos, no acolhimento de suas dores.

*Maria passa boa parte do tempo deitada no sofá do CAPS, participa de poucas oficinas, desperta na equipe do serviço um “certo incômodo” “ela é muito folgada”. Tem tendência a teatralizar, ser o centro das atenções. Recusa atendimentos com a psicóloga. (Técnico de saúde mental sobre Maria)*

*A mãe contou que sente vergonha de ter uma filha no CAPS. Relata que nunca comparecerá na instituição. A presença de Maria na casa dos pais gera desconforto a todos, ela e a filha são hostilizadas. Por outro lado, **Maria se intitula como louca pra barganhar ou provocar**. A mãe demonstra certa tristeza em relação à filha, porém foi constatado que os vínculos familiares já eram fragilizados antes do adoecimento da paciente. (Técnico de saúde mental sobre Maria)*

***Sempre se coloca na condição de vítima e coitada [...]** o filho está encaminhado para uma clínica de recuperação [...] diz que quer parar, mas não parece ser sincera, parece estar acomodada com a situação confortável de ser sustentada pela filha. (Técnico de saúde mental sobre Lúcia)*

Para Prestes e Paiva (2016), as mulheres negras têm lançado mão de posições de resiliência em perspectiva constitucional ou individual, com capacidade, coragem e habilidade para superação de barreiras e traumas e em concepção processual como um posicionamento social que integra os recursos e suportes existentes. Essas competências têm produzido autonomia, sentido de vida, ressignificação, superação e transcendência no enfrentamento das adversidades e na elaboração das melhores possibilidades de superação. Todavia, esse perfil não deve ser traduzido como uma força extraordinária e intangível aos danos, como comprometimento físico, sofrimento psíquico e seqüelas relacionadas. Nesse sentido, afirmam:

*O perfil de guerreira, portanto, mais que traço natural ou essência da personalidade de mulheres negras, constituiu-se social e historicamente como uma necessidade prática e integra um aspecto do estereótipo a elas atribuído, frequentemente interiorizado como objeto de identificação. Esse perfil e o histórico de superações constantes são configurados por forçosos enfrentamentos de repetidos cenários de grandes vulnerabilidades ao sofrimento psíquico e ao adoecimento [...] (PRESTES; PAIVA, 2016, p. 682).*

As mulheres que contribuíram para o nosso estudo geraram em nós impressões de força, resistência, responsabilidade e superação, especialmente pelas manifestações de zelo com os filhos, o cumprimento de tantas jornadas, as feições na maior parte do tempo alegres

na vigência do sofrimento psíquico grave. Essas impressões são contrastantes com a densidade das suas narrativas, as mais longas e complexas, que repercutiram e organizaram as suas presenças no lugar de cuidado em que se encontram hoje, o CAPS. Esse serviço lhes possibilitou manejo, amparo e suporte no seguimento de suas vidas, entretanto a dureza das histórias suscitou em mim a impressão de mulheres sobreviventes, confirmando a condição feminina de mais vulnerável entre os vulnerabilizados.

Retomo a análise de Prestes e Paiva (2016) quando consideram que em detrimento de todas as dificuldades que historicamente foram interpostas no cotidiano das mulheres negras, elas continuam como responsáveis pelo sustento, defensoras das tradições, lideranças de coletivos por liberdade e igualdade, ou seja, são o grupo populacional que desde o período pós-abolição tomou a dianteira da superação e da resistência. Na visão dessas autoras, o cuidado à mulher negra deve ultrapassar o campo da denúncia e descrição, o qual já detém boa justificação, inclusive em perspectiva histórica e precisa investir para além da capacitação permanente de profissionais, com ações programáticas concretas de redução dos impactos da discriminação racial.

#### 3.4 DETERMINAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE: OS LAÇOS RELACIONAIS NO TERRITÓRIO COMO PROTEÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVA

São três as argumentações principais para explicar a ocorrência de iniquidades em saúde como consequência dos efeitos dos determinantes, a primeira diz respeito aos aspectos físico-materiais na produção de saúde e doença, que determinam dificuldades em obter renda para custeio de necessidades e o baixo investimento em condições estruturais comunitárias para ofertar o cuidado, tais como educação, transporte, saneamento, habitação, etc. que envolvem decisões políticas e econômicas. Outra explicação se relaciona a fatores psicossociais, que compreendem a percepção do processo saúde-doença, a influência de fatores psíquicos no bem-estar orgânico, pelo entendimento que a vivência em sociedades desiguais está relacionada ao aumento dos níveis de estresse e danos à saúde. A terceira alegação se direciona a importância da trama social, a existência de vínculos solidários e de confiança que reduzam as injustiças decorrentes da insuficiência de renda, esses múltiplos apoios sociais são essenciais para a prevenção e atenção à saúde individual e coletiva (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Sobre essa última premissa que explica como a estruturação do contexto matiza a força da determinação social, as falas dos participantes do estudo revelaram a existência de fragilidade nas relações familiares, dificuldades de construção de laços sociais e relacionamentos afetivos, que trouxeram a impressão de existências marcadas pela solidão. A escuta dos depoimentos analisados nos capítulos anteriores evidenciaram, como esperado, que o primeiro grande núcleo fragilizado na vigência do sofrimento psíquico é a família, afetada pela existência de conflitos, discussões, discriminação, afastamento, isolamento e exclusão, evoluindo para episódios de violência doméstica, especialmente direcionada para as crianças e mulheres.

Além disso, foi referida com frequência a interrupção de vínculos motivados por separações conjugais, em consequência disso houve distanciamento dos filhos, e diversas condições contribuíram para esses rompimentos, como as precárias condições de vida, o estigma e o desgaste emocional ocasionados pelas situações de crise e retomadas de uso de SPA. Foi possível compreender ainda certo descompromisso paterno pelo cuidado com os filhos afetando fortemente a dinâmica familiar pela sobrecarga feminina e restrição da convivência com o genitor.

Por fim, destacou-se a citação de redes de apoio reduzidas, resultante das perdas familiares, ocasionadas por situações violentas. Todos os fatores listados agem de forma síncrona para reduzir a satisfação e o bem-estar, pelo excesso de demanda psíquica, estresse, sofrimento e pela redução do suporte social e contratualidade territorial.

*Passou um ano, meu irmão, [...] pegou dinheiro lá, comprava todo de cocaína, juntou ele e a esposa, cheirou, cheirou, cheirou, **estourou uma veia no cérebro, faleceu, aí foi muita dor pra mim, perder pai e irmão assim, seguidos** (voz embargada), *vem meus filhos. Meu pai bebia muito, bebeu até morrer.* (Sílvio)*

*Sai do casamento agora tem três meses, a mulher tá grávida, minha ex, meu primeiro casamento, dela é o terceiro, não deu certo por causa do álcool, essa imundície, tenho uma raiva disso, **vontade eu tenho de fazer besteira [...] problema é esse aí, álcool, [...] depois da separação, se o cara bebia duas vezes, vai beber três, se bebia três, vai beber quatro, cinco, seis.*** (Emiliano)

Esses dois trechos relatados repercutem o impacto das interrupções nos relacionamentos para a iniciação e/ou progressão do sofrimento psíquico. Sílvio refere dor intensa e chora ao rememorar a morte de familiares, e associa essas ocorrências de óbitos ao aumento do consumo de substâncias psicoativas, ao mesmo tempo, narra os desafios que enfrenta no tratamento da sua enfermidade, enquanto observa que seus filhos passaram a fazer uso nocivo de SPA, fato que é reforçado pela sua genitora como gerador de grande frustração.

Essa herança de sofrimento relacionado ao uso de SPA nessa família nos fez refletir sobre a existência de um componente de susceptibilidade que precisa ser encarado em perspectiva ampla, considerando a vulnerabilidade familiar, para interrupção ou mitigação do sofrimento hereditário, especialmente a partir do fortalecimento de ações de promoção da saúde pelo investimento em condições ambientais protetoras. Por sua vez, Emiliano refere o uso danoso de álcool como causa da sua separação conjugal, e o aprofundamento desse consumo após o afastamento da família. Essa situação tão comum no território da nossa região aponta para a necessidade de ampliação das ações de cuidado às situações de alcoolismo em perspectiva individual, familiar e também comunitária.

Ainda sobre o entorno social dos indivíduos, houve referência ao uso regular e abusivo de substâncias psicoativas pelos membros da família, em geral, o álcool, como presença frequente no ambiente intradomiciliar. Essa exposição foi manifestada reiteradamente como motivo que disparou a experimentação precoce de álcool nos primeiros anos da adolescência, mas houve relatos de contato com essa substância na infância. Outro tipo de adicção referida foi o vício em jogos, especialmente pelos genitores dos entrevistados.

***Experimentei álcool na adolescência. O álcool transformou-se numa tragédia. [...] Meu pai jogava dominó, esse dominó tinha a rodinha de bebida, aí me deu um copo de cortesano vermelho, aí nesse copo de cortesano já pra mim virar homem, comprei logo uma carteira de cigarro, aí passou uns dois anos, veio a droga, minha vida desandou, assim, afundou.*** (Sílvio)

***Eu comecei a fazer uso de álcool desde adolescente, eu acho, eu tinha uns 12 anos, eu já tomava, licor de jenipapo, que bem tem pra lá, é o jenipapo, por curiosidade. Usava álcool, de mês em mês, final de semana. Eu comecei a usar mais, devido a alguma divergência com família, irmã, também meu pai faleceu em 2004, eu fiquei meio depressivo, teve época que eu usava todo dia.*** (Deivison).

***A primeira vez que usei álcool, tinha uns 10, 12, 11 anos, desde cedo painho e mainha bebia e a gente às vezes bebia escondido, painho bebia um pouquinho (irônico), mainha também já bebeu muito, aí eles botavam lá atrás da porta, eu ia lá e pafe, aí foi indo, foi indo, cachaça, depois que vem festa, esses negócio, o cara com 16 anos de 17, tá com o fogo puro, fogo todo, aí sai pra rua, balada, mulherada, bebe, não tem jeito, usa porcaria, não tem jeito, já usei, já fiz uso, delas todas.*** (Emiliano)

***Meu pai toda vida teve problema com alcoolismo, entendeu, com o alcoolismo, desde quando a gente era criança, ele trabalhava, trabalhava, gastava o dinheiro tudo e deixava a gente passando necessidade das coisas, aquela vidinha sofrida, tá ligado. Não sei que milagre nós tudo não virou vagabundo, todo mundo trabalhador, graças a Deus, joga duro [...] Rapaz, eu não vou te mentir não, a minha infância toda, eu convivi com o álcool, a minha infância toda, no tempo que mãe bebia, deixava lá à toa, a gente pegava e bebia, nós irmãos, bebia, todo mundo pivete.*** (Christian)

No Brasil o álcool se constitui como substância lícita, presente quase universalmente em todos os ambientes e situações, com exposição precoce às crianças e aos adolescentes, o que desencadeia o engodo social de SPA menos gravosa. Entretanto, a magnitude dessa causa com suas diversas implicações, inclusive no orçamento do SUS e da assistência social revelam a urgência de uma mudança do método de operação da saúde, que consiga extrair o cuidado ampliado e intersetorial disposto nas normativas, e o faça chegar ao cotidiano das famílias mais vulnerabilizadas. Nessa perspectiva a atenção primária à saúde tem implicação estratégica na prevenção e atenção às pessoas que fazem uso de álcool e pode demonstrar a sua potência como eixo estruturante da RAPS.

Os relatos guardam semelhança entre si e revelam como muitas crianças e adolescentes conviveram em ambientes pouco protegidos e promotores de agravos e sofrimento, ou seja, perpetradores de negligência. Embora a rede de proteção e direitos das crianças, tenha avançado desde a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente com mais investimento institucional em proteção, produção de inquéritos e estatísticas, fica evidente a necessidade de incremento da vigilância e cuidado a essa população como fator essencial de prevenção do transtorno mental grave, especialmente para as crianças negras. É importante que se registre que todos esses fatores aqui discutidos, estão entremeados pela existência de racismo na estrutura social, que opera inclusive para a histórica insuficiência das vigilâncias e o sucateamento dos poucos conselhos tutelares existentes, o baixo investimento nos conselhos de direitos e conferências das crianças e dos adolescentes, e a escassa rede de segurança pública especializada, que leva a esse cenário de exposição desse grupo populacional.

Para Minayo (2001), a violência acompanha historicamente a relação entre os adultos e as crianças e vulnerabilizam seu crescimento e o desenvolvimento. Entre as modalidades desse agravo, a negligência decorre de omissão no cumprimento das obrigações de atendimento às necessidades físicas e afetivas das crianças. A identificação dessa violência requer análise e juízo dos limites entre situações extremas de privação familiar e a prática abusiva e intencional. Os lares não têm sido o espaço sagrado de proteção das crianças, e a violência contra esse grupo populacional semeia práticas violentas na sociedade. Para enfrentá-la, teremos que transformar a cultura, com ênfase na prevenção, além de identificar e punir os agressores.

A solidão foi uma condição e/ou sensação apresentada com regularidade, seja por conta da dispersão familiar após seriados conflitos com esgarçamento das relações, seja por conta das localizações e condições das moradias, e outras situações de vulnerabilidade



territorial. Além da discriminação atrelada ao estigma do sofrimento psíquico e da crise em saúde mental, com afastamento generalizado de familiares, amigos e vizinhos.

*[...] puxa como eu vou avisar pra mulher e para mãe, aí o médico falou bem assim, sua mulher já sabia, aí que doeu mais ainda, como é que ela sabia que eu tinha HIV e ela tinha dois filhos comigo, eu nunca traí ela, minha cabeça virou um truvinho assim, ela pegou e fugiu de casa, eu fiquei sozinho, aí veio uma depressão tão forte, que eu fiquei em coma. (Sílvia)*

Alguns usuários não verbalizaram as situações de isolamento, porém a solidão apareceu como um sombreamento em todas as falas, pois todos viviam sozinhos, afastados dos filhos e demais familiares, em vista disso, a maior parte dos laços existentes se realiza com a comunidade do próprio CAPS. Nos dados de prontuários ou mesmo nas conversas com profissionais de saúde dos CAPS são sucessivas as referências ao desgaste ou mesmo à exaustão familiar, ao incômodo provocado no território e outros motivadores do afastamento desses sujeitos. Tais referências são justificáveis em parte, visto o sofrimento coletivo que o transtorno mental grave ocasiona, todavia, é importante registrar o quanto as nossas ofertas de cuidado têm chegado de forma tardia, com muito dano instalado, pouco investimento em cuidado aos cuidadores e educação popular em saúde. Além desses fatores, a cidade carece de espaços de convivência, cultura e outros espaços para convívio ampliado, condição que reduz ou exclui o convívio com pessoas diferentes, em especial daquelas com transtorno mental, relegadas a existir apenas nas dependências do CAPS.

Os registros dos profissionais enfatizaram relações marcadas por episódios cíclicos de atrito, sofrimento e crise, mais desentendimento e afastamento, sendo a manutenção desses vínculos, uma causa de grande investimento de ações pelas equipes de saúde. Nas anotações dos trabalhadores, as vivências de exclusão foram fortemente sinalizadas, o que denota como a existência de laços, vínculos sociais e uma rede de proteção importam para a construção dos projetos de vida dos indivíduos. A construção de múltiplos apoios é fundamental, pois permitem suportar a magnitude das demandas oriundas da vigência sofrimento especialmente nas situações mais graves, seja a provisão de recursos, o abrigo, a fuga, o acompanhamento, a supervisão do tratamento e todo o arcabouço de necessidades para a sobrevivência digna.

*Paciente solicita atendimento psicológico, refere tristeza, choro fácil por seu contexto familiar, diz que usa crack para esquecer os problemas familiares, muitas brigas em casa, o pai é alcoolista e o filho usuário de cocaína [...]. Devido a conflitos familiares tem ficado todos os dias na rua. (Técnico de saúde mental sobre Sílvia)*

*Pedreiro, vive sozinho, se sente desprezado pela família, casado duas vezes, não tem filhos, já pensou em suicídio [...] manifesta sintomas depressivos relacionados ao desemprego e a solidão. (Técnico de saúde mental sobre Deivison)*

*Irmã refere que Christian quando chega bêbado ameaça bater na avó, busca briga, a qualquer hora vai acontecer [...] irmã solicita internação psiquiátrica, pois não tem condições de cuidar do irmão. Agressividade com sobrinha, vizinhos têm queixas [...] a irmã solicitou internação no Centro de recuperação do Pastor (nome). Christian passa a morar sozinho. (Técnico de saúde mental sobre Christian)*

Como foi sinalizada, a explicação mais referida nos registros documentais emitidos pelos profissionais de saúde para as situações de separação foi a exaustão dos familiares, decorrente do histórico de sofrimento, vulnerabilidade territorial e risco de morte à espreita, bem como as retomadas de uso nocivo de SPA e outras crises, com manifestações por vezes hipercinéticas com agitação e agressão, que levaram essas famílias a compartilhar com os profissionais do CAPS o desgaste físico e psíquico, a inclinação à desistência da companhia e do cuidado com os usuários. Soma-se a isso as ameaças diretas de morte por traficantes, as exigências, especialmente de novos companheiros, do afastamento dos usuários como condição para relacionamentos, e o direcionamento do cuidado para os mesmos cuidadores, com consequente sobrecarga, em geral da mãe ou irmãs. O que se observou ao longo da análise das trajetórias foi a vigência de um sofrimento coletivo, sendo que a existência de uma pessoa com transtorno mental no conjunto da família se soma aos diversos fatores contextuais e históricos de faltas de direitos, excesso de problemas e fragilidade das redes de suporte social.

*[...] pediram acompanhamento para sua genitora que tem passado por transtornos diversos, inclusive ocasionados pela situação de alcoolismo do seu esposo e por fim, a recente descoberta que seu neto (filho de Sílvio), com apenas quinze anos já tem feito uso de crack também. (Técnico de saúde mental sobre Sílvio)*

*[...] encaminhado para internação. A irmã do paciente está envolvida em caso de abuso sexual da filha pelo padrasto, e por isto, alega não ter condições de se ocupar do paciente. O pai é alcoolista e os demais irmãos não querem a responsabilidade (Técnico de saúde mental sobre o Christian)*

A solução para as situações de fragilidade de vínculos especialmente pelo desgaste familiar que ocorrem com maior frequência na emergência de crises faz ressurgir dentro do CAPS a indicação de internação em hospital psiquiátrico, observamos que parte importante das famílias e também dos profissionais ainda compreendem o cuidado em saúde mental em serviço aberto voltado para as situações estáveis, sendo que na ocorrência de agudizações, o asilamento em hospital psiquiátrico surge como possibilidade de cuidado. Mesmo não tendo

equipamento dessa modalidade no território, os usuários são direcionados ao município de Salvador (aproximadamente 700 km) ou Vitória da Conquista, distante 400 km, onde permanecem por semanas. Ainda são necessários grandes investimentos em capacitações e supervisão clínica para garantir a composição de equipes que consigam assistir a principal demanda do CAPS: as crises ou emergências em saúde mental, pois apenas quando o CAPS estiver como retaguarda para as situações de emergência, as famílias serão fortalecidas para aceitar o modelo do cuidado em unidades abertas, na sua integralidade.

Os documentos ainda permitiram observar a construção de uma nova dinâmica e vínculos a partir do compartilhamento do uso de substâncias psicoativas, tais relações refletem a movimentação econômica para prover os recursos necessários para adquirir a SPA, bem como uma organização para proteção coletiva, e uma aproximação resultante da exclusão e do estigma, frente ao rompimento dos demais laços sociais que detinham. Esses novos arranjos são motivo de muitas reclamações familiares, que buscam no CAPS apoio e respostas para enfrentar essa situação.

*[...] apesar de fazer uso de múltiplas substâncias químicas, diz que o crack está muito fraco e descobriu que o crack e o fumo cacique dá reações bem mais fortes ficando como se estivesse anestesiado e com formigamentos pelo corpo e que realmente faz uso com muitas pessoas [...] costumam fazer sexo, na maioria das vezes sem camisinha. (Técnico de saúde mental sobre Silvio)*

*[...] contou que em sua casa sempre tem usuários, que em sua casa se sente seguro, não se vê com alvo de julgamentos e consegue impor respeito, tendo toda liberdade de viver sua loucura. Diz que gostaria de ser mais rígido, pois os outros não o levam a sério. É possível perceber um deslumbre com relação à imagem paterna, inclusive segundo relato o usuário iniciou uso problemático de drogas após a morte do pai. (Técnico de saúde mental sobre Deivison)*

*Para sustentar o uso, oferece a casa a outros usuários e com isso a sua porção é garantida [...] em consequência do stress ele belisca o rosto. (Técnico de saúde mental sobre Deivison)*

Silva (2019) considera essencial a participação familiar no acompanhamento e na vinculação do usuário ao CAPS. A família assume juntamente à equipe e o usuário o monitoramento do cuidado e a adesão às terapêuticas. Entretanto, em sua pesquisa com usuários com transtorno mental grave foram referidas experiências de menosprezo manifestadas por familiares, com desvalorização do sofrimento e associações com causas místico-religiosas, registros de medo e desconfiança nas relações intrafamiliares, propagação de imagem de incapazes para a tomada de decisão, discurso jocoso na referência aos sujeitos, além de desestímulo à permanência no serviço por desacreditarem nas práticas do CAPS e efeitos adversos das medicações, como o ganho excessivo de peso. Essa convivência com

situações de desvalorização por pessoas próximas tem efeitos na relação do indivíduo com a sua subjetividade, levando-o a uma redução na autoconfiança, no autorrespeito e na autoestima.

Até aqui observo como os diversos determinantes presentes no cotidiano de pessoas negras, operaram nas condições de saúde, em especial, se destacaram as situações de violência como a companhia ingrata nas diversas fases da vida, formando e desafiando a construção das subjetividades dos indivíduos, numa perspectiva sempre de superação, porém o que se nota é a ausência de escolha, sendo que essas pessoas são fadadas a modelarem sua vida em prol da sobrevivência. Ao final, os ganhos dessa corrida com obstáculos, não se apresentaram como plena felicidade e bem-estar, mas existências modestamente apresentadas, permeadas de sonhos simples e ainda não realizados.

## CAPÍTULO 4: RACISMO, ESTIGMA E SOFRIMENTO MENTAL

### 4.1 SOFRIMENTO PSÍQUICO DA POPULAÇÃO NEGRA: O LEGADO DA ESCRAVIZAÇÃO E AS ARTICULAÇÕES FAVORECEDORAS DA LOUCURA

Como já expusemos ao longo desse texto, a relação da exposição ao racismo e as manifestações de sofrimento mental remete no Brasil às origens da sociedade colonizada, que se desenvolveu a partir de uma organização econômica baseada na exploração do trabalho de negros escravizados. Para garantir que essa engrenagem se mantivesse íntegra, os negros viviam sob a égide do terror, da selvageria, da desumanidade e da objetificação, tais como animais de carga. Após a abolição, livres, mas reféns da falta de empregos para contemplar suas necessidades materiais, o negro continuou cativo do desemprego, da prostituição, da fome e outros fatores necessários para assegurar a dinâmica familiar e estruturação da sua subjetividade (NASCIMENTO, 2016).

Para Mbembe (2018) o processo de escravização se constituiu nas primeiras manifestações da biopolítica e era executada nos moldes do terror, como afirma em seu ensaio:

De fato, a condição de escravo resulta de uma tripla perda: perda de um 'lar', perda de direitos sobre seu corpo e perda de estatuto político. Essa tripla perda equivale a uma dominação absoluta, uma alienação da nascença e uma morte social (que é expulsão fora da humanidade). [...] A vida do escravo em muitos aspectos, é uma forma de morte-em-vida (MBEMBE, 2018, p. 27 e 29).

É importante que se registre que toda essa violência foi acompanhada por movimentos de resistência onde africanos sequestrados enfrentaram a estrutura opressiva e não aceitaram pacificamente o domínio imposto, bem como as características ditadas como uma afeição com o trabalho forçado, tantas vezes narrado no discurso eugenista europeu. Houve insurgência e movimentos de protesto contra aquela destinação pintada de obrigatória, em decorrência disso, ocorrências como suicídio, crimes e revoltas foram frequentes. O negro escravizado valeu-se ainda de uma forma não violenta de demonstrar sua contrariedade, desenvolvendo um comportamento de apatia e tristeza denominado banzo, caracterizado pela perda de

energia, desesperança e desânimo para a vida. Quietos na vivência de desespero contínuo e ascendente, a vida se esvaía lentamente (NASCIMENTO, 2016).

As manifestações de resistência operadas pelas mulheres negras são exemplos de que sempre houve levantes e luta, desde a organização de motins e fugas, até no limite das forças, a prática do suicídio e do infanticídio enquanto medida de libertação da dor como narrou González (2020, p. 53) “Enquanto escrava do eito, ninguém melhor do que a mulher para estimular seu companheiro para a fuga ou a revolta - trabalhando de sol a sol, subalimentada e, muitas vezes, cometendo suicídio para que o filho que trazia no ventre não tivesse o mesmo destino que ela”.

A prática do suicídio para remissão do sofrimento do escravizado é também descrita por Mbembe (2018), e associada ainda aos regimes coloniais contemporâneos como uma libertação da condição de “viver na dor”. Nesse sentido, afirma:

Em tais circunstâncias, o rigor da vida e as provações (julgamento por morte) são marcados pelo excesso. O que liga o terror, a morte e a liberdade é uma noção “extática” da temporalidade e da política. O futuro aqui pode ser autenticamente antecipado, mas não o presente. O presente em si é apenas um momento de visão-visão da liberdade que ainda não chegou. A morte no presente é mediadora da redenção (MBEMBE, 2018, p. 69-70).

As evidências de sofrimento e morte da população escravizada ainda eram sobrepujadas por percepções eugênicas que interferiram, ordenaram e direcionaram o tratamento a ser ofertado ao sofrimento mental do negro, como mais uma forma de conduzi-los à degeneração até então considerado o destino da loucura. Exemplos da herança desse processo colonial são as associações levantadas por psiquiatras entre a “doença” mental e as raças consideradas inferiores. Atualmente, com a escalada de intolerâncias estabelecida no mundo e em especial no Brasil, há previsão de um incremento nas demandas de acolhimento aos transtornos mentais decorrentes de vivências reiteradas de discriminação racial (DAMASCENO; ZANELLO, 2018).

Nesse sentido, Foucault (1999) denunciou os efeitos da projeção da teoria evolucionista/Darwinista enquanto discurso científico de natureza política, translocado para justificar existência de raças e outras formas de controle populacional e eliminação da diferença.

No fundo, o evolucionismo, [...] tornou-se, com toda a naturalidade, em alguns anos do século XIX, não simplesmente uma maneira de transcrever em termos biológicos o discurso político, não simplesmente uma maneira de ocultar um discurso político sob uma vestimenta científica, mas realmente uma maneira de pensar as relações da colonização, a necessidade das guerras, a criminalidade, os fenômenos da loucura e da doença mental, a história das sociedades com suas diferentes classes, etc. Em outras palavras, cada vez que houve enfrentamento, condenação à morte, luta, risco de morte, foi na forma do evolucionismo que se foi forçado, literalmente, a pensá-los (FOUCAULT, 1999, p.307).

Santos (2021) exemplifica concretamente a operação do darwinismo/evolucionismo a partir da caracterização do hospital psiquiátrico ou manicômio, enquanto estrutura de manutenção da ordem colonial, quando se considera a história da loucura e as condições de hierarquia e submissão ofertadas nesses equipamentos. Essa autora sustenta que as interconexões entre saúde mental, racismo e necropolítica, continuam a organizar a produção da loucura, a medicalização da vida e a regulação da morte no interior das redes de atenção psicossocial no Brasil.

Ao tratar de anunciar a loucura como uma produção do poder operado pelo racismo nos corpos negros, me remeto também ao pensamento de Foucault (2022) quando afirmou que as relações de poder operam positivamente para produzir algo, organizar os discursos e definir a verdade, inclusive classificar o arquétipo da sanidade mental. Essas verdades ao mesmo tempo em que são subsidiárias, também garantem a manutenção desse poder e todas as suas técnicas de aplicação. Portanto:

[...] estamos submetidos à verdade também no sentido em que ela é a lei e produz o discurso verdadeiro que decide, transmite e reproduz, ao menos em parte, efeitos de poder. Afinal, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a um certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder (FOUCAULT, 2022, p. 279).

As considerações desses autores apoiaram as conclusões a que chegamos nesse estudo e que haviam sido sugeridas através da prática profissional em saúde mental, que indicavam a relação entre discriminação racial e sofrimento mental, por vezes identificada nos serviços, como uma causa contributiva para a vigência do transtorno, mas na perspectiva de manifestações consequentes a episódios de discriminação explícita e criminosa. As histórias analisadas ampliam a compreensão da gravosidade do racismo em saúde mental, pois apresentam trajetórias consecutivas de pessoas negras inseridas em projetos sistemáticos de exposição ao sofrimento de diversas naturezas, privação de condições básicas para a vida

humana, teste de limites das condições de saúde, tripudio e deboche da vulnerabilidade alheia, que se manifestam há gerações, com fins de eliminação.

Na execução desse método o município de Eunápolis, em co-responsabilidade com o Estado da Bahia e a Federação têm desenvolvido práticas de cuidado tardias, com muito dano instalado e focado na remissão imediata de sintomas. Percebe-se ainda que são escassas as ações básicas de garantias sociais que poderiam fornecer uma plataforma de condições de existência, onde as práticas de cuidado não fossem atropeladas pelo contínuo exercício de resgate da humanidade.

*[...] aí veio uma depressão tão forte, que eu fiquei em coma, as pernas morreu, sem falar, sem alimento. Aí veio a (nome da filha), me dava banho. Eu usei fralda descartável, aí foi **sofrimento, sofrimento, sofrimento**, aí veio as perícias, eu consegui receber auxílio, hoje eu sou aposentado, eu travei nessa dor sabe, sofrimento. (Sílvia)*

*[...] às vezes eu tirava três sacas até meio dia e mais três de meio dia pra tarde, 05 sacas a 8,00 dava uns 40 reais por dia, às vezes era menos, e **o sofrimento**, cobra, marimbondo, formiga, chega a hora do almoço, muita gente não come não porque perde a fome, a pessoa quer acabar logo com aquilo. (Luiz)*

*Não foi nem eu que vi que tinha que parar, eu estava tendo umas crises, dentro de casa, fugir de casa de noite, ia aparecer no outro dia, morando com minha mãe, e aí o pessoal quando via, **era aquele sofrimento, sofrimento**, e ouvindo vozes. (Renan)*

*[...] essa é a impressão que eu tenho, eu queria saber o que vim fazer e **porque eu sofro tanto**, só isso. Tudo que queria pra mim, eu nunca quis por quê? Eu tenho resposta pra tudo dos outros, mas não tenho pra mim, eu consigo fazer o impossível para o outro e eu não consigo pra mim. (Maria)*

*Eu não tive infância, minha infância foi trabalhando (chega tô com falta de ar), minha mãe pegou os dois fragilizados, tinham asma e **pelo sofrimento**, comida que não tinha, era muito difícil comida, meu pai já tava em outra [...] Aí nessa fase, ela me deu. (Lúcia)*

Os trechos considerados acima trazem a repetição do termo sofrimento e seus sinônimos, dor, tristeza, miséria, precariedade, prova, dando o tom dos depoimentos, pelos efeitos das comorbidades, dificuldades econômicas, formas de tratamento no trabalho agrícola ou mesmo em questionamento, como indaga Maria sobre possíveis explicações por que ela teria que passar por todas essas demandas. A repetição dessa palavra ilustra o caráter cíclico da exposição, como um mecanismo de suplantação das adversidades, que impede os sujeitos de avançar no cumprimento das etapas, dos papéis sociais habituais, pois permanecem por longo tempo, se desgastando ou estacionados nas barreiras. Nesse processo, o que observamos é que o sujeito também é privado de pausas para recuperação, elaboração da experiência, sendo interceptados a todo o momento por mais atravessamentos danosos.



Nessa perspectiva de cuidado ampliado da saúde, Tavares e Jesus Filho (2021) alertam que a produção do adoecimento físico e mental, geradores de intenso sofrimento só poderão ser mitigadas quando forem eliminadas as políticas de mortes capitaneadas pelo Estado brasileiro à população negra e indígena. Por sua vez, Rocha (2018) defende argumento semelhante em relação à experiência vivida pelo louco, que historicamente foi desconsiderada ou descartada, quando não relegada à morte física e simbólica.

A pesquisa de Pacheco (2013) traz registros de mulheres negras que conviveram com o sofrimento psíquico no ambiente familiar e apoia a compreensão da relação de proximidade entre o racismo e a loucura. Na primeira experiência a genitora da entrevistada, mulher extremamente pobre, trabalhadora rural, com registro da perda de cinco dos nove filhos por infecção puerperal, evoluiu em sofrimento mental após a morte precoce do companheiro. Em outro relato, a segunda depoente registra a mudança da dinâmica familiar após a evolução do genitor para o sofrimento mental depois de um grave acidente de trabalho, sua companheira não sustentou essa cadeia do sofrimento e evoluiu com sofrimento psíquico. A entrevistada manifestou profunda revolta e associou a loucura, o asilamento de seu pai em diversos hospitais psiquiátricos e toda mudança da dinâmica familiar, inclusive com permanência das crianças em orfanatos, como resultado concreto do funcionamento do racismo.

Retornando aos depoimentos, foram relatadas experiências de discriminação dos sujeitos do estudo, a partir do estereótipo da loucura, com suas diversas apresentações, em especial se destacou o afastamento, a exclusão e o abandono, que se apresentou a partir de posturas e discursos, mas também de forma concreta com distanciamento geográfico por longos períodos.

*[...] a maconha, o cara usa a maconha, de dia aqui, fica na rua com o olho vermelho, sem nada pra fazer, sem trabalhar, [...] agora uma pinguinha não faz mal, uma pinguinha, a gente toma, conversa, não é proibido, a gente não vai ser preso, se não bagunçar, e uma pinguinha não faz mal não [...] Tá usando maconha, fica com o olho vermelho aí na rua, sendo discriminado, e a família sem gostar. (Luiz)*

*[...] eu já não queria mais ficar, na casa de mãe, de jeito nenhum, não queria, ninguém fazia nada, ninguém lavava roupa pra mim, vestia roupa suja, é sem atitude, passa tanto questionamento na cabeça da gente, porque assim, você tá abusando do outro, o que o outro vai fazer uma vez que você viveu ali, você nunca teve direito, vem aquela coisa de vivi a vida inteira aqui, nunca tive direito, vou morrer aqui, vou morrer num lugar onde você não gostaria, é uma morte em vida, é uma morte em vida [...]* (Maria)

O relato de Luiz revela como ocorrem diferenças em relação ao estigma conforme o tipo de substância utilizada, enquanto o álcool como composto legalizado é aceito sem maiores danos sociais, o uso da maconha incrementa os efeitos da discriminação e o afastamento familiar, revelando como o uso de SPA é regulado por uma moralidade que não está relacionada aos efeitos ou a magnitude dos danos ocasionados. Enquanto Maria discute os efeitos da discriminação dentro do âmbito familiar, ocasionados por relações extremamente desgastadas, nas quais a convivência se torna em alguma medida, impulsionadora de mais sofrimento.

Em outro trecho, Maria compara o tratamento recebido na infância e a forma que ainda são tratados os usuários de serviços de saúde mental, que infelizmente denota a persistência das práticas manicomiais, tanto pelo notório movimento de infantilização, evidente quando se observa a agenda de atividades preenchidas com pinturas de personagens, brincadeiras de bola, passeio na praça, bem como a forma de tratamento que alguns técnicos são nomeados como “titia”. De outro modo, revelam que a violência se efetiva a partir do exercício do poder que se estabelece na construção da diferença, e na propagação discursiva que resiste às alteridades, tanto sobre as crianças, como para as pessoas que sofrem algum tipo de transtorno mental e se manifestam na hierarquia, domínio, falta de destreza, desconhecimento, más práticas e impunidade dentro dos serviços de saúde.

*[...] e quando a gente teimava, a gente apanhava, [...] e naquela época a gente apanhava de palmatória, banha de facão, que era como fazia há um tempo atrás com nós pacientes de saúde mental, então quando vejo, logo que eu cheguei paciente mental, que eu via falar alto comigo e gritar, eu já ficava em pânico, eu não aceitava, porque pra mim, já era pra brigar pra me bater, a gente apanhava.*  
(Maria)

Silva (2019) apresentou experiências de discriminação vivenciadas por usuários de CAPS, que referiram desvalorização perpetrada por vizinhos e pessoas conhecidas manifestadas após tomarem conhecimento do transtorno mental e acompanhamento no CAPS, sinalizaram ainda a perda de vínculos de amizade e o afastamento do trabalho devido às alterações de comportamento, além disso, um dos entrevistados foi impedido de realizar matrícula escolar em virtude do sofrimento mental, o que se associa a condições de discriminação e exclusão relacionada ao estigma da loucura.

O silenciamento a partir do descrédito foi comum, mas há que se destacar o silenciamento manifestado pela expressiva perda das memórias, fenômeno que esteve presente nos usuários dos dois equipamentos, mas de forma mais intensa, no CAPS II, requerendo dos técnicos de saúde mental, o investimento na retomada dessas memórias e a

valorização dessa história para a construção de Projetos Terapêuticos Singulares que considerem os percursos de vida dos indivíduos, seja na perspectiva do trabalho, do fortalecimento de vínculos e até mesmo para o acompanhamento da evolução de cada caso.

*[...] ninguém aceitava que eu tinha nada, nem eu, e ali fui pra casa da minha mãe, parada no tempo, literalmente parada, eu lembro que eu só olhava e fumava e não vestia roupa, nua, eles brigavam muito, porque eu vivia nua, mas eu vivia nua, não na casa toda, eu vivia nua no quarto, e **era um quarto escuro que eles me colocaram**, só tinha literalmente aquela cama, eu acredito que eu fiquei na faixa de um ano, nove meses a um ano sem trocar o lençol [...]. (Maria)*

*Christian falou que já não aguenta mais tanto sofrimento, disse que pessoas que o conhecem desde a infância passam por ele e não o cumprimentam “quando é que vão me enxergar?” “Quando vou ter voz?” muito revoltado com a desigualdade social. (Técnico de saúde mental sobre Christian)*

A imagem que Kilomba (2019) nos apresenta para discutir o silenciamento imposto à população negra é o da máscara utilizada como mecanismo de tortura nas plantações, para impedir que as pessoas escravizadas se alimentassem da cana-de-açúcar, por exemplo, esse equipamento, promovia a mudez e incrementava o medo. Sendo assim, os colonizadores utilizaram o silêncio como tecnologia de dominação e apenas eles autorizavam a fala, decidiam sobre a condição do emissor e seu conteúdo. Nesse texto ela ainda rememora outros modelos de máscara que por cobrirem toda a face deixando apenas os olhos à vista, impediam a tentativa de suicídio pela ingestão de terra.

Também o campo da saúde, possui essa característica socialmente validada, do discurso poderoso, guardião da verdade, prescritor para o outro, onde se observam relações hierárquicas bastantes definidas entre profissionais e usuários e mesmo dentro das equipes de saúde, a comunicação não é autorizada a todos os participantes, em contrapartida o silêncio é estimulado a todos os usuários. Percebe-se uma sobrevalorização do conhecimento técnico e científico, amiúde com uso de linguagem codificada de difícil compreensão para usuários e familiares, nessa perspectiva, são frequentes os relatos de atendimentos rápidos, sem tempo adequado para escuta ou a prescrição de comandos que não serão cumpridos, pois não trarão sentido à vida dos usuários.

Assim sendo, nos serviços de saúde, em geral, se estabelecem relações unilaterais, nas quais, via de regra, o indivíduo se encontra em silêncio e não ousa questionar aquela voz, que em determinadas situações são análogas ao sagrado, ou seja, um fala e o outro escuta, um ordena comandos e o outro executa. Mesmo na RAPS que propõe uma atenção democrática, questionadora das ordens de poder instituídas, ainda observamos que usuários têm poucos

espaços de participação, valorização das falas, e durante as práticas de cuidado não existem diferenças significativas da clínica tradicional biomédica.

Porém, Foucault (2022) alerta sobre os efeitos do poder na transmissão de validade dos discursos, quando destaca que essa operação não ocorre de modo unidirecional, de outra forma, o poder se desenvolve no campo relacional, estabelecendo-se em redes de poder. Essa consideração contradiz o imaginário comum da existência de detentores de poder e aqueles receptores de operações desse mesmo poder. Essa balança hierárquica não é estática e pode ser movimentada a partir de ações de resistência e enfrentamento. Os rearranjos nessa equação com questionamento das ordens de poder será possível a partir da valorização de outros posicionamentos e visões de mundo. Sendo assim:

Cada luta se desenvolve em torno de um foco particular de poder [...] E se designar os focos, denunciá-los, falar deles publicamente é uma luta [...] nomear, dizer quem fez, o que fez, designar o alvo - é uma primeira inversão de poder, é um primeiro passo para outras lutas contra o poder (FOUCAULT, 2022, p. 138-139).

A análise desse estudo permitiu evidenciar que os usuários conseguem perceber o destaque de um transtorno mental enquanto uma marcação social que os coloca em condição de inferioridade, diferentemente do componente racial, que em geral, passa despercebido como questão de relevância em suas trajetórias. Essa constatação pode ser justificada pelo investimento em atividades de enfrentamento à discriminação da loucura e promoção da luta antimanicomial, realizadas com frequência nos CAPS, diferentemente das atividades de educação na saúde para conhecimento e mobilização antirracista, as quais são praticamente ausentes nos serviços.

Assim, retomando as falas dos participantes, sobre as experiências de inferiorização que manifestaram em alguns discursos, como se esses indivíduos não tivessem alcançado a plenitude da condição humana ou a tivessem perdido, esse fator ficou evidente quando se referiu à remuneração salarial, bem como nas situações de tutela tanto por familiares, como por profissionais de saúde.

*[..] eu preciso ir na empresa de ônibus para eu tirar meu passe livre, porque eu pego dois ônibus pra chegar aqui e tô sem documento nenhum, **minha mãe sumiu com meus documentos todos pra eu não ir ao banco pegar empréstimo, e me dá uma mixaria** [...]* (Sílvio).

*[...] aí no meio de tanta desgraça, **os outros sempre judia de mim, bota pra fazer uma coisa, não paga o preço certo, fala o cara é doidão, qualquer coisa que dá pra ele, recebe, o povo pensa assim, tá ligado, que toma remédio doidão, eles exclui da sociedade, o cara, por mais que o cara não faz coisa errada, mas eles bota um***

*padrão na mente do ser humano, o ser humano, tem gente mesquinho, exclui.*  
(Christian)

As falas conceituam à sua forma a própria definição de discriminação, visto a afirmação de que o entorno cria impressões em desfavor das pessoas que sofrem de transtornos mentais, tratando-os de forma diferenciada, mesmo executando as mesmas funções. A fala do Sílvio revela o cerceamento do direito de utilizar o recurso proveniente do BPC, que diversas vezes é recolhido pelos familiares, às vezes como única renda fixa daquele núcleo familiar, porém, sem avaliar a justificativa na destinação do recurso, o fato é que reiteradamente há o impedimento na tomada de decisão das pessoas em sofrimento psíquico.

A análise de documentos permitiu compreender e reforçar como ocorrem as práticas de inferiorização do usuário portador de sofrimento mental pelo exercício da hierarquia institucional dentro dos serviços, em que as relações de afirmação de poder são evidentes entre os profissionais e usuários e entre categorias diferentes dentro de uma mesma equipe. Essa autoridade se manifestou, por exemplo, quando as interpretações em relação às queixas e sintomas apresentaram algo próximo a um juízo de valor em vez de um raciocínio clínico bem descrito.

*Paciente chegou às 10h com comportamento alterado, informando que estava na roça. Informamos sobre o termo de compromisso, que poderia ficar na unidade, mas não teria direito ao almoço [...] Sr. Luiz demonstrou claramente que sua vinda à unidade foi somente para fazer a refeição.* (Técnico de saúde mental sobre Luiz)

*Pontuei que Maria tem condições de se curar, que ela não nasceu desse jeito e que pode retomar sua vida, quando decidir por isso.* (Técnico de saúde mental sobre Maria)

*Paciente relata estar frequentando o Alcoólicos Anônimos e a Igreja Batista. Ressaltamos o perigo de usar a dependência do filho como desculpa. A filha mais amorosa está indo embora do país.* (Técnico de saúde mental sobre Lúcia)

*Quer falar do filho, não deixo, tem projeto de morar na Itália.* (Técnico de saúde mental sobre Lúcia)

A fala de Luiz revela a aplicação de regramentos como códigos de conduta e outros pactos de participação ou entrada no serviço, porém, a instituição dessas medidas administrativas não encontra amparo em nenhuma normativa do Sistema Único de Saúde, especialmente, a Política Nacional de Humanização. Sobretudo no campo da saúde mental, esse comportamento punitivo denota a vitalidade das práticas manicomialis no manejo da loucura, e a contaminação da dinâmica do CAPS pelo molde das instituições totais, como

prisões e quartéis.

O cenário que sustenta essas práticas demonstra como os CAPS, a partir de profissionais continuam sendo formados em lógicas manicomiais, e ainda mantêm métodos e técnicas de poder disciplinar. Conforme Goffman (2015, p.26), nas instituições totais desde a admissão os indivíduos são apresentados às suas obrigações de respeito às regras, dessa forma, já na entrada se delineiam dois perfis: aqueles que serão os questionadores e aqueles que aceitarão passivamente. Nessa modelagem: “um internado que se mostra insolente pode receber castigo imediato e visível, que aumenta até que explicitamente peça perdão ou se humilhe”.

Sobre as relações hierárquicas, o exercício do poder e a produção da loucura, trago novamente os argumentos de Foucault (2022), quando esclarece como são tecidas as malhas do poder, para além da imagem clássica das instituições e das autoridades constituídas. Esse autor fixa sua discussão principalmente nos microprocessos de poder, nas extremidades das relações humanas e como esse encadeamento de processos miúdos tem uma potência de expansão e remodelamento, que finalmente acabam servindo aos propósitos de comandos de poderes globais.

Outras questões apareceram nessas falas selecionadas e contribuem para pensarmos como os serviços podem incrementar estados de sofrimento, primeiramente, em relação à restrição de acesso à alimentação direcionada a Luiz, que naquele momento, aparentemente tinha como sua primeira demanda, cessar a fome. Esse tipo de tratativa é um ataque intenso aos direitos humanos, visto todo o cenário de sustentação político-institucional que autoriza um profissional de saúde a negar a oferta de um recurso básico para a vida humana custeado pelo serviço público, além da imagem coletiva daquele único usuário penalizado em sua estrutura biológica, para servir de “lição” às demais pessoas ali presentes. Outro fator que complexifica essa questão é o fato de ser estranho à nossa cultura a negação da alimentação, sendo a explicação possível a necessidade de reafirmação/confirmação do poder, que se estabelece a partir da desumanização promovida pelo racismo e numa perspectiva interseccional agravado pela condição de loucura, o qual produz discursos de verdade internos que regem a hierarquia institucional e estabelecem diversas formas de validação e penalização da diferença.

Sobre os efeitos coletivos dessas medidas administrativas que torturam alguns sujeitos, Goffman (2015) traz o impacto de tais medidas em instituições totais, à qual fazemos paralelo com a nossa realidade, pois embora estejamos tratando de equipamentos abertos, o manicômio persiste em tentar estabelecer a sua ética da dominação e eliminação.

Nas instituições totais, a exposição das relações da pessoa pode ocorrer em formas ainda mais drásticas, pois pode haver ocasião em que um indivíduo testemunha um ataque físico a alguém com quem te ligações, e sofre a mortificação permanente de nada ter feito (e os outros saberem que nada fez) (GOFFMAN, 2015, p. 38).

Uma terceira impressão desses trechos narrativos é a análise do profissional que registra que Maria poderá decidir se cuidar, se quiser fazer isso, como se alguns indivíduos decidissem voluntariamente assumir a condição de sofrimento e toda sua demanda associada. Esse trecho demonstra como ainda vigoram práticas na clínica do CAPS, que responsabilizam o usuário e seu grau de “força de vontade” como os fatores que definirão o desfecho da situação de vida. Tal postura, geralmente, é baseada em alguns desfechos raros e situações individuais de êxito a partir da abstinência, por exemplo, e revelam uma simplificação da clínica psicossocial, quando subvalorizam a influência das condições de vida e entorno social na manutenção de estresse psíquico.

Além das manifestações verbais evidenciadas nos registros dos serviços de saúde, que impuseram penalidades sobre os usuários de serviços de saúde mental, a análise de prontuários evidenciou a elaboração de instrumentos e documentos com formalização desses regramentos específicos, com advertências escritas, impressas e assinadas por usuários, de códigos de conduta e termos de compromisso com restrição de horários para chegada, acesso à alimentação e proibição de comportamentos como uso de substâncias psicoativas, manifestações de agressividade ou prática sexual, todos com exigência de assinatura. Destaco que os CAPS existem para acompanhamento e apoio aos usuários em condições de gravidade, inclusive relacionado ao uso de substâncias psicoativas e na organização destes comportamentos que dificultam a sua presença nos espaços sociais, ou seja, pelas normativas de permanência constatadas, para adentrar o CAPS o indivíduo deve se livrar de muitos dos comportamentos que compõem a própria indicação do cuidado.

Percebemos que há algum grau de resistência a essas investidas institucionais e tais ações são questionadas pelos usuários, todavia são queixas autolimitadas aos ambientes do serviço, e não são avaliadas por ouvidorias ou órgãos de controle do SUS, porém reforço que não foi observada tal prática no período da coleta de dados, sendo resgates de registros de prontuários.

*Genitora acompanhada por (nome da irmã) também vieram à unidade, relatando a situação na qual se encontra Sílvio, especialmente nas últimas duas semanas **após advertência e suspensão dadas pela coordenação**. (Técnico de saúde mental sobre Sílvio)*

*Conversamos com o paciente informando que **há uma ocorrência registrada contra o seu comportamento**, pela sua atitude na última terça-feira, quando **chegou ao CAPS alcoolizado e sob efeito de outras substâncias** e não quis ir pra enfermaria destratando funcionários. Informamos que **da próxima vez será suspenso e na terceira será expulso do CAPS AD**. (Técnico de saúde mental sobre Luiz)*

*Paciente encontra-se **suspenso por uma semana por motivo de indisciplina** (chegou alcoolizado na unidade de saúde, não participou da reunião e evadiu-se do CAPS. (Técnico de saúde mental sobre Deivison)*

*Diz que não vai vir ao CAPS porque **o filho tá suspenso**. Diz que ele só em casa “pode aprontar”, acha que estando junto “pode controlar”. (Técnico de saúde mental sobre Lúcia)*

*Segundo o Coordenador (nome), a paciente encontra-se **suspensa por uma semana por motivo de indisciplina**, não participou da reunião e evadiu-se da unidade de saúde. (Técnico de saúde mental sobre Lúcia)*

As anotações de prontuário que foram registradas demonstram diretamente as consequências ocasionadas pelas penalidades aplicadas, seja quando a família de Sílvio vem relatar a franca piora a partir da suspensão ou quando Lúcia que têm um filho usuário do serviço e decide não realizar o próprio tratamento, pois precisa monitorar o filho em casa já que ele não poderá acompanhá-la ao CAPS. Esses episódios exemplificam o acúmulo de poder nas relações desenvolvidas nessas instituições, que seguem livres de controles externos e operam éticas próprias a selar os destinos dos sujeitos. Acontecimentos como estes expõem os desafios na operação do SUS, e revelam a complexidade no controle das ofertas do sistema, quando vai se capilarizando para os interiores do Brasil, e se tornam mais suscetíveis pelas dificuldades de monitoramento, ao corrompimento dos atributos das políticas, à manipulação da oferta de forma corrupta e à perpetuação de injustiças.

#### 4.2 CONTRIBUIÇÕES DAE PESQUISA NEGRA DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL SOBRE A RELAÇÃO ENTRE O RACISMO E O SOFRIMENTO PSÍQUICO

A influência do racismo na ocorrência do sofrimento mental são objetos de investigação de correntes teóricas diversas. A partir da psicanálise, Sousa (1983) e Nogueira



(2021) consideram que o processo de conformação da personalidade se estabelece a partir da projeção de um ideal de eu. Porém, a condição para que haja organização harmoniosa deste indivíduo ocorre quando há aproximação entre o eu atual e o ideal de eu. Este último é reforçado nos diversos espaços de circulação do indivíduo, primeiramente, contexto familiar, depois na rua, trabalho e outros ambientes de convivência. O negro que nasce dentro de uma ideologia de hierarquia branca, elabora o seu ideal de eu a partir de uma imagem branca, que exige do indivíduo modelamentos no processo de constituição psíquica, como a exclusão de qualquer sinal negro.

Por esta vertente interpretativa da dinâmica psíquica, Fanon (2008) acrescenta:

Em outras palavras, começo a sofrer por não ser branco, na medida em que o homem branco me impõe uma discriminação, faz de mim um colonizado, me extirpa qualquer valor, qualquer originalidade, pretende que seja um parasita no mundo, que é preciso que eu acompanhe o mais rapidamente possível o mundo branco [...] Então tentarei simplesmente fazer-me branco, isto é, obrigarei o branco a reconhecer a minha humanidade (FANON, 2008, p. 94).

Sousa (1983) continua e explica as consequências dos conflitos oriundos da divergência entre o eu atual e o ideal de eu. Esse desajuste pode levar o indivíduo a frustrações, por vezes com características neuróticas. Para o negro, isso pode ser apresentado, por exemplo, em uma insatisfação crônica com os êxitos alcançados. Por sua vez, Costa (1982) postula os efeitos violentos que decorrem do duplo processo de busca de um ideal fenotípico branco e a não aceitação do corpo real negro. Essa construção identitária irreal, estabelecida na divergência, expressa a sofisticação do racismo, e provoca aquilo que o autor nomeia como ‘fetichismo da brancura’, quando há estímulo para que o sujeito busque o inalcançável, e nesse propósito de atingir a brancura, ele opera o autoextermínio.

A violência racista limita o desenvolvimento das habilidades do indivíduo, como sua potência criativa, desfrutar de atividades agradáveis ou mesmo sentimento de felicidade, visto uma autorrestrrição e o estabelecimento de metas medíocres. A origem dessas contenções surge da interposição de bloqueios psíquicos, pelas sucessivas vivências de sofrimento na formação das identidades (COSTA, 1982). Contribui com essa visão, Slavutzky (2021) ao considerar os efeitos dos danos diretos e intencionais das atitudes discriminatórias e as tensões originadas do permanente estado de alerta ativado pelas ameaças racistas, pois mesmo que o sujeito creia que o constrangimento ou intimidação não ocorrerão naquele momento, ele permanece em uma atmosfera de temor constante, uma vez que seu corpo carrega e denuncia aquilo que mobiliza a violência racista.

Por vezes, para compensar essa dificuldade de aceitação, busca-se sempre ter o melhor desempenho e dessa forma alcançar a tão sonhada ascensão social. Na impossibilidade de alcançar o ideal do eu, resta ao indivíduo se condicionar a desejar um lugar inalcançável pela sua incompatibilidade evidente, podendo ser acometido de melancolia, perda da autoestima, sentimento de culpa e inferioridade, insegurança, angústia, desvalorização, retraimento, ansiedade, fobia e submissão (SOUSA, 1983).

Fanon (2008) adverte sobre o desafio da superação das manifestações secundárias às vivências em condição inferiorização:

O problema é saber se é possível ao negro superar seu sentimento de inferioridade, expulsar de sua vida o caráter compulsivo, tão semelhante ao comportamento fóbico. No negro existe uma exacerbação afetiva, uma raiva em se sentir pequeno, uma incapacidade de qualquer comunhão que o confina em um isolamento intolerável.[...] O preto, no seu comportamento, assemelha-se a um tipo neurótico obsessional, ou, em outras palavras, ele se coloca em plena neurose situacional. Há no homem de cor uma tentativa de fugir à sua individualidade (FANON, 2008, p. 59 e 66).

Nogueira (2021, p. 122) aprofunda essa discussão quando defende que os efeitos do racismo ultrapassam as manifestações visíveis socialmente, pois a cultura impõe sobre o negro a condição de outro e impede a identificação como ‘um de nós’. Essa condição de diferença, de extrapolação e excesso é marcada no corpo negro e associa a ela atributos morais e intelectuais específicos e indesejados. Essa caracterização danifica a sensação de integridade e produz estruturas psíquicas específicas, que rechaçam a própria imagem e o aprisionam na condição de subalternidade, definida pelo fenótipo do seu corpo. Nessa perspectiva ratifica: “O negro sofre do medo permanente da perda da sua imagem, tal qual ele a mantém em sua representação imaginária: a de branco, mantida por um ideal de brancura”.

As pessoas negras são impelidas a conviverem em conflitos oriundos da assunção de estereótipos que os localizam nas periferias urbanas, nas carências da cultura, na pobreza, ao passo que é provocado a buscar valores e posições ‘embranquecidas’, como espaços de poder, de prestígio, de reconhecimento social, segurança e beleza, estatutos com “chancela branca”, assim sendo, a construção da identidade negra é cercada pela frustração (NOGUEIRA, 2021). Essa psicanalista avança para a explicação transgeracional, ao afirmar que a discriminação se manifesta para o negro antes de qualquer experiência social, pelos efeitos da psique dos genitores no planejamento de inserção da criança no mundo. Quando o infante cresce, se defronta com a categoria social de seus pais, com o constrangimento de ter pais menores que outros pais, que desejaria ter. A relação familiar passa a ser afetada quando a criança passa a

culpar seus pais pela sensação de infelicidade que enfrenta resultante da corporificação de uma pele negra.

Os sujeitos dessa pesquisa me apresentaram condições de vida ou arranjos pela sobrevivência bastante complexos. Nesse sentido, me vali durante a análise da ferramenta da interseccionalidade como apoio à compreensão dos efeitos das questões sociais, como aquelas já tematizadas ao longo do capítulo sobre a determinação social da saúde, no qual apresentamos as condições adversas da vida amontoadas nos corpos, formando uma reserva, um estoque de memórias e experiências de *stress* cotidiano. Busquei apresentar informações que apontam como o racismo compõe a arquitetura das trajetórias, através do acúmulo de vulnerabilidades e experiências de inferiorização, que culminam em sofrimento mental grave para um quantitativo expressivo de pessoas. Argumento que a recorrência dessas vivências entre pessoas negras não resulta de condição aleatória ou acidental e insta a pensar a existência de nexos sustentadores da relação do racismo na privação do bem-estar e sucessão de condições deflagradoras do sofrimento mental, como um projeto previsto, sistemático, intencional e estrutural.

As desigualdades sociais operam de forma distinta entre os grupos populacionais, como mulheres, crianças, pessoas negras, pessoas indígenas, pessoas com deficiência e população transexual, pois são formas de existência singulares que se apresentam com posturas e necessidades próprias. (COLLINS; BILGE, 2021). A partir da realidade brasileira, Prestes e Paiva (2016) promovem discussão sobre a justaposição dessas diferentes categorias sociais na construção das subjetividades, a partir da análise das vulnerabilidades, defendem que o processo constitucional do sujeito decorre da relação interativa de características sociodemográficas, vivências e valores pessoais, modos de reação às demandas da vida e as formas de relações com o outro.

Nesse sentido, argumentam as implicações da aglutinação de todas essas condições recepcionadas e vivenciadas por um único corpo. Esses corpos assumirão as contingências de todas essas categorias, para colocar-se em relações sociais reguladas por processos dinâmicos:

As relações sociais são sempre permeadas por características de maior igualdade/desigualdade no âmbito da cidadania, garantia/privação de direitos, inclusão/exclusão social, liberdades/cerceamentos, simetrias/assimetrias, que influenciam o acesso ou não a direitos e aparelhos sociais como saúde, educação, cultura, lazer, emprego, informação e conhecimento relevante (PRESTES; PAIVA 2016, p.676).

Em relação à saúde mental, Silva (2005) analisa os efeitos dessas dimensões elementares para o alcance desse bem-estar, nessa perspectiva, afirma que resulta da conjunção de fatores individuais como comportamentos, hábitos de saúde, experiências, especificidades genéticas e outras condições biológicas, com características ambientais consequentes ao acesso à escola, mercado de trabalho e suas garantias legais, existência de rede de apoio e proteção social, identidade de gênero, raça, acesso à cultura, são alguns exemplos.

Assim, as condições desumanas a que as pessoas negras foram historicamente empurradas, são discutidas e denunciadas como raízes de sofrimento. Para David e Vicentin (2020) atributos como insuficiência moral associados e associadas como originárias da ascendência negra demonstram o racismo e a desconsideração das condições determinantes do sofrimento físico e emocional da população negra. A tarefa manicomial operada pelo branqueamento e racismo científico, mesmo enfraquecida, a partir da década de 30, foi exitosa no cumprimento da exclusão e eliminação da população negra e permaneceu como influência simbólica, operando de forma consistente na organização social e política de convivência com a loucura, com suas aplicações clínicas pouco resolutivas e sustentadas no culto à separação, principalmente racial.

A análise multidimensional das condições de saúde mental fundamenta a atenção psicossocial, a qual se propõe a valorizar os sujeitos, inseridos nesse contexto plural, considerando as condições concretas e simbólicas que regulam a ordem social. Nessa vertente, Silva, Ribeiro e Souza (2018), afirmam que o racismo opera minorando as expressões culturais e sociais do povo negro e relegando a estes, as piores condições sociais e locais de dores profundas, com apagamento dos seus fenótipos, características fundantes da sua história e ancestralidade, ou seja, o seu estar no mundo. É um processo gerador de intenso sofrimento, na perspectiva psicossocial de condições objetivas, estruturais e subjetivas da nossa humanidade.

Por sua vez, Faro e Pereira (2011) afirmam que há uma distribuição desigual da carga de *stress* na sociedade, sendo que as minorias estão mais expostas a demandas estressoras oriundas da discriminação, preconceito e exclusão social. Também Tobler *et al.* (2013) reconhecem que a explicação dos mecanismos que mantém a iniquidade ainda é inexistente, porém uma justificativa seria o incremento do *stress* pela percepção do racismo.

Silva (2005) avança nessa reflexão ao considerar que há formação de um imaginário coletivo racista e sexista cravado de toda forma de preconceito, discriminação e estereótipo, operando violências físicas e simbólicas, com determinações psíquicas, que interferem na

compreensão e valorização de si. À vista disso, afirma que negros vivem em estado de tensão continuada, envoltos em angústia e ansiedade, que dispara episódios tanto de alteração de conduta quanto de pensamento, revelados também por uma série de manifestações, queixas e sintomas:

Essa situação causa diversos transtornos físicos e psíquicos às vítimas, incluindo taquicardia, ansiedade, ataques de pânico, depressão, dificuldade de se abrir, ataques de raiva violenta e aparentemente não-provocada, depressão, hipertensão arterial, úlcera gástrica, alcoolismo, entre outros. (SILVA, 2005, p.130)

No estudo de Rocha (2018, p.95) as circunstâncias do entorno social, especialmente as condições de vida do indivíduo negro foram os principais motivos levantados por profissionais de saúde para a ocorrência do sofrimento mental, o autor concluiu que as condições de pobreza robustecem as dificuldades ou falta de acesso a serviços de saúde e colaboram para a relação entre racismo e loucura.

Não como uma condição crônica, própria da concepção de natural degenerescência da raça negra [...] mas como uma derivação direta de suas precárias condições concretas de existência e de sobrevivência ante a sociedade burguês-capitalista [...] o que se vê é a contínua fabricação de sujeitos adoecidos, abandonados por diferentes instâncias sociais que poderiam atuar no sentido da garantia de seus direitos e de um melhor desenvolvimento psicossocial (ROCHA, 2018, p.95).

Fanon (2008) também argumentou em prol dessa vertente, ao defender que as condições sociais de reprodução do racismo dão sustentação à existência de sofrimentos, visto que o indivíduo é ensejado à afeição com a brancura de tal forma, que em sendo impossível assumir essa condição, passa a existir em constante inferioridade. O indivíduo que nasce dentro dessas condições sociais de validação da diferença e imposição de dificuldades poderá desenvolver conflitos de natureza neurótica.

A internalização de características depreciativas direcionadas às pessoas negras, que os relega à condição de inferioridade e constrangimento no seu ambiente, leva-os a manifestar alterações de comportamento como isolamento ou agressividade. Para o indivíduo negro imerso numa sociedade de ideal branco, os transtornos emocionais podem advir das repetidas frustrações, poucas oportunidades e restrições em relação ao futuro. Sendo assim, o racismo age de forma intrapsíquica negativamente na construção da identidade, pois agride aquilo que qualifica e determina o indivíduo: o seu corpo, que é atacado com constância e marcado com sinais de desvalorização social. Essas violências podem ocasionar perturbação psíquica e emocional (SILVA, 2005).

Rocha (2018) adverte em seu estudo a impossibilidade de comprovar o racismo como causa originária de transtorno mental, todavia ressalta que há argumentos vigorosos que relacionam esse fenômeno à ocorrência de sofrimento psíquico, sendo uma questão frequente no adoecimento mental de pessoas negras no Brasil. Por fim recomenda quatro passos para redução dessa iniquidade em serviços de saúde mental:

1. Reconhecer a existência do racismo na Saúde Mental e os seus decorrentes efeitos; 2. Reconhecer a falta de recursos tecnológicos leves em saúde para abordar essa questão diante da profundidade subjetiva e sócio histórica do fenômeno; 3. Produzir novas pesquisas sobre essas correlações, de maneira a fortalecer as políticas públicas já existentes sobre o tema; 4. Revisitar as noções de clínica e de escuta qualificada frente aos sofrimentos de base social, sejam os raciais, sejam os demais aqui em diálogo, inclusive na perspectiva interseccional (ROCHA, 2018, p.124).

No entanto, esse mesmo autor demonstrou que o reconhecimento do racismo como condição presente nos serviços e promotor de sofrimento mental não desencadeou nas equipes e instituições ajustes no planejamento, para estabelecer ações assistenciais concretas de atendimento ao sofrimento de origem racial previamente reconhecido. A implicação dessa inação do setor saúde restringe a condução clínica, pela desconsideração da interferência das condições sociais na adaptação dos indivíduos à convivência coletiva, que pode reverberar inclusive, na piora dos estados de saúde (ROCHA, 2018).

Esse enfrentamento também é apontado por Fanon (2008, p. 95), ao explicar o papel do psicanalista em apoiar o indivíduo a olhar para fora, para as condições sociais que favorecem a ocorrência do mal-estar e recomenda ao terapeuta: “[...] devo ajudar meu cliente a conscientizar seu inconsciente, a não mais tentar um embranquecimento alucinatório, mas sim a agir no sentido de uma mudança nas estruturas sociais” e continua informando sobre essa abordagem ampla de cuidado:

[...] o negro não deve mais ser colocado diante deste dilema: branquear ou desaparecer, ele deve poder tomar consciência de uma nova possibilidade de existir; ou ainda, se a sociedade lhe cria dificuldades por causa de sua cor, se encontro em seus sonhos a expressão de um desejo inconsciente de mudar de cor, meu objetivo não será dissuadi-lo, aconselhando-o a ‘manter as distâncias’; ao contrário, meu objetivo será, uma vez esclarecidas as causas, torná-lo capaz de escolher a ação (ou a passividade) a respeito da verdadeira origem do conflito, isto é, as estruturas sociais (FANON, 2008, p. 96).

David e Vicentin (2020) assim como Santos (2021) recorrem a Abdias do Nascimento ao proporem o aquilombamento das práticas em saúde mental, como combate radical ao racismo que alimenta o manicômio. Assim, defendem um projeto ético-político de ampliação

dos eixos da reforma psiquiátrica a partir da reanálise desse movimento em perspectiva antirracista, para aprofundar o entendimento da relação entre a vivência da discriminação racial e a emergência do sofrimento mental. Nesse movimento, propõem ações em prol da equidade racial como prioritárias na promoção da saúde mental. Essa forma de desenvolver a RAPS ainda compreenderá o fim da institucionalização racializada, resultante do manicômio. Além de recomendar diretrizes para enfrentamento do racismo inserido nas práticas de todas as instituições de saúde mental e demais serviços da rede.

#### 4.3 PERCURSOS DE CUIDADO DE PESSOAS NEGRAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A VIVÊNCIA DA SAÚDE, A EXPERIÊNCIA DA ENFERMIDADE E OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

O exercício para compreender caminhos do cuidado em saúde mental para as pessoas negras exigiu o resgate de alguns conceitos que surgiram nos depoimentos, pois ficou evidente que a compreensão da vivência de sofrimento psíquico é distinta das enfermidades orgânicas em geral, que apresentam algum fator gerador, sintomas, sinais e até mesmo podem ser aferidas por exames. No caso do sofrimento mental, enveredamos por um campo mais abstrato, de condução complexa e flexível. Em vista disso é que se percebe a importância daqueles envolvidos na cadeia de cuidado, que envolve usuários, familiares e trabalhadores, alinharem as compreensões sobre saúde, enfermidade, sofrimento mental e necessidades de atenção.

O estado de saúde dos indivíduos permite conhecer aspectos das relações sociais, como o papel da família, a rede de proteção e solidariedade, os valores que balizam as relações e o lugar do indivíduo na estrutura social. Para Gerhardt (2006), as condições de saúde refletem o estado das estruturas orgânicas, garantem a reprodução humana, além de ser elemento de análise da conjuntura social, pois a homeostase orgânica é afetada por questões sociais.

Nessa mesma intenção de apresentar um conceito de saúde, Demétrio, Santana e Pereira-Santos (2019) afirmam que ela pode ser definida em dimensão reduzida como um conceito negativo, no seu sentido normativo de ausência de doenças, o qual desconsidera diversos aspectos extra biológicos e complexos. Por outro lado, a concepção positiva evoca,

mormente, a promoção da saúde, e consiste na análise conjunta das demandas socioculturais, políticas, filosóficas, econômicas que influenciam o processo saúde-doença.

Na abertura da Oitava Conferência Nacional de Saúde, movimento histórico para conformação do SUS, em meio ao processo da redemocratização brasileira, Sérgio Arouca apontava em 1986, o conceito de saúde que se propunha para o Brasil, já na perspectiva do direito à saúde:

Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um estado de bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno, é o direito a ter água, à vestimenta, à educação e até, a informação de como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É não estar o tempo todo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, quanto daquela violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo [...]. A saúde se supera e quase que significa, num certo instante, o nível e qualidade de vida, algumas vezes qualidade de vida não conseguida, mas sempre desejada (AROUCA, 1987, p.36).

Esse pensamento da saúde em perspectiva ampliada ancorou as bases técnicas, subsidiou os coletivos, constituiu as políticas, e organizou a agenda da saúde coletiva historicamente, mesmo nos últimos anos em que o maior desafio foi a autopreservação do Sistema Único de Saúde. O SUS propõe e oferta um cuidado generoso, que inclui o indivíduo, a família e o território, por meio da promoção da saúde, da vigilância, da redução de danos, da recuperação, da reabilitação, em organização solidária que oferte a todos, possibilidades de uma vida digna, e como desejam todos, feliz. Porém, desde a sua criação houve necessidade de lançar mão de mecanismos de proteção desses atributos, atacados por interesses externos que atentam contra o direito constitucional previsto no artigo 196 da constituição federal assim apresentado: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2016, p.118). Esse conceito carrega em si um ordenamento que tem permitido devolver dignidade aos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos (SCLIAR, 2007).

Por sua vez, Amarante (2007) nos apresenta uma definição sobre saúde mental, como um campo das políticas públicas de caráter complexo, marcado pela pluralidade, intersetorialidade e transversalidade dos saberes.

Na complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental estão, além da psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise (ou as psicanálises, pois são tantas!), a fisiologia, a filosofia, a antropologia, a filologia,



a sociologia, a história, a geografia [...]. Mas, se estamos falando em história, em sujeitos, em sociedades, em culturas, não seria equivocado excluir as manifestações religiosas, ideológicas, éticas e morais das comunidades e povos que estamos lidando? [...]: saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades (AMARANTE, 2007, p.14).

O campo da saúde mental é denso, enigmático e interessante, em virtude da sua singularidade desperta profundas paixões, grandes dedicações de carreiras e vidas, entretanto ainda persistem na cultura forte estranhamento, rechaço, preconceito e discriminação resultante do estigma da loucura. Para Rinaldi (2015) a área da saúde mental se encontra envolta em permanentes ciclos de reelaborações e ressignificações, a partir de processos contínuos de disputa teórico-político-assistencial entre os modelos assistenciais, onde são tratados o direito a acessos básicos para a vida humana, para uma população historicamente apartada do convívio em sociedade e no permanente esforço pelo exercício de uma clínica centrada no sujeito. Para executar o cuidado em saúde mental o Estado brasileiro tomou a decisão pelo modelo de atenção psicossocial, que pode ser assim definido:

O novo campo da atenção psicossocial caracteriza-se pela articulação entre diversos saberes com a instituição do trabalho em equipe multidisciplinar, onde estão presentes várias orientações clínico-assistenciais, desde as que privilegiam a reabilitação psicossocial e o resgate dos direitos de cidadania dos usuários, ponto de partida da própria reforma, até aquelas que tomam como eixo a clínica de cada sujeito em sua singularidade, esta última de inspiração psicanalítica (RINALDI, 2015, p.316).

Adicionalmente, a compreensão sobre o processo da enfermidade está atrelada ao contexto de uma experiência, iniciada com a sensação de mal-estar que produz os significados da doença e desencadeiam a busca de explicações e soluções para esse estado. Ou seja, a presença de um fator de morbidade frente à ausência ou percepção de sintomas, impede que a condição patológica atinja a consciência e, portanto, alcance o *status* de enfermidade (ALVES, 1994). A enfermidade terá seu significado alterado de acordo com o contexto histórico e pela comparação com as experiências de doença vivenciadas por familiares, amigos, vizinhos e profissionais, visto que a enfermidade, por ser uma interpretação consciente, necessariamente precisa estar receptiva à validação de outros indivíduos do entorno (ALVES, 1993).

Os participantes desse estudo revelaram com suas falas, a convivência por longos períodos com situações e práticas de danos à saúde acompanhadas de alterações de comportamento sugestivas de transtorno mental, sem que isso trouxesse o entendimento de

sofrimento mental em andamento tanto para indivíduos, quanto para familiares. Também foram relatadas experiências traumáticas de grande dano, que agiram como efeitos disparadores, especialmente para as pessoas do convívio, aparentemente, essas situações de maior gravidade e conseqüentemente com maior intensidade de sofrimento, são ativadores externos de busca de cuidado, que frequentemente é direcionado primeiramente ao médico psiquiatra.

*O sofrimento mental, olhando hoje pra trás, eu acho que teve início, depois da separação, lá em São Paulo, eu já usava álcool, mas ele foi ficando mais frequente depois, eu acho que lá já teve o início, **eu fiquei muito triste, deu um trabalho pra vir embora, eu fiquei assim, sem..sem..destino, lá [...]** porque na época que a gente foi morar junto, que a gente tava junto, era uma vida, e depois que **eu fiquei desempregado**, que eu fiquei sem recurso, aí ela sentiu, e nesse sentir, ela não quis continuar, aí juntou o álcool também, acumulou tudo. (Renan)*

*Depois que eu tomei os tiros que eu vim tomar remédio de doidão, **depois que aconteceu a tragédia dos tiro**, foi em 2005, não lembro o que causou não, foi uma viagem, eu sei que eu acordei, uma noite que eu passei, uma escuridão da porra, na noite que acordei eu estava dentro do hospital, não teve briga, não teve nada, disse que eu subi na casa do cara, fui destelhar a casa do cara, aí ligaram pros homens (policiais), os homens veio e meteu bala, se eu tava ruim do psicológico, antes disso era normal, não via nada, nunca tive alucinação não. (Christian)*

*[...] eu fui internada, a menstruação sempre muito forte, eu fui internada, eu não sei o motivo que me internaram, mas eu fui internada, e ali, eu fiquei quatro meses, quando eu saí do hospital, **eu saí sem útero, sem ovário e sem trompa, depois o médico me disse que eu não poderia parir mais, mas que eu podia procurar um psiquiatra porque eu tava ficando doida [...]** Já na cirurgia, eu esquecia das coisas, coisas falavam no meu ouvido, no hospital, mandavam ver coisas, pegar, perturbação, um negócio muito estranho [...]. (Maria)*

Os três fragmentos destacados demonstraram certa imprecisão sobre a transição entre a condição de boa saúde e as primeiras necessidades de atenção em saúde mental, porém os narradores demarcam proximidade temporal com algum acontecimento excepcionalmente danoso, seja o desemprego na apresentação de Renan, que desembocou em perda financeira, dificuldade no provimento familiar e separação conjugal, ou na situação de Christian que apontou a tentativa de homicídio que sofreu com o início do transtorno mental ou a experiência de Maria que foi submetida à cirurgia para retirada de órgãos do aparelho reprodutivo que tiveram como consequência a infertilidade.

Ao mesmo tempo, as condições de vida dos usuários participantes apontaram um tipo de vivência nas bordas das condições de dignidade humana, que os privou de uma condição ideal de saúde desde sempre, sendo difícil precisar o momento em que os primeiros sinais do sofrimento mental aconteceram, em vista disso, aquilo que os usuários referiram como causa, também poderia ser considerada como conseqüências tardias do sofrimento mental prévio

sem acompanhamento, que pode ocasionar a dificuldade na manutenção das relações, a permanência nos vínculos laborais, as alterações de comportamento extremas que podem inclusive, levar o indivíduo à confusão e o impulsionar a invadir o domicílio alheio ou mesmo inquietações, alucinações e alterações de comportamento durante uma internação hospitalar.

A consciência da enfermidade extrapola a existência de sintomas e considera a compreensão do indivíduo em relação ao processo de doença ou sofrimento. Nessa perspectiva, Campos (2002) advoga em favor de uma clínica do sujeito, na qual o indivíduo conforma o sentido do cuidado, em toda a sua complexidade, inclusive a eventualidade da ocorrência de doença ou enfermidade. Destaca a necessidade de deslocar a centralidade da doença para a pessoa, para garantir a atenção singularizada. Essa visão constitui a atenção psicossocial, quando investe no resgate do sujeito do caldo de sintomas e projeta a sua existência em primeiro plano. Desse modo, a clínica psicossocial se constrói de forma móvel e jeitosa, na assistência individual e na colaboração para modelagem de contextos saudáveis, a partir da valorização de toda expressão de potencial humano.

Campos (2002) continua e provoca os cuidadores a uma prática ampliada que considere o indivíduo para além da sintomatologia, quando afirma:

Para a medicina haveria um apagamento de todas as outras dimensões existenciais ou sociais do enfermo, a doença o recobriria como uma segunda pele, uma nova identidade. As pessoas deixariam de ser velhas, jovens, pais ou mães, trabalhadores, aposentados ou desempregados, músicos ou professores, e todos seriam enfermos de alguma coisa, assim, pouco importaria lidar com a doença como um dos componentes destas existências concretas (CAMPOS, 2002, p.4).

Frente a esse desafio de resgatar o indivíduo da doença para o cuidado, Amarante (2007) rememora a proposta de Franco Basaglia de colocar a ‘doença entre parênteses’, para observar o sujeito em sua experiência. Ressalta que essa suspensão do fenômeno da doença não é negar a existência de sofrimento, diferença e mal-estar. Essa estratégia de emersão do sujeito nos remete a uma transformação do modelo teórico conceitual que aproximou a psiquiatria das ciências naturais que levava à objetificação e transformação do indivíduo em diagnóstico, para uma nova ética do cuidado, que primariamente atende demandas da subjetividade humana.

Na mesma medida em que a doença é posta entre parênteses, aparecem os sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis, opacos, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata. Desta forma, se torna possível constatar o que Basaglia (inspirado no poeta e dramaturgo Antonin Artaud) denominou “duplo da doença mental”, isto é, o conjunto de pré-concepções, preconceitos (estigmas, valores, juízos) relacionados à doença mental (AMARANTE, 2007, p.58).

Foucault (2019) analisou os lugares sociais da loucura e advertiu sobre a construção do discurso do outro inaceitável, caracterizado por um conjunto de atributos de extrapolação das normas, operado pelo regramento burguês na idade moderna. Dessa forma, a loucura migrou de um polo da transcendência de saberes e habilidades para um agrupamento de marcadores de exclusão, como a conhecemos na atualidade. Assim, a experiência da loucura pode ser sintetizada como um subproduto da seguinte movimentação social:

Essa comunidade adquire um poder ético de divisão que lhe permite rejeitar, como num outro mundo, todas as formas da inutilidade social. É nesse outro mundo, delimitado pelos poderes sagrados do labor, que a loucura vai adquirir esse estatuto que reconhecemos. Se existe na loucura clássica alguma coisa que fala de outro lugar e de outra coisa, não é porque o louco vem de outro céu, o do insano ostentando seus signos. É porque ele atravessa por conta própria as fronteiras da ordem burguesa, alienando-se fora dos limites sacros de sua ética (FOUCAULT, 2019, p. 73).

Nosso estudo apontou que a compreensão da enfermidade ou sofrimento só se tornou motivo para ações de cuidado, na existência de situações extremas de inadequação social, danos extensos da condição física, assim como a vulnerabilidade territorial com risco para a manutenção da vida. Do que se depreende uma compreensão de saúde e do sofrimento psíquico voltada para o atendimento de demandas urgentes, com muitos sintomas e consequências tardias, difícil manejo ou mesmo irreversíveis, em detrimento das ações de promoção da saúde e prevenção de sofrimento.

*Assim sofrimento, quando **eu não consegui parar**, perdi muitos amigos, muitas pessoas próximas, morrem covardemente, vivendo mais no presídio do que fora, essa menina que eu trouxe aí estava presa em Goiás (referindo-se a uma paciente que ele trouxe para acolhimento), ela é muda. [...] Procurei um serviço por causa da necessidade, **ou procura ou perde a vida**, foi no momento de solidão, de tudo. (Sílvia)*

*O álcool trouxe sofrimento agora, perdi minha mulher, uma pessoa que eu amo tanto, e perdi o filhinho dela, que eu considero como meu, só de eu ter perdido aquelas duas pessoas ali, **pra mim acabou, acabou**. (Emiliano)*

*Aí nós viemos aqui pra Eunápolis, porque eu tive outra crise de síndrome do pânico, essa foi forte, que eu pensei em cair lá de cima do..., **tentei suicídio**. Pra me ver se eu sarava saindo da cidade, não foi buscando tratamento [...] eu já tinha problema psicológico desde pequena, de ver os traumas de criança muito forte [...] meu marido não veio, eu separei dele, eu adoeci por causa dele também, não deu certo porque nós dois caiu no alcoolismo, e aí, dois alcoólatras não dava certo. (Lúcia)*

Essas justificativas referidas pelos participantes me remeteram ao modelo de atenção à saúde desenvolvido neste município, mas que não diverge do modelo hegemônico desenvolvido no Estado e no Brasil, voltado para o atendimento de sintomas, em geral a partir do uso massivo de medicações. No campo da saúde mental, este modelo biomédico se sofisticou para o modelo “psi”, focado nas práticas profissionais de psiquiatras e psicólogos, na maior parte dos casos, a partir de atendimentos individuais e ainda são escassas as ações de promoção da saúde, ações territoriais para educação popular sobre temas relacionados à saúde mental, ações de educação permanente para trabalhadores, especialmente da atenção primária à saúde, bem como práticas de comunicação em saúde acessíveis e eficazes, sobre sinais de sofrimento mental e rede de cuidados. Essas atividades, quando existentes, são promovidas pelas unidades especializadas, CAPS e ambulatórios, que por estarem em número reduzido, em geral, um por município, acabam por não ocasionar grande impacto na melhoria da prática, com integração e resolutividade.

As dificuldades na integração e convivência com as alteridades ficaram evidentes quando se constatou a insuficiência de espaços de convivência e circulação coletiva de pessoas com diferenças, com e sem transtornos mentais, tais como centros de convivência e cultura, além da escassez de espaços coletivos de lazer na cidade e atividades para participação social, onde pessoas em sofrimento psíquico tenham assento e garantia de comunicação, que ultrapassem as ações comemorativas por meses temáticos e alguns eventos do próprio campo da saúde mental, que geralmente, atinge o público que já trabalha e conhece as ações desenvolvidas. A rede de atenção e cuidados intersetorial, que envolve a assistência social, justiça, educação, segurança pública, emprego e renda, dentre outros setores da sociedade, também se mostra fragilizada, sendo ativada por demanda, e ainda não se notabilizaram como estrutura de proteção aos indivíduos para prevenção e monitoramento do transtorno mental.

Nesse processo de experiência de saúde-doença e busca pelo cuidado surge o conceito de itinerário terapêutico, que foi traduzido livremente por Alves (1993), a partir das observações de Freidson (1988) sobre o que denominou como *'career of illness'*, ou seja, as escolhas desenvolvidas pelos indivíduos para atender às suas demandas de cuidados, evidenciadas a partir de uma compreensão social do estado de enfermidade.

As análises sobre itinerários terapêuticos (IT) intencionam compreender os métodos, planejamentos, tecnologias e organização desenvolvidas pelo indivíduo após tomar consciência de um estado de mal-estar ou sofrimento, ou seja, são os caminhos que o

indivíduo ou coletividades percorrem para reduzir ou resolver a sua aflição, influenciados por motivações, interesses e emoções (ALVES; SOUZA, 1999).

Alves e Souza (1999) continuam e apresentam um histórico da construção do conceito sobre itinerários terapêuticos, desde o modelo utilitarista que descreve organização de oferta, apresentam também modelos desenvolvidos a partir da relação usuário e terapeuta, percorrem conceitos que integram os fatores relacionados ao contexto social e intensificam a discussão sobre modelos explicativos de IT, como aqueles que se aprofundam na descrição de doenças, tratamentos e demais aspectos significativos de um quadro patológico.

Os autores avançam então, na valorização do modelo interpretativo, que subleva o campo dos significados e vivências individuais, e tem como premissa a compreensão dos movimentos individuais ou coletivos para alcançar o bem-estar, dentro de um universo de possibilidades. Nessa vertente o primeiro a ser conhecido deverá ser o sujeito que percorrerá a trajetória de cuidado, com suas concepções e formas de encarar a realidade construída ao longo de uma história de vida única, inserida numa teia de relações interpessoais (ALVES; SOUZA, 1999).

Cabral *et al.* (2011) contribuem para essa definição sobre IT, ao sinalizar a influência das relações significativas com profissionais de saúde para maior adesão às terapêuticas. Ressalvam que nem sempre os itinerários coincidem com os fluxos e rotinas pré-determinados nas normas e planejados pelos gestores, além de não responderem às medidas de facilitação ou dificuldade de acesso, numa perspectiva de consumo de serviços, isoladamente. Desse modo, a explicação sobre os itinerários terapêuticos extrapola o conhecimento da agenda de serviços, disponibilidade, suas descrições de atribuições, perfis e orientações para a entrada das pessoas nessas unidades, as decisões em relação ao cuidado sofrem influência do contexto sociocultural.

Diversos autores brasileiros desenvolveram análises de itinerários terapêuticos (CABRAL *et al.*, 2011; DEMETRIO; SANTANA; PEREIRA-SANTOS, 2019; GERHARDT, 2006; MANGIA; YASUTAKI, 2008; MARQUES; MANGIA, 2013) e os benefícios da utilização dessa metodologia estão relacionados ao aumento da resolutividade, a humanização da saúde, facilitação do acesso, justiça e equidade nos serviços e subsídios para o planejamento em saúde.

A partir da consciência da enfermidade forjada em contextos de vida marcados por desafios e superações que já discutimos nos capítulos anteriores, as práticas de cuidados desenvolvidas por essas pessoas que participaram do estudo revelaram a importância da família e de todo entorno social para proteção do indivíduo e ativação da rede de cuidados,

com importante referência a amigos e pessoas próximas que já haviam passado por situações semelhantes. Nesse sentido, os primeiros cuidados evidenciados foram os aconselhamentos, principalmente maternos, seguidos pela recorrência à religião, especialmente nas igrejas, rezadeiras e outros cuidados tradicionais, como religiosos evangélicos e do candomblé.

***Primeiramente é Deus, que manda essas pessoas, porque primeiramente eu encontrei esse rapaz, foi um dia de domingo, (primeiro amigo) que era da nossa turma, aí conversando ele falou, eu estava assim, eu fui pra o CAPS, olha como é que eu tô, estava bem forte mesmo, aí depois eu encontrei, no mesmo dia, encontrei outro do grupo, (segundo amigo), o rapaz, ele falou, vai lá pro CAPS rapaz, né coincidência não, encontrei um de manhã, quando chegou meio dia, encontrei outro, meu anjo me cercando, protegendo, intercedendo.*** (Luiz)

*Aí, **mainha veio aqui me deu uns conselhos, o marido dela me deu uns conselhos, falei, então, busca uma ajuda pra mim aí, meu padrasto me falou do CAPS, ele soube que aqui fazia esse negócio de tratamento.*** (Emiliano)

*[...] eles conviviam com isso em casa, de uma forma natural, **sempre dando conselho e tudo, mas não reprimindo assim, aí até que quando eu tive a primeira crise, foi quando eu estava trabalhando no Moisés Reis, no mercado, em 2012, eu tive umas crises feias [...]** **E eu acredito muito em minha mãe, as orações dela, as correntes de oração que ela fazia, passava a noite comigo, conversando tudo, complicado.*** (Renan)

*Aí tive uma crise de pânico da bebida e do amor pelo (nome do ex-marido), não esquecia (nome do ex-marido), não conseguia, não conseguia, mesmo assim eu ia lá, tentar ganhar um dinheiro, pra dar meus filhos as coisas, eu não conseguia, até que eu vim embora, juntinho com eles, **uma pessoa da igreja né, me ajudou vim, mandou um rapaz vir me trazer, junto com elas, pra se eu ter crise, ele me dar remédio, ele veio me trazer, me botou na casa da minha ex sogra.*** (Lúcia)

*[...] **então a religião, a cristã, foi quando eu perdi a memória e que as pessoas cristãs me reconheceram, me reconheceram como a pessoa que eu era antes de ficar doida, e me tomaram pra eles pra cuidar, foi depois de adulta.*** (Maria)

Essas constatações sobre a magnitude e impacto do conhecimento tradicional, manifestado pelo acolhimento, cuidado e orientação desenvolvidos nos contextos locais por familiares, amigos próximos e religiosos em geral, interessa aos planejadores do campo da saúde, como subsídio à elaboração de instrumentos de gestão, priorização de atividades e alocação de recursos que garantam condições para o desenvolvimento de ações de educação popular em saúde, fortalecimentos dos vínculos comunitários, promoção de cultura solidária, e maior investimento em atores da rede de proteção que atuam de maneiras não formalizadas, mas que são pontos focais de cuidado, identificam e estendem as mãos às pessoas em sofrimento mental. Para isso, as atividades de promoção da saúde, visitas e atendimentos domiciliares pelas equipes de saúde da família e comunicação em saúde são essenciais para

explicar sinais e sintomas de sofrimento mental, manifestações iniciais das crises, superação dos estigmas e da discriminação e informações sobre a composição das redes de atenção.

O alerta para a existência da enfermidade, com conseqüente estímulo a buscar cuidado, partiu ainda das instituições, que acionaram a rede quando as alterações de comportamentos se mostraram bastante evidentes, com apresentação de sintomas exuberantes, como as alucinações e os delírios. Nessa perspectiva, embora a rede de cuidados e intersetorial não estejam plenamente construídas, foi possível evidenciar a sua responsabilidade em promover o direcionamento aos familiares dos usuários graves. O encaminhamento ocorreu amiúde por meio de orientações aos familiares e entrega de formulários, não houve nos casos analisados, contato interinstitucional, com a garantia da chegada e do acolhimento pelo serviço de destino.

*Quando eu saí da cadeia (primeira entrada), eu fui pra casa da minha avó, chegou lá no dia meus irmãos, me levaram pra casa da minha irmã, passou uns dias me levou pro hospital, pro psiquiatra, no CAPS 2, os policial mesmo falou que eu tinha que tomar remédio, que tinha que cuidar de mim, tinha que tomar remédio. (Christian)*

*[...] quando eu fui cair mesmo, foi quando eu perdi literalmente a memória, não lembro de fato, quando eu perdi a memória. Eu não procurei um serviço, quando eu saí do hospital, eles me deram esse papel [...] foi quando um dia, não sei como, (filha) me levou num ponto de coletivo e eu fui, eu não sei como, sei que foi nós duas, paramos no CAPS, eu não sei se ela falou, não, só sei que quando eu cheguei na porta do CAPS e lá eu lembro que todo mundo já me conhecia, mas eu não conhecia ninguém, aquilo foi providência. (Maria)*

Ficou evidente nesse estudo que nenhum indivíduo acessou o serviço através de Unidades Básicas de Saúde, sendo todos incentivados a irem diretamente ao Centro de Atenção Psicossocial - CAPS a partir de informações de pessoas da comunidade que já havia frequentado o serviço. Houve poucas referências a passagens curtas na rede privada, porém a manutenção dessa modalidade foi limitada pela insuficiência de recursos e oferta restrita, apenas com consulta médica e psicológica. Esse desenho reitera a fragilidade da rede de atenção psicossocial vigente neste município, que sinaliza para um distanciamento significativo da atenção primária à saúde, que deveria ser o ponto de atenção mais próximo dos indivíduos e familiares, entretanto persiste com pouca ou nenhuma participação na descoberta, acolhimento, compartilhamento e apoio na condução dos indivíduos com transtorno mental ao cuidado especializado.



*Quem me indicou foi minha irmã, porque minha irmã gosta de fazer trabalho social, porque aqui não deixa a gente drogar, ficar aqui é difícil, pois recebia gente de toda cidade, gente perigosa, ladrão, assassino, então pra mim, eu doente, fraco, indefeso, então é perigoso né, mas eu fiquei [...].* (Sílvio)

*Eu tinha parado de usar, aí comecei a beber só cachaça, parei de usar todos esses negócios, só fumava maconha de vez em quando, aí tava ruim, magro, ruim mesmo, **aí encontrei um que fazia uso comigo**, tinha sumido, aí encontrei com ele na rua, ele me viu nessa situação, como você emagreceu, eu falei é rapaz, tô querendo parar de beber e não sei, ele falou, **rapaz procura o CAPS**, eu estava assim pior que você, ele me falou, parou e conversou um tempão comigo, que ele era da mesma turma que eu, ele estava bem melhor mesmo, falou, **vai lá, procura o CAPS, aí me deu o endereço, aí eu fui procurei o CAPS e tá me ajudando até hoje.*** (Luiz)

*Não foi nem eu que vi que tinha que parar, eu estava tendo umas crises, dentro de casa, fugi de casa de noite, ia aparecer no outro dia, morando com minha mãe, e aí o pessoal quando via, era aquele sofrimento, e ouvindo vozes, **aí uma irmã minha**, (nome da irmã), **ela que me encaminhou pra eu vir no CAPS**, se eu queria ir, eu falei que sim, tô até hoje sem, fora as conversas que já tinha dentro de casa, mas não resolvia, lembro de duas crises, saía sem destino, ficava dois dias sem ir no serviço, depois voltava, voltava, e o pessoal do serviço me deu o maior apoio.* (Renan)

***Eu procurei primeiramente o CAPS, fiz uma pesquisa pra consulta particular**, mas parece que era R\$350, só duas sessão de psicólogo, e aí um amigo meu falou que aqui tinha. Tem um tempão que conheço esse amigo, desde 1986, ele de vez em quando vem aqui, ele é usuário do CAPS também, **ele já conhecia e me indicou.*** (Deivison)

Numa análise sobre os estudos de IT desenvolvidos no Brasil, Cabral *et al.* (2011) perceberam que a maioria se debruçou sobre o delineamento dos serviços buscados por usuários e familiares, e a necessidade de aproximação da prática dos profissionais dos processos culturais que sustentam o caminhar do usuário, de forma a remodelar as práticas e os resultados em saúde. Além disso, houve um grupo de estudos que considerou a organização de itinerários para avaliar o funcionamento das redes de atenção, como subsídio para planejar a educação permanente de trabalhadores, educação em saúde e adequação de fluxos. O conjunto dos estudos sobre itinerários demonstraram que a análise dessa categoria está relacionada à qualificação do cuidado.

Em estudo sobre itinerários terapêuticos de pessoas em situação de pobreza, os percursos desenvolvidos revelaram experiências de cuidados relacionados à automedicação e a relevância dada ao grau de complexidade do quadro apresentado. Foram observadas alterações nos caminhos quando as enfermidades são compreendidas como leves ou graves. Além disso, a existência de relações próximas e laços de entre ajuda existentes no território interferiram na busca de cuidado (GERHARDT, 2006).

Os itinerários de pessoas com transtorno mental evidenciaram como os indivíduos reorganizaram suas vidas, após esse processo de cisão e transformação, posterior à

experiência do transtorno mental. O entendimento e as formas de enfrentamento são elaborados conjuntamente dentro de cada contexto, com participação ativa de familiares e demais atores da trajetória de cuidado (MANGIA; YASUTAKI, 2008).

Do que foi aferido em nossa pesquisa, os CAPS dentro do SUS tem se notabilizado como primeira ou única possibilidade de acolhimento aos usuários em sofrimento mental. A partir dessa entrada, os profissionais deste equipamento ativam os demais pontos da rede de atenção à saúde, caso evidenciem alguma necessidade, do que se depreende que essa exclusividade tornou-se mais um afastamento que os usuários devem enfrentar, decorrente da restrição de acesso aos demais serviços da rede. Assim, o SUS que deve oferecer práticas de cuidados em redes integradas para o cidadão brasileiro, com portas abertas, conhecimento territorial, circulação e aproximação comunitária, focado na promoção e proteção da saúde, tem operado com serviços abertos para quem não tem transtorno mental evidente e serviços restritos para aqueles que sofrem, especialmente de transtornos mentais graves, que devem estar no CAPS e dali serem encaminhados para os demais espaços existentes.

Os itinerários desses indivíduos ainda são influenciados conjuntamente pelas situações de crise ou mesmo alterações de comportamento, que os direcionam imediatamente à internação hospitalar, evidenciado notoriamente pelas múltiplas referências em prontuários das indicações profissionais, relatórios e fichas de referência para internação. Essa situação da presença forte do hospital no itinerário desses indivíduos reforça também o modelo biomédico e *hospitalocêntrico* vigente, visto que os CAPS, como pontos de cuidado ao usuário grave, deveriam estar preparados para o acolhimento da maior parte das crises, todavia, a internação hospitalar segue como prática frequente. Foi possível perceber no conjunto das atividades dos CAPS deste município, que esses serviços estão organizados para o atendimento de indivíduos estáveis, as alterações desses comportamentos são manejadas ativando a rede de urgência e emergência, especialmente quando o médico não se encontra presente.

Porém, um fator de proteção se notabilizou, em virtude da inexistência de hospitais psiquiátricos na região, houve certa restrição da possibilidade de internações prolongadas e em unidades de perfil asilar. Aqueles usuários que são encaminhados a hospitais, permanecem acolhidos de forma breve no hospital geral do município. Destacamos que quando houve internação prolongada em hospital psiquiátrico, o manicômio direcionado era o hospital psiquiátrico de Itabuna, distante aproximadamente 250 quilômetros do município. Esse equipamento, embora tenha sido extinto no ano de 2015, foi referido, com alguma frequência nas falas dos entrevistados.

*Depois daí pra cá, botaram eu pra tomar remédio, eu tomo remédio até hoje, desde lá pra cá. Já passei em internamento no São Judas Tadeu, já fui preso, depois eu fui preso, apanhei, apanhava. (Christian)*

*Eles me internavam muito, só no regional, eu não vou falar nem a quantidade pra não mentir, porque se puxarem meu histórico lá, tava de um jeito que eu não podia chegar, **por qualquer outra coisa**, é a menina de tal dia, **é a menina do CAPS**, qualquer um me levava pra internar, porque eu caía na rua, eu surtava dentro de loja, na Avenida Porto Seguro, até os guardas de verde, já levava, a SAMU, era assim, e tudo isso pra minha família era vergonhoso, porque eles nunca tiveram esse cuidado comigo, nunca. (Maria)*

Christian aponta na sua fala uma impressão comum dos usuários, mas que também é reproduzida entre os profissionais, quando restringem o cuidado em saúde mental ao uso de medicações para continência de sintomas. Esse argumento sustenta fortemente a existência da internação hospitalar e do asilamento, visto ser essa, amiúde, a única prática assistencial dos manicômios. Nesse sentido, quando o serviço se esvazia das ofertas terapêuticas direcionando as atividades apenas para a distribuição de medicamentos e solução de eventos adversos relacionados a estas drogas, o manicômio ressurgiu para dar conta daquelas medicações que por seus riscos associados são administradas em ambientes mais controlados. Assim, a quebra da cultura da medicalização excessiva nas práticas e na linguagem é uma ação antimanicomial que precisa ser reforçada no cotidiano dos serviços.

Silva (2019) encontrou em sua análise verbalizações frequentes sobre a terapêutica medicamentosa como principal referência de cuidado. Nesse estudo, os usuários apontaram a adesão às medicações como estratégia para escamotear sintomas e ampliar a aceitabilidade social. No CAPS analisado os medicamentos constituíam a principal vertente de cuidado desenvolvida e sua aplicação se aproximou de um mecanismo de controle populacional e modelagem social. Essa interpretação nos incomoda a refletir sobre as formas de apresentação da biopolítica na saúde mental.

Maria chama a atenção com sua fala para o enfrentamento do estigma da loucura, que a colocou em condições de descrédito, quando ela ressalta que independente da demanda de saúde requisitada, já era rotulada como “a menina do CAPS”. Maria como mulher, negra, portadora de transtorno mental, obesa, mãe solo sofre a avalanche de efeitos interseccionais que restringem a validade do seu discurso e seu poder de decisão, especialmente no campo hierárquico da estrutura hospitalar. Esses fatores a direcionaram tão frequentemente para a internação, mesmo quando a sua necessidade imediata fora uma demanda orgânica comum, a estampa da loucura lhe empurrou primeiramente para a contenção física e química.

Entretanto, a proteção geográfica oriunda da ausência de hospitais psiquiátricos é perdida quando se discute no campo álcool e drogas, pois a internação em comunidades

terapêuticas compôs reiteradamente o itinerário dos indivíduos. Apresentadas como proteção da situação de vulnerabilidade à violência urbana, essas instituições são sugeridas por familiares, em geral desesperados com alguma situação de crise. Ademais, nestes CAPS estudados, não foi possível evidenciar contrapontos a essas indicações, sendo, em geral, acompanhadas pelos profissionais de saúde e registrado o tempo de permanência do usuário nas comunidades terapêuticas. Houve referência sobre gestores de CT oferecendo os serviços aos familiares, além disso, ocorreram solicitações dos próprios indivíduos para internação em CT, pela vigência de ameaças.

*Porque eu não queria ficar na rua, porque eu tenho muita facilidade pra usar droga. [...] Minha filha, a rua é ponto de droga, tinha o momento que eu pedia pra sair daquele local, eu pedia a internação.* (Sílvia)

Os registros de prontuário ratificaram os achados dos depoimentos, pois delinearão uma clínica da crise voltada para a internação hospitalar, nessas situações, as comunidades terapêuticas são vistas como alternativa em eventos de descontrole no uso das substâncias psicoativas. Foram evidenciados ainda, documentos de referência, contatos telefônico com as instituições, indicações em evoluções de prontuários e anotações das solicitações dos familiares.

*Paciente apresentou desmotivação considerável, relata ter ficado quarenta e cinco dias internado e depois disso não tem disposição, nem força pra fazer nada, diz que não tem condições financeiras de vir no CAPS, embora goste de vir todos os dias, vindo apenas uma vez por mês para pegar os remédios.* (Técnico de saúde mental sobre Christian)

*Filho causando aflição, tem roubado tudo em casa [...] Orientamos procurar internação.* (Técnico de saúde mental sobre Lúcia)

As condições das comunidades terapêuticas apareceram nas falas dos indivíduos, sendo referidas como rígidas, autoritárias, com restrição no acesso à alimentação e ao cuidado em saúde, afirmaram ainda, a impossibilidade de circulação para fora do espaço da CT, que em geral se localizam em locais afastados dos centros urbanos. Além disso, observamos a questão da recorrência, indivíduos que entram e saem de comunidades terapêuticas com frequência, a ocorrência de fugas e a baixa resolutividade desses equipamentos. Não foi possível evidenciar projetos clínicos dessas práticas ou melhoria das condições de saúde, e todos os indivíduos mantiveram acompanhamento regular nos CAPS. Assim sendo, a oferta de reclusão proposta pelas CT oferece aos familiares, aos trabalhadores e também aos usuários, um afastamento temporário de algumas situações adversas do território,

especialmente as ameaças e o risco de morte, em contrapartida, as situações das CT apresentam aos indivíduos, com alguma frequência, novas condições de privação, solidão, humilhação e castigos.

*[...] fui internado várias vezes, casinha de recuperação, é a maior bandidagem, porque eles põem pra pedir nas pessoas, nas casas, num comércio, eles pegam o feijão, o arroz e eles revendem, sabe o que eles dão pra a gente comer, feijão (deteriorado - inaudível), um tal de joelhinho, eles usam a doença da pessoa e trabalha em cima pra tirar [...] quem me levou foi o dono da clínica, ele era usuário igual eu, só que os donos eles usam escondido, eu já vi eles comprando, lá dentro não pode usar nada e nem fumar. Ai a gente sai na rua pra pedir. (Sílvia)*

*Porque meu filho estava pra lá, perseguido, e foi internado também e me levou não pra ficar internado, mas como acompanhante, disse que lá era tudo de bom, que bom que é lá fia. Aquela (Clínica Dr. Jesus-Simões Filho) eu já fui gay, já fui traficante, né, mostra facção, bate no povo, se olhar e achar o olho vermelho fica 15 dias sem comer carne, corredor tudo enfileirado, castigo, pessoas nu, pessoas cagada, eu hein. Já têm uns dois anos. Passou na televisão né? Tô mentindo? Fiquei uma semana. (Sílvia)*

*Ficou internado um mês em Vitória da Conquista, não quis ficar mais tempo porque relata que o sistema é muito autoritário. (Técnico de saúde mental sobre Luiz)*

Os registros dos profissionais indicaram situações em que os usuários passam a requerer a internação em comunidades terapêuticas ou mesmo em hospitais, na intenção de se protegerem, especialmente da violência urbana, situação que revela a dureza da clínica tradicional com ofertas restritas de cuidado, composta basicamente pelo uso das medicações no período de estabilidade e a internação com cerceamento da liberdade durante as fases mais agudas, além da incipiência da rede de proteção e ausência de unidades residenciais para acolhimento transitório. Frente ao horizonte limitado de possibilidades, os usuários também entram nesse ciclo e mesmo manifestando a ineficácia dessas reiteradas internações, passam a advogar por elas. Essa ratificação registrada pelos profissionais pode ser problematizada como uma construção coletiva junto ao usuário, ou mesmo posição de reforço do desejo mobilizado pela cultura da internação como solução, visto que não foi possível evidenciar nos registros, questionamentos sobre as indicações ou a análise dos benefícios sobre os riscos e prejuízos das internações prolongadas ou em CT.

*Usuário não está evoluindo no tratamento e deseja internação [...]. (Técnico de saúde mental sobre o Sílvia)*

*Usuário tenso e preocupado, pois está devendo traficante, [...] está ameaçado de morte. Ansioso pra ficar internado. (Técnico de saúde mental sobre o Sílvia)*

*Internação em comunidade terapêutica - Casa Dia. Refere ansiedade em sair do centro de recuperação e enfrentar as dificuldades das ruas. (Técnico de saúde mental sobre o Luiz)*

*Preocupado que o filho fez um ano e ele não colabora financeiramente porque está desempregado [...] acredita que seu problema não é bebida/drogas, mas sim espiritual. **Pede para ser internado** e para ser ajudado a receber o benefício. Esposa o procura frequentemente exigindo a pensão do filho de um ano. (Técnico de saúde mental sobre o Christian)*

Outro fator que se destacou na composição dos itinerários foram retomadas ou recidivas de uso nocivo de substâncias, após período de estabilidade. Em geral, após um tempo mais afastado dos serviços, fortalecimento de vínculos, retomada do trabalho, acesso a recursos e alguns bens materiais, os usuários se ausentam da rotina do serviço, comparecendo apenas para consulta médica. Distantes do cuidado compartilhado, que em geral auxilia no monitoramento dos contextos e prevenção de crises, os usuários são acometidos por urgências que retomam a condição de cuidado intensivo nos CAPS. Esses acontecimentos são narrados como intenso sofrimento, desesperança e frustração, sendo disparadas comumente por motivações de cunho social.

*[...] só que depois disso, teve recaídas, as recaídas foram mais fortes, **foram terríveis, a recaída é pior que a crise**, a recaída é o desejo daquilo que ficou pra trás, tipo aquilo que você ficou sem beber, você quer beber tudo de uma vez só, tipo assim a recaída, é.... terrível, terrível. (Renan)*

As retomadas de uso nocivo de SPA são narradas recorrentemente pelos profissionais de saúde, e são os fatores de movimentação de itinerários mais descritos no campo AD, aparentemente os usuários quando estáveis, buscam reorganizar a rotina nas suas vidas, e retornam para os seus contextos habituais, na maior parte das vezes carregados de problemáticas de difícil resolução. Ficou demonstrado que a atenção se notabiliza por uma dinâmica cíclica na qual o indivíduo sempre volta ao serviço de forma aguda, movimento que pode ser explicado pelo direcionamento assistencial para contenção de sintomas em detrimento do apoio à reorganização das conjunturas. Observamos ainda a ausência de previsão de crise, uma vez que não há iniciativas ou fluxos de observação junto à comunidade e à atenção básica para promoção de ações nos primeiros sinais indicativos de que os usuários evoluirão com alguma situação de urgência.

***Procurar bebida para esquecer os problemas**, teve recaída após o fim de relacionamento com garota de dezoito anos [...] teve recaída, refere problemas emocionais [...] **sintomas depressivos relacionados ao desemprego e à solidão** [...]*

*recolhimento, fazendo uso constante de álcool no último mês, está há um mês sem trabalho. (Técnico de saúde mental sobre Deivison)*

*Após longa ausência, vem com urgência, em surto, condição de higiene precária, inadequado e desafiador há uma semana, confuso, desorientado, delirante. (Técnico de saúde mental sobre Christian)*

*Relata recaída quanto ao álcool, conflitos com dois usuários do CAPS [...] retorna a unidade bastante depressiva, **relata uso contínuo de álcool**, problemas sentimentais com um homem que sustenta ela [...] relata ter tido três recaídas, **quando bebe volta a se sentir depressiva**, muito preocupada com questões financeiras e de sobrevivência [...]. (Técnico de saúde mental sobre Lúcia)*

Outrossim, os itinerários são influenciados pela modalidade assistencial que os indivíduos desenvolverão no CAPS, se estarão na condição de cuidados intensivos, semi-intensivos ou não intensivos, definidos a partir da frequência com que irão comparecer ao serviço. Observamos que a condição atual do indivíduo reflete essa organização e alguns profissionais autorizam essa regularidade, porém ainda não existe plano de cuidados como o Projeto Terapêutico Singular universalizado para todos os usuários, que possa justificar a sistematização da presença relacionada às demandas. São inexistentes também fluxos e protocolos oficiais que organizem essas permanências, em duas, três ou quatro vezes na semana.

*Eu estava sem vir, só vinha aqui pegar o medicamento no final do mês, aí me chamaram, fizeram um recolhimento e disseram que eu tinha que vir, na assistência pelo menos duas vezes na semana, e pediram quais dias eu poderia vir. (Luiz)*

A adesão ao serviço é influenciada ainda pelo acesso à alimentação, que no campo da saúde, dada a desigualdade social vigente, se notabiliza como uma prática de cuidado. Todavia, o que questiono nesses equipamentos estudados é a limitação da oferta de atividades ao serviço de refeições, que já está previsto nas portarias da RAPS. Com repertório de atividades limitado e desassociado das condições clínicas, profissionais e usuários reiteram o CAPS como local de consultas e refeições. O cenário evidencia essa insuficiência de proposições, com usuários sentados conversando entre si e profissionais nos consultórios até o horário das refeições, o que sinaliza para uma subvalorização da potência do equipamento.

*Eu venho no CAPS, me sinto muito bem aqui, dá café, almoço, aí eu fiquei aposentado aí, minha irmã que me aposentou, já tem três anos, minha irmã que me trouxe eu. (Paulo)*

*Chegou aqui eu sem eira nem beira, meu irmão pagou uns seis meses de aluguel aí pra mim, falei eu tô matando meu irmão, meu irmão trabalha de cabeleireiro, eu sem fazer nada, só vinha pra aqui, aqui eu comia, voltava pra casa e não jantava*

*não, só o almoço de meio dia e o café da manhã, e eu estava sugando o sangue de meu irmão, eu falei, vou fazer isso não, vou sair dessa vida. (Christian)*

Por fim, a partir da análise do campo psicossocial de atenção à saúde, com a sua multiplicidade de possibilidades de cuidados, onde consideramos que todas as atividades que projetam a vida do indivíduo para acesso à cidadania plena também são consideradas terapêuticas, entendo que os caminhos percorridos pelo indivíduo, após a sua entrada no CAPS, também compõem o seu caminhar em busca de cuidado integral. À vista disso, o CAPS é referido recorrentemente por essas pessoas como plataforma de transformação da vida, por conseguir evidenciar a existência de competências e habilidades, permitir a construção de novos laços, especialmente com profissionais de saúde e técnicos de referência, ativar a participação social, a emancipação e a visibilidade política dos usuários de serviços de saúde mental, possibilitar a retomada do trabalho e organização para gerenciamento da própria vida.

*Desde que eu entrei no CAPS aqui, **a minha vida se transformou**, eu comecei a ver a vida de um lado melhor, porque nada nesse mundo tá perdido, eu comecei **ter a chance de pensar**, que nem pensar, eu tinha essa chance, e eu **posso trabalhar**, porque a mente da gente, nossa mente é aquela oportunidade, se você não aguenta trabalhar com uma profissão, você trabalha com outra, aqui tem artesanato, eu **posso aprender** a fazer alguma coisa pra vender na rua, **posso inventar arte** [...] eu sou muito conhecido, esses tempos aí, eu **estava dando palestra**, no Colégio Modelo, maçonaria, eu ganhei dois certificados, do governo de palestrante. **Eu sou referência pra falar** essas coisas, porque eu convivo muito nesse mundo, com quem tem problemas mentais. (Sílvio)*

*Minha família veio acreditar que eu tinha problema psíquico, acho que agora, porque **até quando eu falava fora do microfone eles duvidavam**, você poderia tá me vendo tomando haldol na veia ou no músculo, usando a morfina, eles me viam no hospital, me via até e saía, eles não aceitavam que eu tinha problema, talvez isso também veio a me fortalecer, mas a princípio é um martírio porque, se tivessem cuidado antes, eu não teria chegado a isso, o socorro de imediato é necessário, pra você não deixar o outro cair [...] **no CAPS eu encontrei tudo que eu gostaria de ter encontrado desde o meu nascimento, renasci**, apesar das dificuldades, das diferenças entre as pessoas, até pra entender a diferença delas ficou mais fácil. (Maria)*

*Evoluí em tudo, aqui eu conversei com as psicólogas, tô tendo essa conversa legal com você, tem pessoas que reeducam a gente, **só traz coisa boa, direcionam a gente pra um caminho bom**, com educação, sem impor nada, com educação. (Luiz)*

As pessoas que estiveram conosco na construção deste estudo possuem uma trajetória longa nos serviços, e estiveram presentes nos momentos de maior expressividade dos equipamentos, essa maior potência desenvolvida no período pode ter influenciado suas compreensões. Como registrado, há diferenças da dinâmica desempenhada até 2016, aproximadamente, e as perdas assistenciais que ocorreram especialmente no período de maior



vigência da pandemia, quando os serviços perderam diversos atributos fundantes do cuidado em saúde, especialmente vinculação, responsabilização e ações no território. Desse modo, vemos a urgência da reconstrução de práticas primárias do cuidado, como agenda, ampliação do repertório de ofertas, clínica ampliada, educação permanente e militância política de profissionais e usuários.

Silva (2019) relatou boas impressões dos usuários do CAPS II de Porto Seguro sobre o serviço, referindo-se a esse equipamento como extensão de suas casas, local acolhedor e promotor de condições de cidadania, como o acesso à educação. Para a maioria que já havia vivenciado a experiência da internação psiquiátrica, houve a defesa do serviço aberto como mais resolutivo e eficiente. Entretanto os usuários referiram elenco reduzido de atividades, pouca adaptação a algumas propostas frequentes, como artesanato e a insuficiente discussão no CAPS sobre temas fundamentais como sexualidade e religião. A pesquisadora que também é trabalhadora de CAPS recomenda que esse equipamento seja um local de promoção de vínculos territoriais e elaboração de propostas emancipatórias que permitam aos sujeitos planejar uma rotina que avance das dependências do CAPS, assim como a adequação das atividades conforme as necessidades de cada indivíduo e considerando as sugestões dos usuários.

Todavia, registro que não há possibilidade de alcançar toda a capacidade de cuidado em saúde mental que a população tem direito, sem uma revisão política que coloque a devida priorização da RAPS no planejamento em saúde, aumento do repasse de recursos, responsabilização da cadeia de atores envolvidos no cuidado, formalização de processos assistenciais, visibilidade da informação em saúde mental, investimento nas carreiras dos servidores e nos processos formativos locais, especialmente a supervisão clínica. Ao considerar que a saúde mental é um cuidado simples executado por senso comum, como temos observado nos equipamentos da região, distantes da cultura e enclausurados dentro dos equipamentos, dificilmente teremos a possibilidade de construir novamente visões positivas dos serviços como apontados nos fragmentos ou então cairemos na armadilha da redução, com ofertas para usuários do SUS produzidas no precário, bem longe da vida feliz desejada por todos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos sobre itinerários terapêuticos potencialmente conseguem desenhar caminhos normativos com entradas e saídas de serviços de saúde, elencos de demandas, análise de resolutividade, porém, ainda no início da coleta dos dados percebi que muito além de uma análise de sistema de saúde, o conteúdo das falas traziam informações densas, repletas de emoções e situações sociais complexas. Em vista disso, esses discursos tão intensos, requereram de mim, um manejo, um encadeamento, uma produção de sentido que ocasionou alargamento do objeto de estudo e considerou as compreensões sobre pertencimento racial, identificação de ocorrências de discriminação e a interpretação detalhada de uma série de determinações sociais nas trajetórias dos entrevistados.

Além disso, pude observar nos sujeitos, um desejo de participação, de revelação das histórias, como se ao contribuírem com a pesquisa, estivessem ao seu modo, colaborando com o desempenho do próprio Sistema Único de Saúde, tudo isso estimulou um processo de narração livre das histórias de vida, que desembocou nesse acúmulo magnânimo de informações que trouxe ao longo do texto.

Do que observei, carregamos em nossa cultura em geral e obviamente, também entre os usuários de serviços de saúde mental, a negação do processo de racialização, ademais, as considerações sobre mestiçagem ainda permanecem valorizadas como uma qualidade nacional e conseqüentemente regional. Por conta disso, os sujeitos deste estudo têm dificuldade de autoidentificação racial, e demonstram admiração e direcionamento afetivo para pessoas brancas. Essa falta de pertencimento racial e de autovalorização resulta na incompreensão sobre o racismo e seus efeitos sobre a trama social, além de dificultar a identificação e as reações aos ataques discriminatórios.

Essa constatação demonstra a necessidade de investimento na formação cultural sobre a história afro-brasileira, a contribuição dos povos negro e indígena e o processo técnico político do branqueamento populacional, como arcabouço da exclusão. No campo da saúde, as atividades tecnológicas da educação popular, educação permanente e ações territoriais, precisam priorizar temas que promovam a equidade em saúde, em especial a saúde da população negra.

O enfrentamento das violências constituiu um desafio comum, sendo que em sua maioria, os participantes vivenciaram duas ou mais modalidades desse agravo, desse modo, os

usuários se investem de estratégias de sobrevivência desde o nascimento e vão adquirindo atributos, habilidades e características para proteção, até certo limite, quando o sofrimento advindo do terror das violências se impõe mais fortemente. A frequência do registro das violências me possibilitou perceber que a população negra tem sido propelida a permanecer na trincheira do sofrimento, com fins de eliminação, quando não se alcança a eliminação física, as sequelas psíquicas se estabelecem, sentenciando o indivíduo a viver em constante dor, medo, angústia e pavor.

A área da saúde não difere dos demais polos de gestão social, que manifestam dificuldade no enfrentamento das violências e as tentativas de mitigação têm cursado com sucessões de projetos autolimitados ou frustrados. Por ser condição complexa e multissistêmica, compreendemos que o tipo de resposta simples que vem sendo aplicada, em geral, a partir de ações de governo, no âmbito do executivo, temporárias e vulneráveis às ideologias políticas, em geral, não contemplam mudanças estruturais em prol da igualdade social garantidas pelo Estado, especialmente a eliminação do racismo que sustenta a violência. Esses projetos têm sido ineficazes em produzir resultados tanto na estatística, quanto na sensação de paz social.

Além disso, as informações sobre violência condensadas especialmente nos sistemas de informação vigentes nos mostram que a principal forma de assassinato da juventude negra resulta da política de guerra às drogas que tanto capitaliza esse comércio. A forma que o Brasil decidiu tratar a questão das drogas ilícitas expõe a juventude às sedutoras investidas do tráfico, que lhes assedia com a materialidade temporária, mas que possui seus regramentos comerciais baseados na morte. Nessa mesma lógica frustrada de eliminação das drogas, é manifesto o racismo na atuação das polícias e outros agentes de segurança, o que nos implica a aventar que a eliminação da população negra, esteja sendo testemunhada e orquestrada com êxito pelo próprio Estado brasileiro, que deveria controlá-la.

Os serviços de saúde são fundamentais na atenção às pessoas em situação de violência, pois estão em vigilância ativa no território, recebem amiúde pessoas vítimas de violência física, promovem exame físico em busca de sinais e todas as outras formas de identificação. Assim sendo, o enfrentamento da violência no campo da saúde e de forma intersetorial compondo os demais pontos da rede constitui uma ação antirracista dentro da sociedade de grande impacto, com ações de cuidado, proteção, comunicação, controle social e promoção de cultura de paz, em diversos níveis de complexidade e em todos os ciclos de vida e gênero.

Ocorre que muitos profissionais têm se furtado a acionar a rede de proteção e cuidado, referindo possibilidades de riscos e insegurança no território. Nessa vertente, observamos que ainda permanecem prioritários os processos de educação permanente em saúde com regularidade, bem como o incremento de ações de supervisão e monitoramento da assistência, com estabelecimento de fluxos seguros que garantam o anonimato verdadeiro dos profissionais que realizam notificação e assistência. Haja vista, os fatos narrados neste estudo, no qual a violência doméstica foi a modalidade mais frequente, a qual segue sendo causa de ninguém, restrita à própria família, com consequentes danos e mortes ocorrendo com frequência, sem serem abordadas por qualquer profissional do campo humano.

As narrativas apresentaram contextos individuais e coletivos que foram observados em perspectiva interseccional. A partir dessa lente, constatamos como pessoas negras que se encontram em situação de loucura, têm as vidas interpeladas por diversas determinações sociais, que incluíram dificuldade em acessar condições básicas para garantia da sobrevivência, como moradia, escolaridade e condições adequadas de trabalho. Houve destaque para os determinantes de classe e gênero, que junto ao componente racial e outros atravessamentos demonstraram a sua força para a organização social, colocando as mulheres negras em maior risco para o sofrimento e em condições de exposição bastante específicas, produzidas e direcionadas para elas.

A compensação possível para tantas demandas se apresentou incapaz, pois a rede de proteção intra e intersetorial se encontravam fragilizadas no município, a organização da clínica se constituía a partir do modelo biomédico com ofertas relacionadas a doenças e sintomas direcionados basicamente à prescrição medicamentosa. Além do próprio movimento sociocultural de individuação e baixa implicação coletiva que também influenciam o desempenho do sistema de saúde, e têm levado às práticas de cuidado que desconsideram a força das determinações sociais da saúde. Além disso, os efeitos da discriminação e do estigma resultaram em dificuldades para sustentação de laços afetivos, especialmente os familiares, como consequência, essas pessoas têm as vidas marcadas por solidão e exclusão.

Nessa perspectiva, reforçamos que não tínhamos a intenção de provar o racismo como causa do sofrimento psíquico, haja vista que considerando as questões ambientais e individuais é difícil afirmar com segurança qual marcador social ocasiona ou é mais expressivo na produção de danos. Por outro lado, quisemos explicar como as pessoas negras que circulam no serviço de alta complexidade em saúde mental, ou seja, em situação de sofrimento psíquico grave, têm histórias construídas na vivência da precariedade e do sofrimento, com enfrentamento de desafios constantes. Além disso, apontamos pela

frequência das citações e coincidência de temas, que essas vidas, carente de recursos, cuidados, direitos e afetos, acontecem com pessoas negras em nossa região, sendo naturalizado por elas mesmas, pelo entorno social, que inclui o sistema de saúde, como se o lugar de elisão social estivesse destinado a quem sempre esteve ali: Os Condenados da Terra.

Todo esse processo de exposição ao sofrimento, apresentado pelos nove participantes não ocorre ao acaso, e a frequência dos relatos indicou que tudo é muito bem concertado para que o indivíduo exposto a privações materiais, diversas modalidades de violência e episódios de humilhação, permaneça em situações de terror ou isolamento, fatores que solapam a sua saúde mental. O regente dessa lógica é o racismo estrutural, que aprisiona os indivíduos nesse ciclo perpétuo passado entre as gerações e multissistêmico na organização social, conduzindo-os a elevadas demandas estressoras, que transbordam as contenções possíveis, por serem desumanas. Assim se delineia o perfil típico dos usuários de CAPS, que tal qual o manicômio era em seu tempo áureo, destinado para pessoas negras.

Ao final discutimos as abordagens, em especial dos pesquisadores da diáspora sobre a saúde mental da população negra, os quais defendem principalmente as perspectivas da psicanálise e do modelo psicossocial. Na prática, como as entrevistas puderam revelar, as duas vertentes não são opostas e a existência de um imaginário de ideal branco, de onde se estabelecem ramificações de beleza, saúde, vigor, felicidade, riqueza, nos ajuda a entender como ao longo do processo histórico e social as pessoas negras são condenadas à pobreza, à tristeza, à feiura, ao estigma e à discriminação, à exclusão da centralidade da vida urbana, mas a inclusão nas invasões de zonas periféricas, exclusão da educação formal e dos espaços de produção do conhecimento e da ciência e a inclusão nas funções primárias, que demandam baixa qualificação e grande esforço físico, com mais riscos e menos direitos, no afastamento das rodas de cultura e letramento das cidades e à entrada nas instituições totais, como prisões, comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos.

Os itinerários terapêuticos delineados revelaram os efeitos das determinações sociais que resultaram em compreensão tardia do sofrimento mental, entrada nos serviços pela atenção especializada, na vigência de situações extremas de danos à saúde e às relações sociais, aplicação de um modelo de cuidado de baixa implicação contextual, voltado para a hipermedicalização, controle dos corpos e internação hospitalar. As práticas manicomiais persistem nas rotinas dos serviços abertos e interferem na composição das trajetórias de cuidado, especialmente pela baixa resolutividade, reduzido investimento na ativação do território e na projeção da cidadania.

Ante o exposto, consideramos que os resultados levantados contribuem para refletir sobre o estado da implementação da Política de Saúde da População Negra no município, com destaque para o componente da saúde mental, o qual necessita incentivar: a revisão das práticas, a denúncia e a mobilização política que questionem o acúmulo de determinações que a população negra tem enfrentado em todos os ciclos de vida. Essa análise poderá auxiliar na composição de planejamentos críticos direcionados às causas de danos e não apenas para doenças instaladas, promoção de ações para setores da população e territórios mais afastados e/ou em condições de vulnerabilidade, priorização das demandas de pessoas e equipes de saúde que atendam a população negra pobre na cidade e na região, além de subsidiar as explicações e a comunicação à população sobre racismo em saúde e os motivos de ações específicas para a população negra.

Avaliamos que haverá problemas conjunturais a serem superados, visto que nossa região é impregnada de um conservadorismo ruralizado, um saudosismo de uma época coronelista em que as pessoas não reclamavam direitos. É época em que a informalidade e o trabalho infantil eram legalizados, sem convívio com o diferente, posto que, havia apenas as mesmas famílias de coronéis, donos de latifúndio e uma massa de gente preta para lhes servir. Mesmo em 2023, percebemos a influência desse legado ao discutir o cuidado à população negra nos espaços institucionais, onde a tentativa de alargar a discussão e incluir mais grupos segue sendo acusada de separação e particularismo e se apresenta como um desafio programático, cultural, ético e institucional, pois questionam as formas de funcionamento, as missões institucionais e as micropolíticas de poder que se estabelecem nas relações com os usuários, profissionais de assistência e equipes de gestão.

Para além da perspectiva da denúncia com a demonstração das informações da loucura, como ela é uma assombração na vida das famílias negras, desejamos mudança e mais aperfeiçoamento, recomendamos mais monitoramento de órgãos de controle, e punição adequada para as ocorrências de racismo na saúde, de forma contundente, que constranja seus perpetradores a nunca mais ousarem reincidir nessa prática. Enfim, considerando a proposta de aquilombar a saúde mental de David e Vicentin (2020) e também Santos (2021), propomos a seguinte matriz de ações que possa inspirar novas práticas de promoção da saúde mental da população negra nesse município.

- Elaborar a Política Municipal de Saúde da População Negra, que inclua revisão do organograma da Secretaria Municipal de Saúde para abranger instâncias de gestão da saúde da população negra, proposição de ações de cuidado específicas, direcionamento da assistência com priorização dos territórios com proporção maior de

pessoas negras, organização de serviços, e garantia de recursos para implementação da política;

- Definir gestores específicos para o planejamento, o cuidado e o monitoramento da implementação da PNSIPN;
- Garantir a diversidade racial nas equipes, com recomposição de quadros para inclusão de profissionais negros na gestão e nas equipes de assistência à saúde, considerando a proporcionalidade racial no território;
- Revisar todos os instrumentos de gestão vigentes para garantirem a análise do componente raça/cor nas diversas instâncias da atenção e da vigilância em saúde, em especial o planejamento da atenção psicossocial;
- Organizar plano de educação em saúde, com inclusão de ações de educação permanente para os profissionais, considerando a história do Brasil, racismo estrutural, e a transversalidade analítica da saúde da população negra, em todos os agravos de interesse, especialmente violências, doenças infecciosas crônicas, condições sensíveis à atenção básica, mortalidade materna e sofrimento psíquico;
- Incluir no plano de educação em saúde investimento em ações de educação popular em saúde que invista em explicações sobre modos de operacionalização do racismo no cotidiano das pessoas, com conteúdos práticos e exemplificados sobre manifestações discriminatórias;
- Garantir que os municípios a partir das chefias de governo ou casa civil estabeleçam um programa de enfrentamento ao racismo institucional em todas as secretarias de governo, com ações internas e externas de prevenção, identificação e reparação da discriminação racial na administração pública;
- Ativar a rede intersetorial, com normatização de fluxos simplificados para enfrentamento conjunto das múltiplas determinações sociais que circulam a vida de pessoas negras, facilitando o acesso a direitos para garantia de condições essenciais à plena cidadania como acesso à educação, ao trabalho, ao lazer e à assistência social;
- Estimular e divulgar as práticas de denúncia de discriminação racial através dos canais de ouvidoria do SUS e demais órgãos da segurança pública e da justiça;
- Capacitar equipes de trabalhadores especializados na vigilância de práticas discriminatórias dentro dos serviços, para atuarem como pontos focais e matriciadores das equipes de saúde sobre racismo em saúde com ênfase no racismo institucional;

- Desenvolver plano de comunicação social em múltiplas plataformas digitais e físicas para informar com regularidade à comunidade sobre a invisibilidade do racismo ocultada no mito da democracia racial, em contraponto a situações concretas e provas estatísticas sobre os efeitos da discriminação racial no município;
- Organizar as agendas nos serviços para considerar a priorização de cuidado a mulheres e crianças negras, nos agravos prevalentes nesses grupos, com destaque para a promoção da saúde mental e o acolhimento precoce do sofrimento psíquico;
- Promover vigilância ativa de todos os usuários com histórico ou risco de circulação em comunidades terapêuticas e outras formas de asilamento, para ativar plano de intensificação de cuidados na vigência de sinais de crises;
- Elaborar plano de enfrentamento às violências no âmbito municipal, que garanta a formação dos profissionais de saúde para vigilância, acolhimento, notificação e coordenação do cuidado à pessoa em situação de violência, em especial destacamos a necessidade de investimento no Agente Comunitário de Saúde para divulgação do tema e identificação precoce de sinais de alerta de violência intradomiciliar e outras modalidades.
- Desenvolver projeto de qualificação clínica psicossocial nos equipamentos do município, a partir da ação de equipes de supervisão clínica, elaboração de metodologias para avaliação de desempenho com participação de trabalhadores e usuários;
- Investir em ações de valorização e acolhimento aos cuidadores de pessoas em sofrimento psíquico grave;



## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4ed. Rio de Janeiro-RJ: Editora Fiocruz, 2013.

AGAMBEN, Giorgio. **O que é um dispositivo?** Tradução: Nilceia Valdati., 2005 [conferência]. Disponível em: <https://campodiscursivo.paginas.ufsc.br/files/2020/04/TEXT0-10-O-que-%C3%A9-um-dispositivo-Agamben.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2023

ALBERTI, Verena. **Manual de história oral**. 3. ed. Rev. Atual. Rio de Janeiro-RJ: Editora FGV, 2013.

ALMEIDA, Sílvio Luís. **Racismo estrutural**. São Paulo-SP. Editora Pólen, 2019.

ALVES, Paulo César B. A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 263-271, jul./set, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/67L9D3Ymcm9xwz5QKmd4M8t/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 30 set. 2021.

ALVES, Paulo César B. O discurso sobre a enfermidade mental. *In*: ALVES, Paulo César B.; MINAYO, Maria Cecília Souza. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro-RJ: Editora Fiocruz, 1994.

ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e avaliação de tratamento para problema de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. *In*: RABELO, Míriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro-RJ: Editora Fiocruz, 1999. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf>. Acesso em: 07 jul.2023.

AROUCA, Sérgio. Democracia é saúde (Conferência). *In*: **Anais da oitava conferência nacional de saúde**. Brasília-DF: Centro de documentação da saúde, 1987. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8conf\\_nac\\_anais.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_anais.pdf). Acesso em: 07 jul. 2023.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro-RJ, v.17, n.11, p.2865-2875, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002> Acesso em: 01 dez. 2020.

BAHIA, Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado da Bahia **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**, 2022 a. Acesso em 15 out. 2022.

BAHIA, Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado da Bahia. **Sistema de Informação de Mortalidade**, 2022b. Acesso em 15 out. 2022.

BAHIA. Secretária de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Diretoria de Gestão do Cuidado. Núcleo de Informação em Saúde. **Quantidade de**

**atendimentos no CAPS II e AD de Eunápolis, abril de 2022 a março de 2023 (Relatório), 2023.**

BAHIA. Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais. **Portal Transparência Bahia**. Dados socioeconômicos: demografia. Salvador-BA. Disponível em: <http://www.transparencia.ba.gov.br/DadosSocioEconomicos/Demografia> Acesso em: 15 jul. 2022.

BATISTA, Michelyne Dayse Gomes. Breve história da loucura, movimentos de contestação, e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n. 40. P. 391-404, abr. 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Micheline-Batista/publication/264943132\\_Breve\\_historia\\_da\\_loucura\\_movimentos\\_de\\_contestacao\\_e\\_reforma\\_psiquiatrica\\_na\\_Italia\\_na\\_Franca\\_e\\_no\\_Brasil/links/53f732b00cf22be01c454a7d/Breve-historia-da-loucura-movimentos-de-contestacao-e-reforma-psiquiatrica-na-Italia-na-Franca-e-no-Brasil.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Micheline-Batista/publication/264943132_Breve_historia_da_loucura_movimentos_de_contestacao_e_reforma_psiquiatrica_na_Italia_na_Franca_e_no_Brasil/links/53f732b00cf22be01c454a7d/Breve-historia-da-loucura-movimentos-de-contestacao-e-reforma-psiquiatrica-na-Italia-na-Franca-e-no-Brasil.pdf) . Acesso em: 22 nov. 2023.

BENTO, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e Branquitude no Brasil. *In*: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva (org.). **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. 6 ed. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2014 (a), p. 25-57.

BENTO, Maria Aparecida Silva. Branquitude - o lado oculto do discurso sobre o negro *In*: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva (org.). **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. 6ª ed. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2014 (b), p. 147-162.

BECKER, Howard. Saul. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. Editora Hucitec. São Paulo-SP, 1993.

BONI, Valdete.; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese: Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1 (3), jan.-jul., p. 68-80, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027>. Acesso em: 19 ago.2021

BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; SEVALHO, Gil. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Rev.Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro-RJ, v. 16 n. 3, p. 869-897, set./dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol0014> Acesso em 28 out. 2021

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília-DF, set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/redes-de-](https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/redes-de)

atencao-a-saude-2/rede-de-atencao-psicossocial-raps/manuais-e-publicacoes-raps/13314-manual-caps-2004/file Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº992**, de 13 de maio de 2009. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília-DF, maio de 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html). Acesso em: 28 out. 2020.

BRASIL, Presidência da República. **Lei 12.288**, de 20 de julho de 2010. Estatuto da Igualdade Racial. Brasília-DF, julho de 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm). Acesso em: 28 jul.2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº3088** de 23 de dezembro de 2011. Brasília-DF, dez. 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html) Acesso em 01/11/2020

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf) Acesso em 28 out.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº344** - Preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília-DF. Fev. 2017 a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html). Acesso em 30 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.03** - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília-DF. Set.2017b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html) . Acesso em 19 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. **Atlas da Violência 2020**. Brasília –DF: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA, 2020a. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>. Acesso em 30 jul. 2022.

BRASIL Ministério da Mulher, família e direitos humanos. **Balanco 2019-Ligue 180 Central de Atendimento à Mulher**. Brasília –DF: Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/BalanoDisque180v21.pdf> Acesso em 15 fev. 2023.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à fome. **Relatórios do CadÚnico**. Brasília –DF , 2023a. Disponível em:<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/relatorios/cidadania/?codigo=291072&aM=0> . Acesso em: 06 jul.2023.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à fome. **Cartilha Programa Bolsa Família**. Brasília-DF. 2023b. Disponível em:[https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2023/03/o-bolsa-familia-e-um-programa-da-sociedade-brasileira-diz-lula/cartilha\\_bolsa\\_familia.pdf](https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2023/03/o-bolsa-familia-e-um-programa-da-sociedade-brasileira-diz-lula/cartilha_bolsa_familia.pdf). Acesso em 07jul.2023.

BRAUN, Virginia.; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em:<http://www.informaworld.com/smpp/contentdb=all~content=a795127197~frm=titlelink>. Acesso em 12 jan. 2023.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006> Acesso em:28 out. 2021.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna; MARTINEZ-HEMÁEZ, Angel; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p. 4433-4442, nov., 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016> Acesso em 15 out. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo-SP: Editora Hucitec, 2002.

CARNEIRO. Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. 1. Ed. São Paulo-SP. Editora Selo Negro, 2011.

CARRIJO, Christiane; MARTINS, Paloma Afonso. A violência doméstica e racismo contra mulheres negras. **Rev. Estudos Feministas**, v. 28, n.2 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n260721>. Acesso em 10 jan. 2023.

COLLINS, Patricia Hill. Entrevista com Patricia Hill Collins.[Entrevista concedida a] Nadya Araújo Guimarães (coord.). **Rev. Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 33, n. 1, p.287-322, jan.-abr. 2021. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-6871-1920> Acesso em 15/10/2021.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Tradução de Rane Souza. 1. ed. São Paulo-SP. Editora Boitempo, 2021.

COOPER, Lisa A.; BEACH, Mary Catherine; JOHNSON, Rachel L.; INUI, Thomas S.. Delving Below the Surface: Understanding How Race and Ethnicity Influence Relationships in **Health Care**. **J. Gen. Intern. Med.**, v. 21, suppl. 01, p. S21-S27, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00305.x>. Acesso em: 05 out. 2021.

COSTA, Jurandir Freire. Prefácio: Da cor ao corpo. *In*: SOUSA, N. S. **Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1983, p.1-16.

DALLE, Pablo; BONIOLO, Paula; SAUTU, Ruth; ELBERT, Rodolfo. **Manual de metodologia. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología**. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales Buenos Aires-Argentina, 2005. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/formacionvirtual/20100719035021/sautu.pdf>. Acesso em: 29 de jul. 2021.

DAMASCENO, Marizete Gouveia; ZANELLO, Valeska M. Loyola. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Rev. Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília- DF. v.38, n.3, p. 450-464, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-37030003262017>. Acesso em: 01 nov. 2020.

DAVID, Emiliano de Camargo; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica. **Rev. Saúdedebate**. v. 44, sup.03, p. 264-277, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E322>. Acesso em 05 jan. 2023.

DELEUZE, Gilles. O que é um dispositivo? *In*: Michel Foucault philosophe. Rencontre internationale. Tradução de Ruy de Souza Dias. Paris 9, 10, 11 janvier 1988. Paris, Seuil. 1989. Disponível em: <https://intermidias.blogspot.com/2012/01/o-que-e-um-dispositivo-por-gilles.html> Acesso em: 18 nov. 2023

DEMÉTRIO, Fran; SANTANA, Elvira Rodrigues de; PEREIRA-SANTOS, Marcos. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro-RJ, v.43, n. especial 7, p. 204-221, dez, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716> Acesso em: 30 set. 2021.

DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2016, p.29-55.

EMICIDA. Emicida. **Ismália** (Álbum AmarElo). São Paulo-SP: Laboratório Fantasma, 2019. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/emicida/ismalia-part-larissa-luz-e-fernanda-montenegro/> Acesso em: 10 dez. 2023

EUNÁPOLIS, Secretaria Municipal da Saúde. **Implantação de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental** (projeto), 2022.

FANON, Frantz. **Pele Negra, Máscaras Brancas**. Tradução: Renato Silveira. Salvador-BA. EDUFBA, 2008.

FARO, André. PEREIRA, Marcos Emanuel. Raça, Racismo e Saúde: a Desigualdade Social da Distribuição do Estresse. **Rev. Estudos de Psicologia**, v. 16, n. 03, p. 271-278,

2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300009> . Acesso em: 05 out. 2021

FAUSTINO, Deivison Mendes. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.22, n.12, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.25292017> Acesso em 09 set. 2022.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo-SP. Editora Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. Tradução: José Teixeira Coelho Netto. 12. ed. São Paulo-SP. Editora Perspectiva, 2019.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Org.e Tradução. Roberto Machado. 14. ed. Rio de Janeiro-RJ: Editora Paz e Terra, 2022.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v.22, n.11, p. 2449-2463, nov., 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Z8TcbYpB7ZcCN7cqHwWpGZJ/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 30 set. 2021.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução: Dante Moreira Leite. 9. Ed. São Paulo-SP. Editora Perspectiva, 2015.

GONÇALVES, Rita de Cássia; LISBOA, Teresa Kleba. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. **Rev. Katálysis**, v. 10, n. esp., Florianópolis-SC, p. 83-92, 2007,. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/VzGmzYXDPdxPgthrfPL4tVP/abstract/?lang=pt> . Acesso em 19 ago.2021

GONZÁLEZ, Lélia. O movimento negro na última década *In*: GONZÁLEZ, Lélia; HANSENBALG, Carlos. **Lugar de negro**. 1. ed. Rio de Janeiro-RJ: Editora Zahar, 2022, p.17-83.

GONZÁLEZ, Lélia (aut.); RIOS, Flávia e LIMA, Márcia (org.). **Por um feminismo afro-latino americano: ensaios, intervenções e diálogos**. 1ed. Rio de Janeiro-RJ: Editora Zahar, 2020.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. Racismo e antirracismo no Brasil. **Rev. Novos Estudos**, n. 43, nov. 1995. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2128310/mod\\_resource/content/1/ASG\\_racismo\\_e\\_anti\\_racismo\\_NE%2043\\_1995.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2128310/mod_resource/content/1/ASG_racismo_e_anti_racismo_NE%2043_1995.pdf) Acesso em: 30 nov.2021

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. Cor e raça: raça, cor e outros conceitos analíticos. *In*: PINHO, Osmundo Araújo; SANSONE, Lívio, (org.). **Raça: novas perspectivas antropológicas [online]**. 2 ed. rev. Salvador-BA: EDUFBA, 2008, pp. 63-82. Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/8749/1/\\_RAC%CC%A7A\\_2ed\\_RI.pdf\\_.pdf](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/8749/1/_RAC%CC%A7A_2ed_RI.pdf_.pdf) Acesso em: 30 nov. 2021.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. **Racismo e antirracismo no Brasil**. 3. Ed. São Paulo-SP: Editora 34, 2009.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. **Classes, Raças e Democracia**. 2. ed. São Paulo-SP: Editora 34, 2012.

GUIMARÃES, Marco Antônio. C.; PODKAMENI, Angela Baraf. Racismo: um mal estar psíquico. In: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luís Eduardo.; LOPES, Fernanda (Org.). **Saúde da População Negra**. Petrópolis-RJ: Ed.ABPN, 2012, p. 211-224. Disponível em: <https://abpn.org.br/biblioteca-abpn/saude-da-populacao-negra/> Acesso em 03 out. 2021.

HASENBALG, Carlos. Raça, classe e mobilidade. In: GONZÁLEZ, Lélia; HANSENBALG, Carlos. **Lugar de negro**. 1. ed. Rio de Janeiro-RJ: Editora Zahar, 2022, p.87-135.

HENRIQUES, Halline Iale Barros. **Igreja e serviço de saúde mental: Um estudo das narrativas de evangélicos, usuários de CAPS**. Dissertação (Mestrado - Mestrado em Psicologia - Programa de Pós-Graduação em Psicologia), Universidade Federal de Pernambuco, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11118/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20CORRE%c3%87%c3%95ES%20completa.pdf> Acesso em: 18 dez. 2023.

HERINGER, Rosana. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ, supl.18(Suplemento), p.57-65, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700007>. Acesso em: 30 nov. 2021.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022** . Rio de Janeiro: IBGE, 2023a. Disponível em: [HTTPS://censo2022.ibge.gov.br/panorama/](https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/) Acesso em 06 jul. 2023.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Trimestral**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023b. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6408#resultado> Acesso em 18 jun. 2023.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Portal Cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/eunapolis/panorama> Acesso em 18 nov. 2021.

JONES, Camara Phyllis. Confronting institutionalized racism. **Phylon (1960-)**, v. 50, n1/2, p. 7-22, 2002. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/104986>. Acesso em 15 nov. 2021.

KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete Gomes dos; BATISTA, Luís Eduardo; CRUZ, Vanessa Martins da. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Rev. Saúde Soc. São Paulo**, v.16, n.2, p.146-155, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014> Acesso em: 15 out. 2021.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação**. Tradução Jess Oliveira. 1 ed. Rio de Janeiro-RJ: Ed. Cobogó, 2019.

KON, Noemi Moritz. À guisa de apresentação: por uma psicanálise brasileira. In: KON, Noemi Moritz; SILVA, Maria Lúcia da.; ABUD, Cristiane Curi (org.). **O racismo e o negro no Brasil**. 1. ed. São Paulo-SP: Ed. Perspectiva, 2017, p.15-29.

LAGUARDIA, Josué. O uso da variável “raça” na pesquisa em saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p.197-234, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000200003>. Acesso em 30 nov. 2021.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, Roseni; GULJOR, Ana Paula; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes; MATTOS, Ruben Araújo de. **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, p. 137-154.

LIMA, Fátima. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro-RJ, v.70, p. 20-33, 2018a. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672018000400003&lng=es&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000400003&lng=es&nrm=iso) Acesso em: 30 nov. 2021.

LIMA, Fátima. Raça, Interseccionalidade e Violência: corpos e processos de subjetivação em mulheres negras e lésbicas. **Rev. Cadernos De Gênero E Diversidade**, v. 4, n.2, p.66–82, 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/cgd.v4i2.26646>. Acesso em: 05 jan. 2023.

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro-RJ. v. 5, n. 5, set./out.2005, p. 1595-1601. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034>. Acesso em: 05 out. 2021.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; YASUTAKI, Priscila Mitie. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n. 1, p. 61-71, jan./abr., 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i1p61-71>. Acesso em: 30 set. 2021.

MARINGONI, Gilberto. IPEA- Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas - O destino dos negros após a abolição. **Rev. Desafios do Desenvolvimento**. São Paulo-SP. ano. 8, ed.70, dez. 2011. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&id=2673%3Acatid%3D28](https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2673%3Acatid%3D28) Acesso em: 24 jun. 2023.

MARQUES, Ana Lucia Marinho; MÂNGIA, Elisabete Ferreira. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. **Rev. Interface**. Botucatu-SP. v.17, n.45, jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000200015>. Acesso em: 30 set. 2021.

MARTINS, Laércio Melo. Corpos, instituições e necropolítica: reflexões contemporâneas sobre a internação involuntária das pessoas com deficiência mental e as Comunidades Terapêuticas. **Rev. Teoria Jurídica Contemporânea**, v. 5, n. 1, p. 189-213, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/rjur/article/view/27984/19938>. Acesso em 03 jan. 2023.



MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. Tradução: Renata Santini, São Paulo-SP. Editora n-1, 2018.

MCKENZIE, Kuame. Racism and Health. **BMJ**, v. 326, n. 7380, p. 65-66, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7380.65>. Acesso em: 05 out. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Rev. Brasileira de Saúde Materno-infantil**. v.1, n.2, ago. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292001000200002>. Acesso em 10 fev. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2016, p.9-28.

MUNANGA, Kabengele. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: **Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira**. Niterói: EDUFF; 2004. Disponível em: [biblio.fflch.usp.br/Munanga\\_K\\_UmaAbordagemConceitualDasNocoosDeRacaRacismoIdentidadeEEtnia.pdf](http://biblio.fflch.usp.br/Munanga_K_UmaAbordagemConceitualDasNocoosDeRacaRacismoIdentidadeEEtnia.pdf). Acesso em 30 nov. 2021.

NASCIMENTO, Abdias do. **O Genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. 3. ed. São Paulo - SP, Ed. Perspectivas, 2016.

NOGUEIRA, Isildinha Baptista. **A cor do inconsciente: significações do corpo negro**. 1. ed. São Paulo-SP. Ed. Perspectiva, 2021.

OLIVEIRA, Roberta Gondim. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 27, n.1, p. 37-50, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170915>. Acesso em 01 fev. 2023

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Rev. Saúde Debate**, v. 23, n. 122, p. 939-948, jul.-set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VL3mkyvXRQbKMZKqVbb5mdd/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 30 jul. 2022.

PACHECO, Ana Cláudia Lemos. **Mulher negra: afetividade e solidão**. Salvador-BA, EDUFBA, 2013.

PRESTES, Clélia. Rosane dos Santos; PAIVA, Vera Sílvia Facciolla. Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e resiliência. **Rev. Saúde e Soc. São Paulo**, v.25, n.3, p. 673-688, jul.-set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162901>. Acesso em 30 jan. 2023

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: LUCENA, Célia Toledo; CAMPOS, Maria Cristina Siqueira de Souza; DEMARTINI, Zélia de Brito F. (Org.) **Pesquisa em Ciências Sociais: olhares de Maria Isaura Pereira de Queiroz**. São Paulo: CERU, 2008, p. 35-77.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. Histórias de vida e depoimentos pessoais. *In*: LUCENA, Célia Toledo; CAMPOS, Maria Cristina Siqueira de Souza; DEMARTINI, Zélia de Brito F. (Org.) **Pesquisa em Ciências Sociais: olhares de Maria Isaura Pereira de Queiroz**. São Paulo: CERU, 2008, p.79-97.

RAMOS, Sílvia *et al.* **Pele Alvo: a bala não erra o negro**. Rio de Janeiro - RJ. Centro de Estudos de Segurança e Cidadania - CESEC, Rede de Observatórios da Segurança, 2023, [livro eletrônico]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1kypOaUP0ZgSAAu2NfU8xuZEOeKkbjMAe/view> . Acesso em 12 nov. 2023.

RIBEIRO, Denize de Almeida. Saúde das populações negra e indígena: um olhar sobre os impactos do racismo. *In*: CORDEIRO, Rosa Cândida; OLIVEIRA, Washington Luan Gonçalves de VICENTINI, Fernando. **Saúde da população negra e indígena**. Cruz das Almas-BA: Editora UFRB, 2020.

RINALDI, Doris Luz. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p.315-323, 2015. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232015202.17332013 Acesso em: 28 out. 2021.

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

SANTOS, Gabriella da Cruz. **Saúde mental da população negra: relato de uma relação terapêutica entre sujeitos marcados pelo racismo**. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental) Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP, 2019. Disponível em: [https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2019/page/tcr\\_-\\_gabriella\\_da\\_cruz\\_santos.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2019/page/tcr_-_gabriella_da_cruz_santos.pdf). Acesso em 01 nov. 2020.

SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos dos; MACIEL, Fernanda Beatriz Melo; SANTOS, Kênia Rocha, CONCEIÇÃO, Cídia Dayara Vieira Silva da; OLIVEIRA, Rian Silva de; SILVA, Natiane Ramos Ferreira da; PRADO, Nília Maria de Brito Lima. Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, n. 25, supl. 2, p. 4211-4224, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5FLQN6ZV5yYPKv6bv4fTbVm/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 30 JUL. 2022.

SANTOS, Renata Guerda de Araújo. A produção do cuidado em saúde mental: Uma perspectiva comunitária quilombista. **Rev. Psicoperspectivas**, v. 20, n. 2, p. 55-66, jul. 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue2-fulltext-2206>. Acesso em: 05 out. 2021.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v.17, n.1, p 29-41, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?lang=pt&format=pdf>  
Acesso em: 28 out. 2020

SILVA, Isis Lima da. **Experiências de reconhecimento e menosprezo: o cotidiano de usuários do CAPS II de Porto Seguro**. Dissertação (Mestrado – Mestrado em Estado e Sociedade – Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade)- Universidade Federal do Sul da Bahia, 2019.

SILVA, Maria Lúcia da. Racismo e os efeitos na saúde mental. *In*: BATISTA, Luís Eduardo; KALCKMANN, Suzana. (Org.) **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004**. São Paulo-SP: Instituto de Saúde, 2005, p.129-132.

SILVA, Gicelia Almeida da; RIBEIRO, Francisco Natanael Lopes; SOUZA, Francisca Lopez de. **Negro drama: a trama do racismo e os desafios para a política de saúde mental na contemporaneidade**. *In*: VI Seminário CETROS, 2018, Itaperi-CE. Anais. 1. ed. Disponível em:  
[http://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos\\_completos/425-51388-18072018-095144.pdf](http://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos_completos/425-51388-18072018-095144.pdf). Acesso em: 28 out. 2020

SILVA, Manuela Ramos da; BARBOSA, Marcos Antônio de Souza; LIMA, Lucas Gabriel Bezerra. Usos e possibilidades metodológicas para os estudos qualitativos em administração: explorando a análise temática. **Rev. Pensamento Contemporâneo em Administração**. Rio de Janeiro-RJ, v. 14, n. 1, 2020. Disponível em:  
<https://periodicos.uff.br/pca/article/view/38405/pdf> Acesso em: 29 dez. 2022.

SLAVUTZKY, Abrão. Apresentação. *In*: NOGUEIRA, Isildinha Baptista. **A cor do inconsciente: significações do corpo negro**. 1. ed. São Paulo-SP. Ed. Perspectiva, 2021, p.17-22.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1983.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro ou As vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. 1. ed. Rio de Janeiro-RJ: Editora Zahar, 2021.

SOUZAS, Raquel; MARINHO, Olívia Ferraz Pereira; MELO, Karla Loyse Oliveira de. Acesso à saúde, promoção e prevenção ao HIV/AIDS e o recorte racial/étnico: revisão bibliográfica (1995-2009) *In*: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luís Eduardo; LOPES, Fernanda (Org.). **Saúde da População Negra**. Petrópolis-RJ: Ed.ABPN, 2012, p. 266-286.

TAVARES, Jeane Saskya Campos; JESUS FILHO, Carlos Antônio Assis de. Saúde mental, vulnerabilidades e suicídio nas populações negra e indígena. *In*:CORDEIRO, Rosa Cândida; OLIVEIRA, Washington Luan Gonçalves de VICENTINI, Fernando. **Saúde da população negra e indígena**. Cruz das Almas-BA: Editora UFRB, 2020, p. 261-276.

TOBLER, Amy L.; MALDONADO-MOLINA, Mildred M.; STARAS, Stephanie A. S.; O'MARA Ryan J.; LIVIGSTON, Melvin D.; KOMRO, Kelli A. Perceived Racial/Ethnic Discrimination, Problem Behaviors, and Mental Health among Minority Urban Youth. **Ethn Health**. v. 18, n. 4, p. 337-349, 2013. Disponível em: doi: 10.1080/13557858.2012.730609. Acesso em: 15 out. 2021.

VILLARES, Cecília C.; REDKO, Cristina P.; MARI, Jair J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Revista Brasileira Psiquiatria**. v. 21, n. 1, p. 36-47, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/Y6nzFfM4sRwHMbcxfYRy8Nt/?format=pdf> Acesso em: 19 dez. 2023.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Revista Saúde e sociedade**. São Paulo-SP, v. 25, n.3, 2016, p. 535-549. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2021.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “Estigmas no caminho: itinerários para o acesso de pessoas negras ao cuidado em saúde mental”, cuja pesquisadora responsável é Isabela Salgado Fernandes, enfermeira e servidora pública da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Os objetivos do projeto são conhecer os percursos desenvolvidos por pessoas negras para ter acesso ao cuidado em saúde mental, identificar as dificuldades enfrentadas no processo de alcançar esse cuidado, analisar se há ocorrência de racismo durante o caminhar em busca de redução do sofrimento e entender se o racismo influenciou na ocorrência ou agravamento do sofrimento mental.

O (A) Senhor (a) está sendo convidado por que é um usuário de serviço de saúde mental especializado, tipo CAPS II, em acompanhamento há mais de um ano, e em discussão com seu técnico de referência, ele identificou que a discriminação racial teve influência na sua chegada ao serviço.

O (A) Senhor (a). tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum tipo de impedimento para o acompanhamento que recebe neste serviço. A relação de diálogo que iremos desenvolver se dará em função da realização dessa pesquisa científica.

Caso aceite participar, sua colaboração consiste em apresentar sua história de vida a essa pesquisadora, com informações tais como: de onde você vem, contexto familiar, informações sobre a infância, adolescência, condições de vida, escolaridade, como ocorreu a identificação do sofrimento mental, e a partir dessa descoberta do transtorno mental, conhecer como foi o processo de acesso ao cuidado e se ocorreu ou não vivências de racismo nesse caminhar. Nesse processo, caso você concorde, pode ser necessário consultar documentos, fotos e outros registros que complementem informações da sua história.

Essas informações serão coletadas através de um encontro gravado para fins de registro físico, ou seja, escrever o relato posteriormente, o que será necessário para analisar os dados. Reforço que tais informações serão utilizadas apenas para os objetivos deste estudo e estarão sob sigilo, ficando sob a guarda exclusiva desta pesquisadora.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para o (a) Senhor (a) são principalmente trazer à memória algum registro doloroso da sua história. Ressalto que tentaremos junto à equipe do serviço e principalmente com você, buscar formas de trabalhar essa situação junto ao seu Projeto Terapêutico Singular. Existe algum risco de você ser identificado como participante da pesquisa, para evitar que isso aconteça, ficou definido que apenas você, seu técnico de referência, e a pesquisadora saberão quem são os participantes e todos os demais procedimentos da coleta de dados.

Por fim, pode ser que essa pesquisa te deixe cansado e tome uma parte grande do seu tempo, além de alterar a rotina do CAPS. Para reduzir a possibilidade desse desconforto, cada encontro terá duração máxima de 1h e 30min, se por algum motivo não for possível terminar o seu relato no primeiro encontro, agendaremos um segundo momento, conforme a sua disponibilidade.

São esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: estimular que as equipes desenvolvam a prática de elaborar itinerários terapêuticos, incentivar a discussão sobre a influência do racismo na ocorrência e/ou agravamento do sofrimento psíquico, ampliar a identificação de ocorrências de racismo institucional, bem como contribuir para o

planejamento em saúde e elaboração de políticas públicas de enfrentamento ao racismo, em especial no campo da saúde mental.

Considerando que ainda estamos vivenciando a pandemia de COVID 19, informo que a pesquisadora encontra-se com esquema vacinal completo contra a COVID 19 e como medida de biossegurança, nos nossos encontros, será necessário fazer uso de máscaras cirúrgicas descartáveis, por serem realizados nas dependências de uma unidade de saúde.

Se você não quiser definir agora, pode pensar por um tempo e decidir por sua participação no melhor momento, pode também consultar sua família, técnico de referência ou outra pessoa de confiança sobre a decisão em contribuir com sua história para este trabalho.

A qualquer momento, caso você identifique algum prejuízo decorrente da sua participação nessa pesquisa, você pode entrar em contato comigo, Isabela Salgado Fernandes, pesquisadora responsável, através dos contatos que identificarei abaixo.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas vias, que serão assinadas pela pesquisadora responsável e pelo senhor, ficando uma via com cada um.

#### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li este termo e concordo em participar da pesquisa “Estigmas no caminho: itinerários para o acesso de pessoas negras ao cuidado em saúde mental”

---

Participante da pesquisa

---

Isabela Salgado Fernandes - Pesquisadora responsável  
CPF: 012.914.705-22  
Tel.: (71)98153-1878  
E-mail: isabelasalgado1@gmail.com

## **APÊNDICE B- ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**

### ROTEIRO GERAL DE ENTREVISTA

1. ANTEPASSADOS:
  - a. Quem são?
  - b. Quem você conhece da estrutura familiar?
  - c. Avós, pais, irmãos (carreiras e profissões).
2. INFÂNCIA
  - a. Como foi a experiência na casa?
  - b. Convívios
  - c. Religião
  - d. Relacionamentos, viagens, experiências comuns.
3. SITUAÇÃO ECONÔMICA
  - a. Função e contribuição de cada membro da família.
  - b. Espaço físico da casa.
  - c. Meios de transporte e bens disponíveis (automóveis, telefone, etc.).
4. TRANSFORMAÇÕES NA ESTRUTURA FAMILIAR
  - a. Houve cortes? De que tipo? Suas causas e efeitos?
5. RELAÇÃO COM O MUNDO
  - a. Amigos, diversões, atividades culturais, espaços de circulação;
  - b. Escolaridade;
  - c. Carreira
6. PARTICIPAÇÃO SOCIAL:
  - a. Grupos, coletivos, engajamento político.

### ROTEIRO INDIVIDUAL

1. Dados do prontuário:
2. Registros profissionais
3. Sinais de transtorno mental:
  - a. Alterações de comportamento?
  - b. Locais que buscou cuidados?
  - c. Onde alcançou acolhimento e cuidado?
  - d. Internamentos? Hospital geral? Hospital psiquiátrico?

e. Tempos decorridos?

4. Cotejamento

a. Fotografias, diários, cartas e outros.