

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

Luísa Gonçalves Maciel

**O MAL-ESTAR DE DONA ANA E SUA FAMÍLIA BRANCA: questões de gênero e raça
na saúde mental brasileira**

Belo Horizonte
2025

LUIZA GONÇALVES MACIEL

**O MAL-ESTAR DE DONA ANA E SUA FAMÍLIA BRANCA: questões de gênero e raça
na saúde mental brasileira**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola da Saúde pública do Estado de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção
Psicossocial.

Orientadora: Dra. Tuliola Almeida de Souza Lima

Belo Horizonte

2025

M152m

Maciel, Luísa Gonçalves.

O mal-estar de Dona Ana e sua família branca: questões de gênero e raça na Saúde Mental brasileira. / Luísa Gonçalves Maciel. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2025.

48 f.

Orientador(a): Tuliola Almeida de Souza Lima.

Monografia (Especialização) em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Mental. 2. Racismo. 3. Branquitude. 4. Gênero. I. Lima, Tuliola Almeida de Souza. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 305

LUISA GONÇALVES MACIEL

**O MAL-ESTAR DE DONA ANA E SUA FAMÍLIA BRANCA: questões de gênero e raça
na saúde mental brasileira**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola da Saúde pública do estado de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção
Psicossocial.

Banca examinadora

Esp. Ana Silvia Paixão Santos
Prefeitura Municipal de Sete Lagoas/MG

Ma. Daniela de Melo Gomes
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/MG

Dra. Tuliola Almeida de Souza Lima
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Belo Horizonte
16 de junho de 2025

A “Dona Ana” e sua família e às Pretas usuárias do
Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

*Está com todo som, na boca nas palavras
Está em outro tom, nas sílabas caladas
A minha linda voz*

*Está como eu estou nas roupas, nas sandálias
Está aonde eu vou na rua, nas calçadas
A minha linda voz*

*Sou negra livre
Negra livre
Cheguei aqui a pé*

*Para destoar
Para dissolver
Para despertar
Pra dizer*

*Está na cara, a cor, na sombra das imagens
Em tudo o que supor, nos contos, nas miragens
A minha linda voz*

*Está em toda dor, na gota de uma lágrima
Da em qualquer sabor na beira da estrada
A minha linda voz*

*Sou negra livre
Negra livre
Cheguei aqui a pé*

*Para desnudar
Para derreter
Para descolar
Pra viver*

*Para deslizar
Para devolver
Para desbocar
Pra doer*

*Para desarmar
Para adormecer
Para desfilar
Pra vencer!*

(Negra Li, “Negra Livre”, 2006)

RESUMO

Este ensaio aborda a relação racismo e saúde mental nas políticas públicas brasileiras. Minha escrita se dá a partir de fragmentos da história de Dona Ana, fruto de conhecimento pessoal, atrelada às vivências da minha prática profissional na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Sete Lagoas, Minas Gerais. Dona Ana, mulher preta nascida no século XIX, traz em sua trajetória vivências marcadas pelo racismo, segregação e subjugamentos; e sua família descendente carrega, hoje, as marcas da política do embranquecimento e do mito da democracia racial brasileira. Abordo diversas situações em que o racismo e a discriminação aparecem nos serviços de saúde mental, seus impactos na subjetividade do povo preto brasileiro e possíveis saídas para tal imbróglio. Escrevo sobre a naturalização da violência contra a população negra, a política de embranquecimento da população criada no período colonial, a tentativa de apagamento da mulher preta brasileira e seus impactos no (des)acesso aos serviços de saúde pública no País. Eu, enquanto mulher branca e trabalhadora de saúde da rede pública, me alio às causas antirracistas, buscando minimizar as discriminações interseccionais, que mantêm desigualdades e iniquidades presentes nesse acesso. Utilizo a fabulação crítica, metodologia de Saidiya Hartman (2021), na tentativa de (re)construir a narrativa de vidas esquecidas e desvalorizadas por um sistema cruel, segregador, racista e misógino. Para enfrentar o racismo, é preciso desenvolver ações macro e micropolíticas, sendo o nosso cotidiano repleto de exemplos que, infelizmente, se repetem ainda hoje. É um desafio pautar o tema, criar condições para o debate, renomear os eventos e implicar as pessoas envolvidas em crimes de discriminação racial. A Reforma Psiquiátrica Brasileira não ficou imune ao racismo estrutural perpetuado no País. Sustentamos os privilégios da branquitude mantendo as temáticas de raça e gênero como tabus. A população preta brasileira permanece, ainda hoje, dentro dos pequenos manicômios reproduzidos em nossas políticas e práticas de cuidado em saúde mental. Defendo que aconteça uma reforma psiquiátrica dentro de cada um de nós, nas cidades, na resistência e na militância; em prol da efetivação dos direitos de todo e qualquer cidadão, em prol da equidade. Precisamos recuperar e restituir não só histórias desvalidas, sujeitos destituídos de ir e vir, destituídos da vida, mas o principal: ressignificar nossas práticas estruturalmente excludentes, totalitárias e racistas.

Palavras-chave: Saúde Mental; Racismo; Branquitude; Gênero

ABSTRACT

This essay examines the relationship between racism and mental health within Brazilian public policy. The writing is based on fragments of Dona Ana's life story, drawn from personal knowledge and intertwined with my professional practice in the Psychosocial Care Network (Rede de Atenção Psicossocial, RAPS) in Sete Lagoas, Minas Gerais, Brazil. Dona Ana, a Black woman born in the nineteenth century, experienced a trajectory marked by racism, segregation, and subjugation. Her descendants today bear the scars of the whitening policy and the myth of Brazilian racial democracy. I discuss various situations in which racism and discrimination surface in mental health services, their impact on the subjectivity of Black Brazilians, and potential pathways to address these complex issues. I reflect on the normalization of violence against Black communities, the whitening policy implemented during the colonial period, the attempted erasure of Black Brazilian women, and the resulting barriers to accessing public health services. As a white woman and public health worker, I align myself with anti-racist causes, striving to reduce intersectional discrimination that perpetuates inequalities and inequities in access. I adopt critical fabulation, a methodology developed by Saidiya Hartman (2021), as a means to reconstruct the narratives of lives erased and devalued by a cruel, segregating, racist, and misogynistic system. Confronting racism requires the development of both macro- and micropolitical actions, as everyday life is filled with recurring discriminatory practices. Bringing this issue to the forefront, creating conditions for open debate, renaming events, and holding perpetrators of racial discrimination accountable remain significant challenges. The Brazilian Psychiatric Reform has not been immune to the structural racism perpetuated in the country. We continue to uphold the privileges of whiteness by keeping discussions of race and gender taboo. The Black Brazilian population remains, even today, confined within the *small asylums* (smaller-scale exclusionary spaces that perpetuate institutionalization), reproduced through our mental health policies and practices in mental health care. I advocate for a psychiatric reform that begins within each of us and extends to our cities and communities, supported by ongoing resistance and activism. This is essential for the realization of rights for all and the pursuit of equity. We must reclaim and restore not only erased histories and lives deprived of freedom and dignity, but also rethink our structurally exclusionary, totalitarian, and racist practices.

Keywords: Mental Health; Racism; Whiteness; Gender

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Listagem de Equipamentos de Saúde disponíveis no município de Sete Lagoas/MG	29
--	----

LISTA DE SIGLAS

Atenção em Rede à Criança e ao Adolescente	ARCA
Atenção Primária à Saúde	APS
British Broadcasting Corporation	BBC
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas	CAPSad
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas modalidade III	CAPSadIII
Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil	CAPSi
Centro de Atenção Psicossocial modalidade II	CAPSII
Centro de Especialidades Médicas	CEM
Centro de Referência de Assistência Social	CRAS
Centro de Referência de Saúde do Trabalhador	CEREST
Centro de Referência Especializado de Assistência Social	CREAS
Centro de Saúde	CS
Centro Estadual de Atenção Especializada	CEAE
Centro Especializado em Reabilitação	CER
Conselho Municipal de Promoção da Igualdade Racial	COMPIR
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Sete Lagoas	CISMICEL
Equipe de Atenção Primária	EAP
Equipe Multidisciplinar	E-multi
Equipe de Saúde Bucal	ESB
Estratégia de Saúde da Família	ESF
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	IDHM
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas	IBGE
Minas Gerais	MG
Organização da Sociedade Civil	OSC
Políticas de Promoção da Equidade em Saúde	PPES
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	PNSIPN
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento	PNUD
Rede de Atenção Psicossocial	RAPS
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	SAMU
Sistema Único de Saúde	SUS
Unidade Básica de Saúde	UBS

Unidade de Acolhimento Adulto

UAA

Unidade de Pronto Atendimento

UPA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 INSPIRAÇÃO: DONA ANA.....	18
3 COLONIALIDADE, RAÇA, POLÍTICA DO EMBRANQUECIMENTO E RACISMO ESTRUTURAL	21
3.1 Racismo Estrutural e Saúde Mental no Brasil.....	24
4 A RAPS E O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE SETE LAGOAS/MG	28
5 ATRAVESSAMENTOS DO RACISMO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
7 REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO:

A carne mais barata do mercado é a carne negra

Que vai de graça pro presídio

E para debaixo do plástico

Que vai de graça pro subemprego

E pros hospitais psiquiátricos

(Elza Soares. “A Carne”. 2002)

Discutir racismo no Brasil é tabu, e é a partir desse não dito que reforçamos comportamentos, discursos e ideias segregadoras que se constituíram no período colonial e se institucionalizaram na sociedade brasileira.

Ainda há aqueles que acreditam que não existe racismo no Brasil, que dão ouvidos ao mito da democracia racial brasileira, repetem frases feitas como “somos todos iguais” e “quem quer, corre atrás”. Ditos como esses evidenciam não só a alienação social do brasileiro, mas também a manutenção de uma lógica de poder higienista racial, que sustenta o racismo estrutural e amplia iniquidades de acessos à moradia, educação, trabalho e saúde, além de outros direitos, no País.

No contexto da saúde os mecanismos institucionais segregatórios, violentos e disciplinantes se expressam de várias maneiras, sendo mais revelados quando direcionados aos cuidados em saúde mental. Daniela Arbex (2013), jornalista brasileira, autora do livro “O Holocausto Brasileiro”, traz em sua obra denúncias de maus tratos destinados aos internos do maior manicômio do Brasil. Localizado na cidade mineira de Barbacena, o Hospital Colônia serviu de cenário de tão imensa crueldade, que foi comparada aos campos de concentração da Alemanha Nazista. As condições dos internos no Hospital foram subumanas de 1903 até meados da década de 1980, quando foi fechado, após movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira ganharem força. Estima-se que mais de 60 mil vidas foram ceifadas na Instituição, durante todo seu período de funcionamento (Arbex, 2013). Daniela destaca em sua obra a cor do manicômio, referindo ao fenótipo dos internos ali presentes, revela a etnia preta afrodescendente, de grande parte da população do Hospital.

Rachel Passos (2018), assistente social carioca, pesquisadora em ciências humanas e saúde, prefere comparar o genocídio ocorrido em Barbacena ao Navio Negreiro, e defende que as práticas manicomiais expressas em diversas ações do Estado ainda existentes estão muito mais atreladas ao colonialismo brasileiro do que ao holocausto. A autora carioca traz o debate

acerca do apagamento da questão étnico racial na Reforma Psiquiátrica brasileira e destaca a invisibilidade das contribuições dos estudos de Frantz Fanon. Para ela, o desaparecimento da temática racista no contexto da Reforma e do Movimento Antimanicomial consiste num problema que é estruturante e estrutural na sociedade (Passos, 2018).

Certa vez, visitando álbuns de família de meus ancestrais, conheci a história de Dona Ana, mulher preta, contemporânea de minha bisavó. Nascida em 1899, no interior de Minas Gerais (MG), Dona Ana traz em sua trajetória o embranquecimento de sua família e o apagamento de sua afrodescendência. Sua história me serviu de inspiração para discorrer sobre a relação racismo e saúde mental nos serviços de atenção psicossocial, local onde exerço minha vida profissional. Atrelada às minhas vivências, disponho de reflexões acerca das diversas formas em que o racismo e a discriminação aparecem nos serviços de saúde mental e seus impactos na subjetividade do povo preto brasileiro. Elaboro questões a respeito da presença (ausência) da temática na vida cotidiana da rede de atenção psicossocial e possíveis saídas para tal imbróglio.

Escrevo sobre a naturalização da violência contra a população negra e a política de embranquecimento da população criada no período colonial, a partir de algumas referências de Silvio de Almeida (2019), Lia Vainer Schucman (2022) e Jessé de Souza (2021). Aponto o apagamento da mulher preta brasileira, produto da aliança dessa política com o patriarcado citado por Rachel Gouveia Passos (2017), Sueli Carneiro (2023), entre outras. Abordo não só as condições de saúde mental dessa mulher, mas também o (des)acesso e as formas de cuidados de suas dores nos serviços de saúde pública brasileira, mais especificamente, no município de Sete Lagoas/MG.

Partindo do pressuposto de que o racismo faz parte da constituição da subjetividade das pessoas brasileiras, indago acerca da relação racismo e saúde mental. A escrita da monografia ocorre a partir de fragmentos da história da Dona Ana, fruto de conhecimento pessoal e de observações e diálogos trazidos da prática profissional na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Sete Lagoas. No decorrer deste ensaio acadêmico, no qual apresento meus pressupostos acerca da temática escolhida, trago também reflexões coletivas com bases em teorias de Frantz Fanon, Emiliano de Camargo David, Rachel Gouveia Passos, Jessé Souza, Silvio de Almeida e demais autores(as) de estudos de sociedade, raça e gênero e suas interfaces com o campo da saúde mental.

A vida de Dona Ana, seu casamento e sua família contemporânea serão trazidos como pano de fundo das discussões. Posso antecipar que a relação do casal foi permeada por racismo,

segregação e subjugamentos, trazendo consequências para a saúde de Dona Ana e à vida de seus descendentes, tais como o apagamento de suas origens e legados artísticos de sua história, além do embranquecimento de sua família procedente.

Conceição Evaristo (2020), em suas escritas, defende que a questão racial não é uma discussão só para negros, pelo contrário, não será o povo preto quem resolverá sozinho a questão do racismo, não são eles quem devem buscar solução para o racismo no País. Considero urgente e insurgente discutir racismo a partir de considerações e pesquisas de pessoas brancas. Portanto, eu me alio à causa e explano sobre as iniquidades presentes no acesso aos serviços e projeto, em nome da coletividade, buscando novas possibilidades que possam minimizar as discriminações interseccionais que mantêm desigualdades no País.

Eu me inspiro, ainda, na metodologia de Saidiya Hartman (2021), uma das principais intelectuais da atualidade sobre o assunto da diáspora negra, norte-americana e professora de literatura da Universidade de Columbia. A escritora negra pesquisa formas de escravidão ainda presentes nas sociedades e utiliza de uma escrita reflexiva, denominada *fabulação crítica*. Para ela, fabulação crítica é um tipo de não-ficção especulativa que depende de documentos, por vezes, apenas contornos das vidas reais das pessoas e, junto às estratégias de romance, constrói suas narrativas que honram vidas esquecidas e desvalorizadas. A autora afirma que olhar para o passado é uma forma de compreender como as desigualdades perduram e buscar linguagens e estratégias para transformar o presente. Ela acredita que sua metodologia possibilita uma nova forma de vivenciar a liberdade e os sonhos dos desvalidos (Hartman, 2021). Também escrevo sobre Dona Ana, trazendo a essência de sua história, redesenhando seus contornos apagados não só pelo tempo, mas por um sistema cruel, segregador, racista e misógino e, infelizmente, ainda presente na contemporaneidade.

O presente ensaio nasce com o objetivo de resgatar e/ou reconstruir a história não só de uma mulher preta brasileira, mas de toda uma população violentada, subjugada e negligenciada por um seletivo grupo privilegiado em prol de poder. Embora autores (as) como Passos, Carneiro, David, Akotirene e demais analisem a relação entre o capitalismo e o racismo, diante das relações e discriminações que contribuem para a manutenção deste sistema econômico, não irei aprofundar, neste trabalho, a temática capitalista e econômica que envolvem o racismo estrutural no Brasil.

Busco desenvolver o trabalho a partir da ótica de racismo como um determinante de saúde, considerando seu conceito ampliado. Eu me afasto do viés da doença e me aproximo da temática saúde da população negra pensando em determinantes sociais. Ao apontar o contexto

social de vida do sujeito como um fator preponderante para as condições de saúde da população geral, parte-se do princípio de que a população negra, que em sua maioria vive dentre as piores conjunturas de diversas dimensões sociais como moradia, educação, trabalho, concentração de renda e poder, é também a população que vivencia as piores condições de saúde no País.

O que não faltam são pesquisas comprovando a persistência das desigualdades de gênero e raça no País. Segundo dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD (2021), divulgados pelo Nexxo Jornal em 2024, a expectativa de vida do(a) brasileiro(a) negro(a) é menor do que do(a) brasileiro(a) branco(a) em todos os Estados do País.

Um bom indício da persistência [das desigualdades de gênero e raciais] é percentual de crianças de 0 a 3 anos que frequentam Creche, segundo Raça/Cor no Brasil, entre 2022 e 2023. Na média houve um ligeiro aumento de 30,7% para 33,2%, ou 8,1%. O aumento, no entanto, foi maior entre pessoas não negras do que em relação às negras e a menor taxa de crescimento na cobertura foi em relação às meninas negras: apenas 2,4%. As mulheres negras continuam com as maiores proporções de insegurança alimentar moderada e grave, 12,5% das famílias, enquanto entre homens não negros é de 5,5%. O rendimento médio mensal da mulher negra, por sua vez, é de apenas 42%, quando comparado ao homem não negro, sendo que o seu desemprego é mais do que o dobro (5,2% para o homem não negro contra 11,5% da mulher negra). O homem negro, por sua vez, continua apresentando maior exclusão do sistema educacional. A taxa de escolarização líquida no ensino médio foi de 66% em 2023, contra 78% da mulher não negra. Já a proporção de mortes por causas evitáveis para indivíduos entre 05 e 74 anos, os homens negros subiu de 42 para 50% entre 2021 e 2022, o dobro do valor quando comparado às mulheres não negra (Observatório Brasileiro de Desigualdades, 2024. p. 5).

Lourenço (2023), em seu artigo “Uma sociedade desigual: reflexões a respeito de racismo e indicadores sociais no Brasil” afirma que em 2020 dados mostravam que um jovem negro tem 2,5 mais chances de ser assassinado do que um jovem branco. Nesse mesmo ano, constatou-se que 74,4% das mortes violentas no Brasil foram de pessoas negras. Trazendo o olhar para realidade da mulher preta brasileira, estima-se que 62% das vítimas de feminicídio em 2022 no país eram negras:-

Ainda que tenha se livrado dos grilhões, a população negra no Brasil permanece acorrentada a uma estrutura que exclui, marginaliza e extermina corpos negros e periféricos. Portanto, pode-se inferir que a necropolítica atravessa as bases do racismo estrutural e define quais os indivíduos terão seus direitos assegurados (Lourenço, 2023. p.81).

Referente à renda dos brasileiros, em 2021, mais da metade da renda total do Brasil se concentrava nas mãos dos 10% mais ricos do país, e, aproximadamente, um quarto de toda a renda é pertencente a apenas 1% da população. O rendimento médio do trabalhador negro era de R\$1907 e do branco R\$3310 em 2023. Ampliando a análise para o campo do trabalho, em

2021 mais da metade da força de trabalho no Brasil era representada pela população negra. No primeiro trimestre de 2022, mais de 64% dos desempregados no país eram negros, e 54,6% das mulheres desocupadas, entre 18 e 24 anos, se declaravam negras. Vale ainda pontuar as precárias condições e a desvalorização histórica do trabalho da população negra, muitas vezes, ainda associado a atividade braçal e degradantes (Lourenço, 2023).

Lélia Gonzalez (2020), por sua vez, afirma que trabalhadoras negras, em sua grande maioria, se encontram em setores de menor prestígio e remuneração; com ocupações manuais, trabalham mais e recebem menos do que a mulher branca, sendo a última também discriminada por ser mulher. Para a autora, a mulher negra vivência discriminação tripla: social, racial e sexual.

Questões socioeconômicas, raciais e de gênero estão associadas às iniquidades em saúde, e apesar de alguns avanços como a criação de algumas políticas específicas; cito aqui as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde (PPES) do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a população negra ainda é alvo de altas taxas de morbimortalidade em todas as faixas etárias, quando comparadas com a população geral (Brasil, 2010).

Aliando as estatísticas acima as minhas vivências profissionais no SUS, constantemente, indago a respeito das condições de saúde atuais da população preta brasileira, principalmente, a saúde mental.

Trabalho há 3 anos como psicóloga na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em Sete Lagoas, município de, aproximadamente, 240 mil habitantes na região central do Estado de Minas Gerais. Atuei por 2 anos na Atenção Primária à Saúde (APS) em equipe multidisciplinar e hoje estou há 1 ano como técnica de referência no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Ambas as atuações acontecem em um mesmo território com cerca de 40 mil habitantes em situações de extremas e diversas vulnerabilidades.

Um território constituído de forte presença do tráfico de drogas ilícitas e grupos de milícias, onde, consequentemente, há também um alto índice de criminalidade e violências e muitas famílias da região vivem apenas com rendas advindas de Programas Sociais da Assistência Social do Governo Federal, segundo os próprios moradores. Além da baixa concentração de renda e escolaridade, a alta taxa de desemprego contribui para a precarização do trabalho; e grande parte dos moradores tem como fonte de renda o trabalho informal, sendo a atividade mais presente a fabricação manual de cigarros de palha. Cada produtor recebe 70 reais por milhar de cigarros produzidos, assim nos contam os próprios moradores e usuários

dos serviços nos atendimentos. Vale frisar que essa realidade não é exclusiva desse território, tal recorte retrata apenas a realidade de boa parte da população brasileira.

Outra direção dos meus escritos parte dos estudos do psicólogo Emiliano de Camargo David (2025): ele reforça a noção de saúde como um direito constituinte de todo e qualquer cidadão brasileiro e nota a saúde mental e a saúde da população preta como os campos mais desinvestidos da saúde pública no País. O autor aborda a luta por saúde do povo preto brasileiro desde o momento de sua chegada ao País, depois de ter sido sequestrado da África e escravizado no território dominado por Portugal, hoje chamado de Brasil. David (2025) nos convida a pensar a saúde numa perspectiva de movimento, de não fixação. Propõe uma política de saúde interdisciplinar e intersetorializada, capaz de abranger diversas subjetividades e subjetivações que dê conta do (des)acesso do preto à saúde e da diminuição das iniquidades. Realça a cultura, arte, esporte e lazer como ferramentas de combate à saúde colonialista e manicomial.

Diante dos expostos, objetivo contribuir com o debate sobre a invisibilidade e subalternidade da mulher preta no campo da saúde, desmistificando a ideia de democracia racial no Brasil. Sueli Carneiro (2023), filósofa e escritora brasileira, aponta que a afirmação do discurso da miscigenação brasileira contribui para manutenção da hegemonia branca e silenciamento da problemática da raça nos países multirraciais com passado colonial como o nosso.

Aponto os diversos tipos de violências praticadas na atualidade contra as mulheres negras na área da saúde, a fim de contribuir com ações em prol da diminuição de iniquidades de acessos da população e eximir a naturalização de serviços e práticas violentas dirigidas ao corpo negro.

Discorro sobre o mal-estar da mulher preta brasileira desde o colonialismo, perpetuando angústias, aflições e sofrimentos psicológicos causados por um processo discriminatório até os dias atuais.

Para uma análise adequada das condições sociais e da saúde da população negra, é preciso ainda considerar a grave e insistente questão do racismo no Brasil, persistente mesmo após uma série de conquistas institucionais, devido ao seu elevado grau de entranhamento na cultura brasileira. O racismo se reafirma no dia a dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições e também as relações entre as pessoas. É condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural. De forma dupla, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que estão expostas (Brasil, 2010. p.15).

Referencio, acima, parte da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que confirma não só a existência do racismo no Brasil, como também, a resistência e complexidade desse fenômeno na vida da população não-branca no País.

2 INSPIRAÇÃO: DONA ANA

Luta diária, fio da navalha
Marcas? Várias
Senzalas, cesáreas, cicatrizes
Estrias, varizes, crises
(Emicida. “Mãe”. 2015)

O enredo de Dona Ana (1899 – 1949), se inicia ao final do último milênio e se confunde com o de muitas outras brasileiras atuais: mulheres pretas, repetidamente negligenciadas em diversos aspectos da vida, moldadas pelo seu gênero, raça e condições sociais. Mulheres como Luiza Mahin, baiana que se tornou símbolo de luta e resistência negra, quitandeira, insubmissa, que representava ameaça às elites nos centros urbanos pelo sucesso de suas vendas (Gonçalves, 2024). Como Maria do Socorro Eugênio da Silva, precursora da educação quilombola no Brasil, filha de pais analfabetos, falecida em 2021, aos 82 anos, após longos anos de dedicação à educação integral e luta pelo acesso às políticas públicas quilombolas (Silva, 2024). Como a *mulher do fim do mundo*, Elza Soares, carioca eleita a cantora do milênio, pela British Broadcasting Corporation -BBC de Londres, em 1999. Obrigada pelo pai a casar aos 12 anos, encontrou na música a oportunidade para driblar abusos e violências (Sousa, 2024). Assim como Maria da Purificação, conhecida como Maria Grampinho, andarilha goiana que viveu nos porões da casa da poetisa Cora Coralina, em condição de extrema vulnerabilidade social e possíveis problemas com saúde mental. Despertava curiosidade da população local por seus adereços coloridos costurados em suas roupas, e hoje se faz presente em bonecas de pano vendidas por artesãs no Museu Casa de Cora (Medeiros, 2024).

Antes de seguir com a história de Dona Ana, é necessário desenvolver o conceito de interseccionalidade. Tal termo foi criado pela advogada afroestaduniense Kimberlè Crenshaw em 1989, no contexto do movimento de mulheres negras nos Estados Unidos, em resposta às feministas brancas ocidentais, que desconsideraram a carga racial da construção do conceito de interseccionalidade e ao movimento antirracista focado apenas em homens negros. A jurista defendia a ideia de que, em determinadas situações, há uma intersecção entre diferentes identidades sociais, e quando isso ocorre a discriminação assume características singulares (Akotirene, 2019). Patricia Hills Collins e Sirma Bilge (2021), tratam o conceito de interseccionalidade como amplo e de difícil definição e nos convidam a pensar o termo como

“o que a interseccionalidade faz, e não o que ela é”. Para as autoras, as relações interseccionais de poder afetam todos os aspectos do convívio social.

Em outras palavras, o termo interseccionalidade pode ser entendido como o cruzamento de determinantes sociais como raça, gênero e classe, que em análise mútua favorecem a compreensão das desigualdades e diversas formas de opressão nas sociedades, contribuindo assim para a criação de políticas públicas mais integralizadas (Collins; Bilge, 2021). Carla Akotirene (2019), ativista e pesquisadora da temática racismo e sexismo no Brasil, por sua vez, aproxima o conceito de interseccionalidade à realidade brasileira. Ela traz à tona, em sua obra *Interseccionalidade*, da Coleção Feminismos Plurais, a realidade do racismo diário contado por mulheres negras. Discorre sobre repetidos eixos de opressão possíveis em um único sujeito, a partir da sobreposição de identidades sociais, como raça, classe e gênero. Para a autora, “é da mulher negra o coração do conceito de interseccionalidade” (Akotirene, 2019. p.17).

Retornando ao enredo de Dona Ana, ela nasceu em 1899 no interior do Estado de Minas Gerais. Filha única de uma mulher preta retinta, pouco se sabe sobre seu pai biológico, devido a ele ter abandonado sua mãe, Helena, pouco tempo após seu nascimento. Helena era filha de um casal de pessoas escravizadas e, após o marido deixá-la, com Ana ainda muito criança, se casou com um militar, um homem branco, morador de seu pequeno vilarejo mineiro e detentor de algumas posses na cidade. Com o falecimento de sua mãe e padrasto, na primeira década do século XX, Dona Ana herda as posses do casal e, diferente da maioria dos descendentes da escravidão naquela época, não viveu em meio à miséria e à luta por sobrevivência, poucos anos pós abolição.

Em 1921, aos 21 anos, Dona Ana se casa com um caixeiro viajante, que a cortejava desde menina. Apenas 1 ano mais velho, seu marido havia aprendido diversas artimanhas em suas idas e vindas nas estradas. Artimanhas que não se resumiam às negociações de suas vendas - esse costume também esteve sempre presente em sua vida pessoal e familiar.

Artista nata, aprendeu a bordar sozinha e confeccionava roupas e acessórios que se perderam em meio à sua história. Seu canto, que poucos ouviam, foi sumindo junto a sua voz, calada pelo marido. E o tom ébano de sua pele foi esbranquiçado nas fotografias guardadas até hoje, até desaparecer nas peles das novas gerações.

Dona Ana foi vitimada pelo colonialismo, invisibilizada, desapareceu em meio a sua família embranquecida que, ainda hoje, carrega o peso de uma lógica social segregatória e adoecedora. Sem conhecimento de causa, os descendentes de Dona Ana sustentam, em silêncio,

o mal-estar e o desconforto de sua matriarca imposta a viver alienada, sem direitos de escolha, nem mesmo direitos civis, sem ter sido escutada.

Doravante, carrego a indagação: Seria essa uma história que atesta a vitória do sistema colonial e a imposição de uma política de embranquecimento para as pessoas nascidas no Brasil?

3 COLONIALIDADE, RAÇA, POLÍTICA DO EMBRANQUECIMENTO E RACISMO ESTRUTURAL

Você ri da minha roupa
Você ri do meu cabelo
Você ri da minha pele
Você ri do meu sorriso
A verdade é que você
(E todo brasileiro)
Tem sangue crioulo
Tem cabelo duro
Sarará Criolo

(Sandra de Sá. “Olhos Coloridos”. 1982)

Aqui, discorro sobre o racismo como produto das relações sócio-históricas, atualizado e perpetuado com base na ideia de raça, pensando raça como uma categoria social e não biológica.

Silvio de Almeida (2019) evoca o conceito de raça como relacional e não estático. Destaca a natureza histórica do conceito e delimita as características biológicas e étnico-culturais como constituintes das identidades raciais. A primeira se refere aos traços físicos individuais, como cor da pele do sujeito, e a seguinte associa costumes, como religião, língua e localização geográfica, para classificar as raças. O autor retoma o conceito de racismo cultural de Frantz Fanon ao citar esse último critério, e considera a expansão mercantilista e a descoberta do novo mundo como ponto de partida para a criação do conceito de raças:

Se antes desse período *ser humano* relacionava-se ao pertencimento a uma comunidade política ou religiosa, o conceito da expansão comercial burguesa e da cultura renascentista abriu portas para a construção do moderno ideário filosófico que mais tarde transformaria o europeu no *homem universal* (atentar ao gênero aqui é importante) e todos os povos e culturas não condizentes com os sistemas culturais europeus em variações menos evoluídas (Almeida, 2019. p.18).

Também para Schucman (2022), a dominação colonial dos sujeitos europeus sobre outros grupos inaugura o conceito de raça. A pesquisadora aponta que a civilização europeia construiu valores e ideias de supremacia branca, a partir da diversidade humana encontrada via invasões continentais no século XVI. Trata a criação do conceito de raça como pretexto europeu

para diferenciar os seres humanos biológica e geneticamente por hierarquias e, assim, colocar em lugar de superioridade moral, intelectual e estética seus semelhantes: O homem branco.

Schucman (2022) associa a branquitude a uma ideologia estruturada pela dominação racial, um lugar de vantagem social. Portanto, para a autora, a branquitude não se resume a existência do sujeito branco, ela abarca valores e ideias que colocam o branco como um ideal de beleza, civilidade, racionalidade e intelectualidade. Assim, a colonização coloca em lugar de privilégio material e simbólico as pessoas que são consideradas brancas no mundo.

Vale ressaltar que as pessoas brancas e pretas se diferem mundo afora, conforme o local onde se insere e a história de cada lugar. Sendo assim, no Brasil, a supremacia branca nasce da falsa ideia da inferiorização do negro e do indígena dominado pelo europeu (Schucman, 2022). Porém, vale ressaltar que, por um tempo, a visão torpe do negro foi sustentada pelo racismo científico e teorias eugenistas no século XIX (Souza, 2021).

Silvio de Almeida (2019), em sua obra *Racismo Estrutural*, diz que:

Ainda que hoje seja quase um lugar-comum a afirmação de que a antropologia surgida no início do século XX e a biologia – especialmente a partir do sequenciamento do genoma – tenham há muito demonstrado que não existem diferenças biológicas ou culturais que justifiquem um tratamento discriminatório entre seres humanos, o fato é que a noção de raça ainda é um fator político importante utilizado para naturalizar desigualdades e legitimar a segregação e o genocídio de grupos sociologicamente considerados minoritários (p. 22).

Trazendo a discussão da branquitude para o Brasil, Jessé de Souza (2021) sinaliza que,

A importação maciça e direta de brancos europeus no período pós-abolição leva ao paroxismo a lei social mais importante para a mobilidade social e para classificação social dos indivíduos e classes sociais no Brasil colonial: o processo de branqueamento. [...] A hierarquia social perdia sua característica de criação arbitrária humana e passava a designar algo temporal, inscrito em uma ordem supostamente “biológica” e imutável, refletindo uma ordem “natural”. Isso ajudou enormemente na sua justificação e aceitação pelos dominados (p. 208).

Para Souza (2021) a estratégia social do embranquecimento sustenta e nega o racismo racial, ao passo que associa a *brancura* à inteligência, moralidade e beleza, e a negritude à insanidade, desconfiança e criminalidade. Portanto, a política do embranquecimento no Brasil legitima a desigualdade e a continuidade do modelo escravocrata colonial, tornando perene uma hierarquia moral e social que submete todos os julgamentos individuais na sociedade racista brasileira.

O negro no Brasil é condenado a ocupar o último lugar da hierarquia no arranjo social do embranquecimento, constituindo com o decorrer do tempo a chamada *ralé brasileira*. Uma

população odiada, superexplorada pelas classes consideradas acima na pirâmide social, submetida a serviços pessoais e domésticos e outros trabalhos vis e mal pagos (Souza, 2021).

Maria Aparecida Silva Bento (2002) expõe que os privilégios da branquitude, ou seja, as desigualdades raciais, persiste por uma espécie de acordo entre pessoas brancas. Ela nomeia o processo como “pacto narcísico da branquitude”. Para a autora, a população não-negra se cala diante das disparidades raciais em prol da manutenção e imunidade de suas vantagens sociais.

Na verdade, o legado da escravidão para o branco é um assunto que o país não quer discutir, pois os brancos saíram da escravidão com uma herança simbólica e concreta extremamente positiva, fruto da apropriação do trabalho de quatro séculos de outro grupo. Há benefícios concretos e simbólicos em se evitar caracterizar o lugar ocupado pelo branco na história do Brasil. Esse silêncio e cegueira permitem não prestar contas, não compensar, não indenizar os negros: no final das contas, são os interesses econômicos em jogo (Bento, 2002. p. 3).

Bento (2002) denuncia que o medo da elite branca estimula o processo de miscigenação brasileiro e, fomentado pelas teorias do racismo biológico, minimiza os conflitos e alimenta os preconceitos. A autora traz as pontuações de Gilberto Freyre (1980) para melhor explicar essa falsa harmonia criada entre dominante e dominados e o mito da democracia racial no Brasil. Com o cruzamento das raças, subentende-se que a razão pelo insucesso de parte da população miscigenada está na essência do negro presente no mestiço.

Silvio de Almeida (2019) diz que “racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento”. Retrata a manifestação do racismo como práticas conscientes e/ou inconscientes e a diferencia de preconceito e discriminação racial pelo seu caráter sistêmico. Ele define o ato racista como um processo de subalternidade e privilégios sustentados em âmbitos políticos, econômicos e relacionais, e, em sua obra “Racismo Estrutural” (2019), enumera o racismo como individualista, institucional e estrutural, sendo essa última concepção a mais destacada neste trabalho.

O racismo individual abrange a relação entre racismo e subjetividade, desconsidera o aspecto histórico e seus impactos concretos, é muitas vezes representado por falas como “Somos todos iguais” e “Até tenho amigos negros”. Racismo Institucional e Racismo Estrutural transcendem a esfera da ação individual e se diferem ao passo em que consideramos o racismo como parte da ordem social e não como construto das instituições. “As Instituições são apenas a materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos”. Melhor dizendo, “as instituições são racistas porque a sociedade é racista” (Almeida, 2019, p.31).

Portanto, Racismo Estrutural anuncia a normalização de práticas racistas no cotidiano em toda sociedade sem sequer serem notadas, prediz comportamentos individuais e processos institucionais “derivados de uma sociedade cujo racismo é regra e não exceção” (Almeida, 2019).

Com tais fontes acima, temos elementos suficientes para visibilizar vidas abandonadas e histórias silenciadas por um grupo de privilegiados em prol de poder, nos favorecendo, então, a repensar o campo da saúde mental brasileira.

3.1 RACISMO ESTRUTURAL E SAÚDE MENTAL NO BRASIL

*E desde sempre não parar pra pensar
Nos conceitos que a sociedade insiste em lhe ensinar
E de pai pra filho o racismo passa
Em forma de piadas que teriam bem mais graça
Se não fossem o retrato da nossa ignorância
Transmitindo a discriminação desde a infância
E o que as crianças aprendem brincando
É nada mais nada menos do que a estupidez se propaganda
Nenhum tipo de racismo - eu digo nenhum tipo de racismo - se justifica
Ninguém explica
Precisamos da lavagem cerebral pra acabar com esse lixo que é uma herança cultural*
(GABRIEL O PENSADOR.. “Racismo é Burrice”. 2003)

Ao trazer a discussão de racismo para o campo da saúde mental brasileira, considero relevante fazer um breve apanhado dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Quando se fala em saúde mental no Brasil, são infindáveis as discussões sobre a luta antimanicomial.

Inspirados(as) em experiências ocorridas no exterior, mais especificamente no modelo italiano, os(as) reformistas brasileiros(as) lutaram pela extinção dos Hospitais Psiquiátricos e a substituição do modelo de práticas em saúde mental vigente desde o Brasil Colônia. A luta antimanicomial contorna um novo paradigma em oposição ao modelo asilar, hospitalocêntrico, focado na doença e na cura de sintomas. A proposta era a construção de novas práticas, centradas no sujeito contextualizado e livre. O chamado modelo psicossocial considera os determinantes sociais, históricos e políticos do sujeito, através de práticas e serviços

terapêuticos que dialogam com a história do indivíduo e suas transformações na e com a sociedade (Costa-Rosa, 2000).

O modelo de atenção psicossocial nasce a partir dos pressupostos da reforma psiquiátrica, em prol da mudança de paradigma do cuidado em saúde mental. Os objetivos e princípios dessa mudança, em resumo, seriam a desinstitucionalização do sujeito em sofrimento mental e sua inclusão na sociedade. Porém, esse movimento elucida um contexto recheado de entraves sociais que sustentam o adoecimento psíquico e a marginalidade do sujeito em sofrimento.

Segundo Saraceno (2011), a hegemonia do modelo biomédico em saúde mental é linear, individualista e a-histórico, ao passo que reforça a simplificação do processo do adoecimento à causa, efeito e reparação, reduz os recursos individuais e desconsidera o contexto histórico do sujeito. Para o autor, alguns conceitos do paradigma biomédico contribuem para um apagamento do sujeito. Ele ainda vai dizer que o modelo multiplica tipificações e estigmas institucionalizados pelo próprio indivíduo em sofrimento mental, em busca de identificações e representações sociais únicas, a partir do fenômeno de intolerância à diversidade. Ou seja, o sujeito reproduz uma identificação urgente e totalitária a uma representação social aprisionada, sem possibilidades e sem direitos, construída pré-reforma psiquiátrica.

A psiquiatria democrática italiana teve um papel fundamental no processo da nossa reforma psiquiátrica. A perspectiva de desinstitucionalização, do cuidado integral e territorial e da abordagem voltada ao respeito e a dignidade do paciente ajudou a desafiar os modelos tradicionais de tratamento. O modelo italiano forneceu não apenas um referencial teórico, mas também práticas inovadoras que influenciaram a criação de políticas públicas voltadas para a saúde mental, contribuindo para um sistema mais humanizado e inclusivo. Dessa forma, a psiquiatria democrática italiana se tornou um pilar essencial na luta por direitos e pela reabilitação dos indivíduos com transtornos mentais no Brasil (Costa-Rosa, 2000).

Creio, ainda, ser impossível pensar na Reforma Psiquiátrica Brasileira sem pensar em Foucault (1978 *apud* Amarante; Torre, 2018), que via a institucionalização do sujeito como uma forma de ocultar os incômodos da sociedade, enclausurar os ditos “incapazes” de contribuir para o desenvolvimento de uma sociedade pautada no modo de produção capitalista. A partir dessa ótica, o manicômio representaria, então, a institucionalização do controle de corpos e subjetividades; de contenção e/ou eliminação das diferenças.

Portanto, as instituições asilares brasileiras serviam de depósito aos corpos excluídos, e considerando a subjetividade colonial do país, facilmente entende-se que seus manicômios eram constituídos em sua maioria por corpos negros.

Azevedo (1987 *apud* Tavares; Jesus Filho; Santana, 2020) designa como *medo branco* o temor da burguesia brasileira pós-abolição. O negro recém liberto passou a ser considerado uma ameaça à elite, não só por considerarem uma possível revolta daqueles que eram maioria (apenas em números), mas pela associação à criminalidade e rebeldia da classe empobrecida e desamparada pelo Estado, que foi obrigada a cometer pequenos delitos e furtos em busca de sobrevivência.

Passos (2018) equipara a violência institucional sobre os corpos negros ao manicômio. Para ela, é por meio de estratégias punitivistas e de controle social que observamos práticas manicomialis para além dos muros da instituição. Nesta mesma direção, Basaglia (1985, *apud* Passos, 2018) problematiza a utilidade do hospício como função social e afirma que “essas instituições são úteis para a perpetuação e manutenção dos valores criados e determinados pela classe dominante” (Passos, 2018, p.14).

Dessa forma, é essencial contextualizarmos a reforma psiquiátrica brasileira ao processo de redemocratização do país, pós-período ditatorial (1964-1985). Quando muito se discutia direitos, deveres e legislação, os reformistas almejavam dar visibilidade ao excluído, proporcionando espaços de voz e vez na sociedade e minimizando as violências e violações vividas no enclausuramento (Amarante; Torre, 2018).

Saraceno (2011) aponta a discriminação do sujeito em sofrimento mental na relação razão *x* desrazão, no comportamento aceito ou não, na normatização da sociedade. Considera que a reabilitação desse sujeito se dará a partir da

reapropriação do seu passado e presente, a reapropriação do sentido que cada um deles produziu e sua vida, apesar do notável esforço que a instituição faz em matar cada sentido individual, em aniquilar cada diferença, em construir uma falsa identidade coletiva: aquela do doente mental crônico. Outra vez uma identidade a serviço da negação do sujeito (Saraceno, 2011. p. 97).

O autor propõe, deste modo, um serviço de saúde mental “acessível, flexível e permeável” (Saraceno, 2011, p.97).

O movimento político brasileiro pró-desospitalização de indivíduos em tratamento psiquiátrico, iniciado na década de 1970 por trabalhadores do setor, desperta questionamentos que não se esgotam ao fechamento dos manicômios. Pelo contrário, caminhamos pela busca de mudanças de um paradigma mantido há séculos. Através dessa análise sócio-histórica da

construção de paradigmas sociais brasileiros que apresentarei reflexões acerca de algumas práticas e serviços de saúde mental no município de Sete Lagoas/MG, onde atuo profissionalmente.

4 A RAPS E O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE SETE LAGOAS/MG

*Em cada canto da cidade tem uma favela
Que não tem beleza, nem riqueza também
Tem é um bocado de povo esquecido
Representando o inferno colorido*
(Bezerra da Silva. “Inferno Colorido”. 1980)

O município de Sete Lagoas/MG, considerado um município de médio porte, está localizado a 72km da capital mineira, Belo Horizonte. Com população estimada de 237.931 habitantes em 2024, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), numa área territorial de 536,96 km², tendo como densidade geográfica 423,51hab/km² (IBGE, 2022).

O município possui Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 0,76. A maioria da população setelagoana se autodeclara parda, de acordo com dados do Censo 2022 do IBGE. Aproximadamente, 60% da população se declarou parda, 10% preta e 30% da população total se declara branca. A cidade apresenta taxa de mortalidade infantil de 14,78 para cada 1.000 nascidos vivos e 76,31% das mortes são de bebês pretos e pardos. Em 2022, a porcentagem de nascidos vivos pardos e pretos no município foi de 82,69 e 86,9% dos partos adolescentes de meninas pretas e pardas (IBGE, 2022).

O ano de 2022 marcou o aumento de 22% do número de pessoas em situação de rua no município. Segundo o coordenador de pesquisa citada em reportagem do jornal municipal, Folha de Sete Lagoas, publicada em 09/02/2023, o professor André Dias (2020), os dados escancaram um aumento na desigualdade e no empobrecimento da população. Além de problemas ligados diretamente ao acesso à renda e falta de políticas públicas, o professor também aponta o racismo estrutural como determinante para que esse cenário se mantenha.

Temos que reconhecer que estamos falando de uma violência histórica e da necessidade de uma reparação histórica com relação a uma determinada parcela da nossa população que é a maioria. No caso da população em situação de rua, na média nacional a cada 10 pessoas, 7 são negras. No estado de Minas Gerais essa porcentagem sobe para 80% (Dias, 2020 *apud* Folha de Sete Lagoas, 2023).

Em sua mais recente pesquisa, a Secretaria de Assistência Social Municipal reafirmou a predominância de pretos e pardos dentre a população em situação de rua, chegando ao índice de 85% da totalidade (Sete Lagoas, 2023).

A Superintendência Regional de Saúde Sete Lagoas tem sob sua jurisdição 35 municípios distribuídos em Micro Curvelo (11 municípios) e Sete Lagoas (24 municípios) sua população adscrita de, aproximadamente, 600 mil habitantes (Minas Gerais, 2025).

O município tem cerca de 83,5% da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde de acordo com dados do Ministério divulgados pelo Projeto Primeira Infância Primeiro (2024).

O município de Sete Lagoas é subdividido em 7 territórios municipais em saúde e conta com os equipamentos de saúde pública listados na tabela abaixo.

Tabela 01 – Listagem de Equipamentos de Saúde disponíveis no município de Sete Lagoas/MG

EQUIPAMENTO DE SAÚDE	QUANTIDADE
Estratégia de Saúde da Família (ESF)	64
Equipe multidisciplinar (e-Multi) Equipe itinerante composta por: 1 psicólogo; 1 assistente social; 1 nutricionista; 1 educador físico; 1 fonoaudiólogo; 1 fisioterapeuta	09
Unidades Básicas de Saúde (UBS) Cada UBS abrange 3 ESFs	06
Equipe de Atenção Primária (EAP)	05
Centro de Saúde (CS)	01
Equipe de Saúde Bucal (ESB)	32
Academia de Saúde	04
Farmácia Distrital	07
Salas de Vacina	22
Laboratório de Saúde Pública	01

Centro de Atenção Psicossocial Modalidade II (CAPSII)	01
Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)	01
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)	01
Centro de Especialidades Médicas (CEM)	01
Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE)	01
Serviço de Atenção Especializada (SAE) Ambulatório de Doenças Infectocontagiosas	01
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Sete Lagoas (CISMICEL)	01
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	01
Núcleo Regional do Hemominas	01
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h	01
Pronto Atendimento Especializado – 24h	01
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (Opera em toda a Microrregião Estadual de Saúde)	n/a
Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)	01
Hospital Geral 1 deles gestão híbrida (65% SUS) – localizados na região central e sudoeste do município. Totalizam 273 leitos atenção integral 04 leitos de retaguarda em saúde mental	02
Unidade Municipal de Fisioterapia	01
Centro de Referência ao Autismo e outros transtornos	01
Ambulatório Municipal em Saúde LGBT+	01
Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual (CER)	01

Fonte: Elaborada pela autora

Conforme consta no Livro de Atas do Colegiado Municipal de Saúde Mental, há uma certa fragmentação nos cuidados em saúde mental no Município. Desde a primeira reunião registrada em ata, os membros do Colegiado questionam sobre a dificuldade de aproximação entre Atenção Primária e Serviços substitutivos, essa pauta se repete no decorrer do Livro, que marca sua primeira reunião de membros do Colegiado em novembro de 2008 e última em abril de 2025, com lacunas de registros entre agosto de 2014 e maio de 2017, e abril de 2018 e setembro de 2023.

Ainda sobre a fragmentação, através dos registros do Livro, é possível perceber uma forte desarticulação da Rede em Saúde Mental, iniciada ao final do ano de 2012. Anterior a esse período, o município contava com psiquiatras atuando dentro dos Centros de Saúde, em cada um dos 7 módulos territoriais, de acordo com a divisão sanitária do Município. Em 2013, um consórcio intermunicipal passa a mediar as consultas de psiquiatria da Atenção Primária e centraliza todos os atendimentos. Essa mudança afeta a rede, que se torna mais ambulatorizada, enfraquecida e desarticulada, conforme registros em ata, além de dificultar o acesso e locomoção dos usuários de diversos bairros com a obstrução do fluxo de atendimentos territoriais. Conforme registros, o Colegiado, desde então, tem tentado de diversas formas retomar tal descentralização, infelizmente, todas negadas pela gestão municipal até o momento.

Vale citar as demais pautas relevantes para o trabalho como: ausência de unificação de prontuário nas três esferas de cuidado em Saúde no Município; a necessidade de implantação de um Centro de Convivência na RAPS Municipal; o grande número de encaminhamentos escolares de crianças para a Saúde Mental; a falta de comprometimento dos servidores nos matriciamentos, principalmente, naqueles de modalidade exclusiva à Saúde Mental criados pelo Município; o baixo investimento em educação continuada; e, apesar de sua proteção legal diante da Lei Municipal nº09/7707, que cria o Colegiado da rede Municipal de Atenção à Saúde Mental de Sete Lagoas e da outras providências, a grande dificuldade de manter a própria existência do Colegiado, devido à alta rotatividade dos servidores municipais e ao acúmulo de serviços e cargos de alguns dos membros eleitos para a mesa diretora.

Contrapondo tantos desafios da Rede Municipal de Saúde Mental de Sete Lagoas, destaco algumas conquistas registradas em ata como Encontros e Seminários com a temática Saúde Mental no Município; a elaboração e divulgação de Cartilha com orientações sobre cuidados em Saúde Mental voltadas aos servidores de toda a Secretaria Municipal de Saúde em

junho de 2012; organização do fluxograma de atendimentos em Saúde Mental no município em 2013; a inauguração do CAPSad II em maio de 2014; e, sua mais recente conquista abrangendo a aproximação da atenção secundária e terciária no campo da saúde mental: Em 2024 foi instituído o plantão dos psiquiatras dos CAPS nos leitos de retaguarda em Hospital Geral. A fim de diminuir a fragmentação do cuidado em saúde mental e a desresponsabilização da Rede, em forma de rodízio horizontal, os psiquiatras dos CAPSi, CAPS II e CAPSad II realizam passagens nos leitos do Hospital supervisionando os casos em internação; e a alta do usuário se dá somente mediante consentimento do psiquiatra do CAPS em plantão. Desde o início dos rodízios, tem sido possível observar uma melhoria na comunicação intersetorial, maior qualificação da contratransferência e estabilidade dos quadros psiquiátricos pós internação hospitalar.

A partir dos expostos anteriormente, aponto uma reflexão a respeito da construção da subjetividade brasileira. Como se daria o modo de subjetivação do indivíduo de um país colonizado por mais de 300 anos, circunscrito numa grande luta de classes, com a maior população negra fora do continente africano? População essa originada do tráfico negreiro e sobrevivente da maior prática escravagista, sendo a última a ser abolida no mundo. Quais tipos de atravessamentos o sujeito brasileiro traz consigo e quais são os impactos na saúde mental de um país com 56% da população declarada negra, segundo dados do IBGE (2023)?

Refletindo sobre minhas experiências profissionais, indago sobre como o racismo se apresenta nos serviços de saúde, mais especificamente na Atenção Primária à Saúde e nos CAPS no município de Sete Lagoas/MG. Analiso questões institucionais e perfis das demandas e queixas dos(as) pacientes que buscam atendimento psicológico em meu local de atuação, um território que abrange bairros periféricos, dominados pelo tráfico de drogas e com extensas vulnerabilidades sociais. Além disso, explano sobre os impactos do racismo à brasileira nesses serviços e as ofertas municipais para saná-los.

5 ATRAVESSAMENTOS DO RACISMO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

*Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Tanta dor rouba nossa voz, sabe o que resta de nós?
Alvos passeando por aí
Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Se isso é sobre vivência, me resumir à sobrevivência
É roubar o pouco de bom que vivi
Por fim, permita que eu fale, não as minhas cicatrizes*
(Emicida. “AmarElo”. 2019)

Esta passagem do texto é dedicada às minhas observações diárias, à identificação e discussões relativas às diversas formas de racismos presenciadas nos espaços de trabalho e seus impactos na saúde mental do sujeito e nas ofertas dos serviços específicos.

De agora em diante, convido o/a leitor(a) a considerar o racismo a partir de seu conceito estrutural. Proponho a ampliação do campo de visão de uma problemática complexa e necessária para visualização das demais dimensões do racismo, além da individual, comumente associado apenas aos atos de ofensas, agressões físicas e exclusões direcionadas às pessoas negras. Instigo a pensar o racismo como uma ferramenta de poder presente nas sociedades, que ocorre no cotidiano brasileiro e suas instituições de maneira velada, porém desconcertante e pungente.

Uma característica que merece destaque é o fato de que quase 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra, segundo pesquisa divulgada no Portal Geledes (2017). Diante desse dado, faço um paralelo com a constituição das equipes de servidores das unidades de saúde nas quais tenho atuado em Sete Lagoas. Equipes, em sua maioria compostas por mulheres e, em oposição ao dado racial dos(as) usuários(as), profissionais brancas. Dentre os mais de 10 postos de trabalho em que já passei, o tom de pele dos(as) trabalhadores(as) clareia na mesma medida em que aumenta a valorização e prestígio do cargo em que ocupam. Posso afirmar que em nenhuma dessas unidades vejo médico(a) de pele negra; identifico negros(as) retintos(as) exercendo atividades voltadas à limpeza e organização dos espaços; e alguns(as) poucos(as) técnicos(as) de enfermagem dentre os(as) profissionais com essa formação. Raramente me deparo com profissionais de formação superior negros(as).

Essas observações podem contribuir para diversos debates acerca da interface trabalho, raça e gênero, porém, inicialmente, darei ênfase à vinculação da mulher aos trabalhos no âmbito do cuidado, atrelada à saúde mental, a sub-representação, subalternidade e invisibilidade de sua atuação.

Há tempos as mulheres atuam mais no espaço doméstico do que os homens. Reféns do patriarcado dominante em muitas culturas, inclusive a brasileira, elas executam trabalhos e tarefas socialmente desqualificados e invisíveis como cuidar, limpar e organizar. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 85% do trabalho do cuidado é feito por mulheres (2023), tendência que tem se mantido atualmente.

Isso ilustra bem o que Rachel Passos (2017) afirma em seu artigo “De escravas a cuidadoras: a invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira”. A autora debate a questão da subalternidade e invisibilidade do trabalho das cuidadoras em saúde mental desde a época escravagista até a contemporaneidade. Ela evidencia o processo acerca das escravas e africanas livres que serviam nos hospícios no século XIX, até a posição de cuidadora ainda vinculada às desigualdades raciais atualmente.

No hospício de alienados, em especial, uma das atribuições das mulheres negras era a higiene das roupas dos internos e dos demais africanos. [...] Podemos notar que as africanas livres e as escravas acabavam exercendo as atividades voltadas para a organização da limpeza, da lavagem e organização das roupas, demais serviços gerais e também de um trabalho que envolvia “cuidados” diretos às pessoas internas no hospício – vide o auxílio na enfermagem (Passos, 2017. p. 81).

Uma das poucas trabalhadoras negras em posição de destaque e liderança nos serviços de saúde do município de Sete Lagoas, Maria (nome fictício), atualmente assistente social no CAPSad, por diversas vezes me convida a refletir sobre a questão de raça e gênero no nosso serviço em reuniões e discussões de casos. Servidora efetiva da prefeitura desde 2006, Maria esteve como Coordenadora da Unidade de Acolhimento Adulto em 2019 e 2020 e Coordenadora Do CAPS II de 2021 a 2022. Hoje, Maria é membro titular do Conselho Municipal de Promoção à Igualdade Racial e Membro do Coletivo Mulheres Negras de Sete Lagoas desde 2017. Em conversa recente com Maria, ela me expõe o seguinte depoimento, potente, trazendo um conceito bastante relevante para o debate:

Sou beneficiada pelo **colorismo**, sou miscigenada. Passo fácil por moreninha, mulata, pretinha. Sou um projeto de preta; e quando eu me branqueava com o cabelo liso... mais ainda o **colorismo** atua. Quando passei a usar o cabelo natural fiquei mais preta, porém o cabelo cresceu e a textura não é tão afro. E aí vi novamente o colorismo. Quanto menos preto mais privilégio. é a conta do Brasil. Ainda tive o privilégio de

um pai de pele clara. Ele contratualizou espaços para mim, mas o racismo sempre está lá presente, sutil, deslizando, potente (Maria).

Esse diálogo ilustra como podemos trazer o debate sobre os temas abordados ao longo deste ensaio no cotidiano dos serviços, a partir de uma releitura da nossa realidade e aproveitando da composição multiprofissional das equipes, com diversos saberes/experiências de vida etc.

A pesquisadora brasileira Alessandra Devulsky (2021) descreve o colorismo como uma ideologia que hierarquiza pessoas negras diante de seu fenótipo, como o tom da pele, o cabelo, a largura da narina e a espessura dos lábios. Para ela, “o colorismo é o braço articulado, o braço tecnológico do racismo e, assim como o racismo, tem nuances na forma como se desenvolve” (Devulsky, 2021 *apud* Martin, 2021). Maria Aparecida Bento (2002) relata que o processo da hierarquização dentro da negritude com base no tom de pele, ou seja, o colorismo, serve apenas à construção da branquitude como ideal de humanidade.

Denuncio o racismo mediante certa desimportância dada ao preenchimento do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de dados dos usuários nos serviços. Mesmo sendo um dado obrigatório nos sistemas de informação do SUS desde 2017 (Brasil, 2017), noto diariamente sua ausência em prontuários, formulários e cadastros em diversas unidades de saúde. Posso afirmar que em meu atual local de trabalho, CAPSad do município de Sete Lagoas, a existência de tal informação é quase nula e, na maioria das vezes, equivocadamente preenchida a partir das impressões subjetivas do profissional responsável pela alimentação de dados, com base nas ideias do colorismo. A consequência disso é a manutenção das iniquidades dos serviços. Além do mais, admito que esse foi o principal motivo que me impossibilitou de realizar uma pesquisa quantitativa, mais detalhada e robusta neste trabalho.

Ao investigar o perfil do adoecimento mental em meu território de atuação, composto por bairros periféricos, dominados pelo tráfico de drogas e com extensas vulnerabilidades sociais, destaco a alta procura por atendimento psicológico e neuropsiquiátrico infantil. Tal demanda é, em sua maioria, originada pelas escolas públicas com queixas relacionadas à indisciplina, dificuldade de aprendizagem, comportamento ansioso e desafiador da criança e/ou adolescente. Essa grande demanda de atendimentos em saúde mental infanto-juvenil advinda das escolas, pôde ser constatada graças a um dispositivo intersetorial denominado Atenção em Rede à Criança e ao Adolescente (ARCA), atuante no município desde 2004.

A ARCA constitui-se por um fórum de discussão articulado em encontros mensais e territorializados, composto por representantes de serviços que atuam no cuidado e proteção à infância e adolescência. A fim de articular ações e efetivar políticas de atendimento infanto-

juvenil no município, o dispositivo funciona da seguinte forma: Cada um dos 7 territórios municipais de saúde conta com um módulo ARCA e por meio da discussão dos casos são apontadas complexidades, fatores de risco e de proteção, que subsidiam planos de ação/intervenção e monitoramento. Esta articulação favorece a corresponsabilização entre os atores envolvidos, considerando singularidades, potencialidades e construção de uma rede sob medida para cada criança /adolescente, evitando a fragmentação das ações e estimulando vínculos comunitários. Participam dos encontros pelo menos um(a) membro(a) representante dos serviços da RAPS pertencentes ao território em questão: e-multi, ESF, CAPSi, Escolas Municipais e Estaduais, Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Organizações da Sociedade Civil (OSC). Enquanto estive atuando como Psicóloga da e-multi, mensalmente participava dos fóruns do meu território de atuação, sendo responsável pela articulação e supervisão dos planos de ação dos casos em discussão no âmbito da atenção primária. Atualmente, atuando no CAPSad, participo apenas mediante solicitação, quando há algum envolvido no caso em discussão em acompanhamento no CAPSad.

Também por meio da ARCA identifico um número significativo de casos de crianças em sofrimento mental em conjunção com o sofrimento materno. Atentando ao perfil dessas mães, sobressaem as mães solteiras, mulheres negras, sobrecarregadas, vítimas de violência, hipermedicalizadas e, geralmente, já diagnosticadas com algum transtorno psiquiátrico e em acompanhamento nos CAPS adulto e CAPSad do município. Recorro, aqui, às palavras da Prof. Raquel Passos (2019), quando ela se refere às “outras formas de manicômio” presentes nos serviços de saúde mental brasileiro, do sutil e perverso silenciamento e apagamento das mulheres pretas, mediante a hipermedicalização e a “prisão domiciliar”, daquelas fadadas ao cuidado do outro e mergulhada em seu trabalho doméstico invisibilizado.

Ainda a respeito das demandas escolares supracitadas, evoco o paralelo feito por David e Vicentin (2020) entre a luta antimanicomial e a luta antirracista, junto à lógica de controle e segregação de corpos de Foucault. Aponto a relação histórica entre loucura e raça no Brasil, apontadas por esses autores, e reflito sobre a tentativa incessante da cultura educacional de patologizar comportamentos típicos infantis e dificuldades de aprendizagem. Sem considerar as fragilidades sociais presentes no contexto desses alunos e suas famílias, as escolas culpabilizam as vítimas e se eximem de suas responsabilidades diante das violências e injustiças sociais presentes no território. Observo que tal situação fica mais evidente quando se trata de famílias pretas.

Lélia Gonzalez (2020) faz uma observação semelhante em seu livro “Por um feminismo Afrolatinoamericano”:

[...] a maioria das crianças negras, nas escolas de primeiro grau, são vistas como indisciplinadas, dispersas, desajustadas ou pouco inteligente. De um modo geral, são encaminhadas a posto de saúde para que psiquiatras e psicólogos as submetam a testes e tratamento que as tornem ajustadas (p. 32).

Atentando às conversas no interior das unidades, em corredores, recepções e até mesmo durante as práticas de cuidado, percebo que, infelizmente, o racismo estrutural ecoa no cotidiano. Denuncio, assim, alguns episódios marcantes presenciados por mim. Um servidor faz menção a um gorila ao se referir a um usuário preto retinto, de alta estatura e porte físico. Um paciente recusa atendimento de uma técnica de enfermagem negra, sendo necessário acionar a polícia militar para intervenção no caso. Uma profissional aborda uma usuária na recepção e compara seus cabelos soltos a uma vassoura de piaçava. Atos discriminatórios explícitos, geralmente justificados como forma de brincadeira e ironia, que contribuem para a manutenção das desigualdades raciais e expõem pessoas negras ao sofrimento. Trata-se de uma questão ética que não se combate apenas por meio de sanções civis e jurídicas, são comportamentos naturalizados por uma ordem social racista, e por esse motivo fica evidente a urgência da implantação e, mais ainda, da execução de políticas públicas voltadas para atenção à saúde da população negra.

Há que se pensar que, para enfrentar o racismo, é preciso desenvolver ações macro e micropolíticas, sendo o nosso cotidiano repleto de exemplos que, infelizmente, se repetem ainda hoje. É um desafio pautar o tema, criar condições para o debate, renomear os eventos e implicar as pessoas envolvidas, tanto as que são vítimas (se for o caso e assim o desejarem), como as que incorrem no crime de discriminação racial.

Arrisco a dizer que a PPES e a PNSIPN têm se resumido aos escritos, pois pouco avisto delas na prática, no contexto em que atuo. Quando se fala em população negra no SUS, percebo lacunas no cumprimento dos princípios constituintes da Lei Orgânica do SUS, n°8080/90, a universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade para garantir o acesso às ações e serviços para todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Equidade para diminuir as desigualdades, ofertando tratamento desigual aos desiguais com maiores investimentos onde há mais carência. Integralidade de ações a fim de atender todas as necessidades dos sujeitos, fomentando articulações das políticas públicas de diversas áreas que possam contribuir para a manutenção

da saúde da população (Brasil, 1990). Deste modo, entendermos o racismo e a misoginia como produtores de sofrimento e como fatores de iniquidade nas políticas públicas é tarefa de todas nós que atuamos no campo da saúde mental.

Retomando minhas experiências, considero a realização do I Fórum Municipal de Saúde da População Negra de Sete Lagoas, realizado em 29 de novembro de 2023, como única ação prática da gestão municipal em prol do debate da questão de raças. Na ocasião, o Secretário Municipal de Saúde recebeu representantes de comunidades negras, de direitos humanos, de grupos religiosos de matriz africana e do legislativo municipal com o intuito de ouvir e debater as demandas de saúde da comunidade negra. Foram ouvidos depoimentos de violações e violências direcionadas a esses grupos específicos, com o objetivo de sensibilizar o poder público às suas pautas, pensando em como combater as iniquidades ainda existentes dentro do sistema municipal de saúde e, consequentemente, minimizar o sofrimento mental da população negra. O Fórum foi mediado pelo Conselho Municipal de Promoção da Igualdade Racial (COMPIR), criado em 2016, contou com a participação de membros da gestão municipal, como Prefeito, Secretário Municipal de Saúde e Vereadores, alguns poucos servidores municipais e representantes da sociedade civil. Em sua maioria, participantes negros(as), pelo que pude perceber.

O COMPIR de Sete Lagoas/MG surge com a sanção da Lei Municipal nº 16/8564, que dispõe sobre a Política Municipal de Promoção da Igualdade Racial e dá outras providências, como a criação do Conselho e do Fundo Municipal de Promoção à Igualdade Racial, vinculados à Secretaria Municipal de Assistência Social. O principal efeito do I Fórum de Atenção à Saúde da População Negra tem sido a ampliação da abordagem do tema violência obstétrica dentre as equipes de saúde. O assunto, que envolve diretamente questões raciais, foi pauta principal do último Fórum Perinatal de Sete Lagoas, realizado em abril de 2025. Em relação à saúde mental, até o momento, não percebo nenhum tipo de mudanças nas políticas pós realização do evento.

Cabe mencionar que Saúde Mental pode ser entendida sob duas perspectivas distintas: como um campo de prática e como uma condição das pessoas.

Saúde Mental como campo de prática evoca o coletivo e refere-se ao conjunto de ações, intervenções e políticas destinadas à promoção de saúde, prevenção e tratamento de transtornos mentais. Envolve a atuação de profissionais como psicólogos(as), psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e demais trabalhadores não só da saúde, mas todos(as) aqueles(as) que atuam em prol do bem-estar dos sujeitos. Vale lembrar que toda ação em saúde é uma ação em saúde mental.

Saúde Mental como condição das pessoas diz sobre o bem-estar psíquico, sobre o estado emocional do indivíduo. Assim, a partir desse ponto de vista, refere-se à relação do sujeito consigo mesmo, sua capacidade de realizar atividades cotidianas, lidar com adversidades, tomar decisões, sua forma de se relacionar com o outro etc., ou seja, sua capacidade de manter-se na linha da vida.

Importante destacar que tais perspectivas se interrelacionam, principalmente, quando pautadas nas vertentes de gênero e raça. A experiência individual da pessoa negra e seus impactos advindos de suas condições sociais e culturais se apresentam de forma indissociável das suas experiências, construções e elaborações de suas condições de vida precárias e adoecedoras. Podemos pensar, assim, na subjetividade como algo marcado e construído também pelo contexto em que vivemos, e não como algo interior nas pessoas, como algumas tradições teóricas pareciam indicar na formação em determinadas áreas profissionais, como a psicologia.

Retomando Dona Ana, seu mal-estar e sua família branca, especulo que suas condições de saúde mental foram atravessadas e, por diversas vezes, questionada. Conta-se que Dona Ana vivia adoentada, muitas vezes acamada, devido a diversos abortos sofridos; crê-se que em consequência das frequentes agressões físicas praticadas pelo seu marido. Suas condições de saúde costumavam ser justificativa para a separação dos filhos de tom de pele mais escuros, por vezes, criados por parentes e vizinhos. Além disso, geralmente, esse era também o motivo dado para as constantes ausências de Dona Ana em confraternizações de família e amigos; além dos impedimentos de um possível investimento em seus dons artísticos, que, facilmente, se tornariam fonte de renda própria.

As posses de Dona Ana, herdadas do padrasto, passaram a ser controladas pelo marido de origem humilde e conduta duvidosa, que, sorrateiramente fez desaparecer em meio a jogos de azar e gastos com profissionais do sexo. Esse homem, muitas vezes, se referia a Dona Ana como a empregada de sua residência em conversa com demais moradores do pequeno vilarejo em que residiram; mesmo todos eles sendo cientes da relação afetiva e oficialmente registrada do casal.

Sobre a família descendente, não caracteriza surpresa o fato das duas últimas gerações, das cinco constituídas até hoje, em sua minoria não terem conhecimento de sua origem afrodescendente, muito menos das violências e repressões vividas pela matriarca da família. Muitos dos membros da família de Dona Ana pouco reconhecem a história, potências e desafios enfrentados por ela. Uma família que hoje é, notoriamente, branca e vaidosa, traz como

referência uma mulher rouca, que pouco falava, vivia no quarto e de vez em quando tentava preencher seu tempo livre cantando e bordando. Raramente um(a) descendente de Dona Ana menciona sua cor de pele nas mínimas vezes em que é citada em conversas sobre seus antepassados. Tive conhecimento de que a voz rouca de Dona Ana ainda hoje se faz presente como forte característica de muitas descendentes dessa mulher tão silenciada.

Por outro lado, obtive a informação de que todas as 6 filhas de Dona Ana e, muitos das centenas de netos que teve, herdaram seu dom artístico. Soube ainda que alguns(as) deles construíram sua vida pela arte: como uma neta formada em música; um músico profissional; outro artista plástico; e muitas bordadeiras e pintoras. Percebo a perpetuação de uma história, mesmo que de forma inconsciente, apesar da tentativa de apagamento e silenciamento da matriarca. Estimo que as próximas gerações mantenham esse legado; porém conscientes e orgulhosas de suas origens e, ainda, reconstrutoras de uma história de luta por sobrevivência. Almejo que sempre haja reconhecimento e (re)valorização de muitas outras histórias de matriarcas brasileiras atravessadas pelo patriarcado e racismo presentes na sociedade brasileira, desde os tempos coloniais até a contemporaneidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Negro é uma cor de respeito

Negro é inspiração

Negro é silêncio, é luto

negro é a solidão

(Dona Ivone Lara. “Sorriso Negro”. 1981)

A História de Dona Ana e sua família me inspirou a desenvolver esses escritos. Um passado ainda fortemente presente em tempos tão distantes, presentes na vida de muitas famílias brasileiras e presentes no cotidiano de meu trabalho. Uma história que a sociedade insiste em apagar, porém, alguns ainda se dispõem a escancarar.

Faço parte desse pequeno grupo disposto a lutar contra um sistema predominante e adoecedor. Não só por solidariedade ao povo preto brasileiro e/ou sororidade às mulheres vítimas do patriarcado, mas por carregar a certeza de que também sou fruto de uma família brasileira embranquecida, e mais ainda, por dever ético profissional de promover reflexões e ações a fim de combater o racismo na sociedade. Sinto obrigação de trazer à tona essa pauta oculta durante séculos, reprodutora e mantenedora de desigualdades e sofrimento mental.

Aprofundar na temática de gênero e raça no campo da saúde mental é como colocar uma lupa nas práticas de atenção psicossocial e perceber a amplitude da transformação proposta pelos reformistas e da distância que estamos de alcançar resultados significativos, no que se refere à equidade. Há uma imensidão no caminho a ser percorrido por nós, profissionais de saúde mental.

Nitidamente, o racismo estrutural esbarrou, atravessou e ficou na Reforma Psiquiátrica Brasileira e a população preta no País ainda vive dentro dos pequenos manicômios reproduzidos em nossas políticas públicas e práticas de cuidado em saúde mental. Pensamos na retirada do louco do isolamento terapêutico, mas mantivemos os(as) pretos(as) sem trabalho, lazer, cultura e vida social ao desconsiderar a colonialidade e separarmos raça e razão. Como mencionaram David, Vicentin e Schucman (2024, p.2): “o louco e o negro (ou vice-versa) não foram criados desassociadamente”. Seguimos produzindo exclusão social, estigmatização da diversidade e suprimindo direitos. Ao passo em que anulamos as questões de gênero e raça do debate antimanicomial, outra anulação foi escancarada: o esvaziamento do sujeito preto, a exclusão de sua cidadania e autonomia; sua identidade.

Novas propostas para um cuidado antirracista no âmbito da RAPS têm sido apresentadas pelos principais estudiosos da temática na atualidade. David (2022); David e Vicentin (2023; 2024) e Schucman (2024) apostam no quilombamento, racialização e desracialização das práticas psicossociais. Esses autores cogitam para o cuidado em saúde mental “o fomento do exercício livre e contracultural de imaginar diásporas [...] modos de subjetivação desnorteados que criem estratégias de quilombação dentro e fora da RAPS” (2024). Assim, seria possível manter viva a memória dos quilombos, símbolo de força, união, e luta contra os privilégios e a hegemonia branca. Trata-se de uma perspectiva *antimanicolonial* que, por meio da associação histórica, projeta o quilombamento como fonte de fortalecimento da dignidade e significações de liberdade, justiça e representatividade (David; Vicentin e Schucman, 2024). Referem-se o “quilombo como metáfora viva da radicalização das relações das diferenças” (David, 2022 *apud* David e Vicentin, 2023, p.4). Esses autores defendem o *quilombamento* da Reforma Psiquiátrica Brasileira envolvendo práticas que promovam autonomia, autoestima e cuidado coletivo, valorizando saberes populares e experiências de vida. Desafiando as formas tradicionais de tratamento e integrando ao sistema de saúde uma perspectiva de cuidado que reconheça as especificidades culturais e sociais, promovendo o empoderamento dos sujeitos e suas comunidades na construção de uma saúde mental mais acolhedora e inclusiva (2020).

Outra saída apresentada para o enfrentamento do racismo no campo da saúde seria o Letramento Racial, uma espécie de conscientização crítica de usuários e profissionais dos serviços de saúde capazes de reeducar a população numa visão antirracista (Silva, 2019, *apud* Tavares; Jesus Filho e Santana, 2020). Considera-se o letramento racial essencial para potencializar espaço de diálogo e reflexão sobre as questões raciais, contribuindo para a promoção da equidade e do respeito às diversidades (Tavares, Jesus Filho e Santana, 2020).

Perante a constatação histórica levantada, apesar da complexidade do tema, me vejo como entusiasta do simples e do básico. Tenho identificado uma certa inversão da lógica direcionadora dos cuidados psicossociais em meu campo de trabalho, ao perceber profissionais, principalmente médicos da APS, com a escuta cada vez mais reduzida, estreitando a singularidade da escuta apenas aos profissionais de serviços especializados em saúde mental. Aposto na educação continuada, na horizontalidade dos serviços, com foco e retomada do papel de todo e qualquer profissional da área da saúde, no básico proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira: a abordagem ampliada na pessoa, territorializada e integralizada, tratada na construção da prática psicossocial. Somente através de uma escuta genuína e qualificada

seremos capazes de identificar e trazer luz aos apagamentos estruturais de raízes, potências e valores afrodescendentes em nosso País. Resgatar o sujeito inteiro, sua história, direitos e autonomia furtados por uma lógica perversa, a lógica do vigiar e punir descrita por Foucault ainda no século passado (Amarante e Torre, 2018).

Isildinha Baptista Nogueira (2018) aponta, em seus estudos sobre significações do corpo negro, a tendência de afastamento do negro e aproximação do branco nas dinâmicas das relações raciais. Sem aproximação, não tem vínculo; sem vínculo, não tem cuidado; sem cuidado, não tem saúde e, por fim, sem saúde não tem vida.

O papel do profissional de saúde mental é expandir o sujeito. A reforma psiquiátrica deve acontecer dentro de cada um(a) de nós, nas cidades, na resistência e na militância, em prol da efetivação dos direitos de todo e qualquer cidadão, da equidade. É preciso recuperar e restituir não só histórias desvalidas, sujeitos destituídos de ir e vir, destituídos da vida; mas o principal: ressignificar nossas práticas estruturalmente excludentes, totalitárias e racistas.

Faço deste ensaio um movimento de *Sankofa*, filosofia africana que, literalmente, significa “volte e pegue” (*san* – voltar, retornar; *ko* – ir; *fa* – olhar, buscar e pegar); alguns estudiosos da diáspora negra a traduzem com o provérbio “nunca é tarde para voltar e apanhar o que ficou para trás” (Chagas, 2024). Talvez eu possa ser apontada como utópica, mas, ainda assim, vislumbro uma dinâmica coletiva de *Sankofa*, em prol da efetiva equidade em nossas políticas públicas e práticas em saúde mental no País.

7 REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. RIBEIRO, Djamila (coord.). **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen. 2019. 152p. (Coleção Feminismos Plurais). *E-book*.

ALMEIDA, Silvio. RIBEIRO, Djamila (coord.). **Racismo Estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen. 2019. 162p. (Coleção Feminismos Plurais). *E-book*.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo H. G.. De volta à cidade, Sr. Cidadão! Reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 52, 6, p. 1090-1107, nov-dez 2018.

ARBEX, Daniela. **O Holocausto Brasileiro**. Rio de Janeiro: Intrínseca. Junho de 2013. 280p.

BENTO, Maria A. S.. Braqueamento e Branquitude no Brasil. In: CARONE, Iray; Bento, Maria A. S.. **Psicologia Social do Racismo**: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Vozes. 2002. p. 25-58.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 23 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política do SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/publicacoes/politica-nacional-de-saude-integral-da-populacao-negra-1-edicao-2010>. Acesso em: 12 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de Promoção da Equidade em Saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_prococao_equidade_saude.pdf. Acesso em: 12 abr. 2025.

CARNEIRO, Sueli. **Dispositivo de Racialidade**: A construção do outro como não ser como fundamento do ser. Rio de Janeiro: Zahar. 2023. 416p. *E-book*.

CHAGAS, Mariana. Tudo sobre o sankofa, símbolo africano que conecta passado e futuro. **Vida Simples**. [S.l.]. 10 jun. 2024. Disponível em: <https://vidasimples.co/relacionamentos/tudo-sobre-o-sankofa-simbolo-africano-que-conecta-passado-e-futuro/>. Acesso em: 25 mai. 2025.

COLLINS. Patricia e BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Tradução Rane Souza. São Paulo: Boitempo. 2020. 341p. *E-book*.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2000. 141-168.

DAVID, Emiliano C.. Itinerários da Saúde Mental da População Negra: em busca de uma reforma psiquiátrica antimanicomial. In: **Psicologia Brasileira na Luta Antirracista**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; Comissão de Direitos Humanos. 2022. vol. 1. 93-140.

DAVID, Emiliano C.; VICENTIN, Maria C. G.. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.44, p. 264-277, out. 2020.

DAVID, Emiliano C.; VICENTIN, Maria C. G.. Práticas antirracistas na Rede de Atenção Psicossocial: racializar e desnortear. **Psicologia & Sociedade**. [S.l.], 35, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/6V5s3KqZnwmGj7WVccymnfx/>. Acesso em: 24 mai. 2025.

DAVID, Emiliano C.; VICENTIN, Maria C. G.; SCHUCMAN, Lia V.. Desnortear, aquilombar e o antimanicomial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.l.], v. 29, n. 3, 2024.

DEVULSKY, Alessandra. RIBEIRO, Djamila (coord.) **Colorismo**. São Paulo: Jandaíra. 2021. 128p. (Coleção Feminismos Plurais). *E-book*.

DEVULSKY, Alessandra. O colorismo é o braço articulado do racismo. Entrevista cedida a Roberto de Martin. **Carta Capital**. Brasília, 23 mar. 2021. Diversidade. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/entrevistas/o-colorismo-e-o-braco-articulado-do-racismo/>. Acesso em 18 mai.2025.

EM MÉDIA, mulheres dedicam 10,4 horas por semana a mais que os homens aos afazeres domésticos ou ao cuidado de pessoas. **Agência de Notícias IBGE**. [S.l.]. 31 jul.2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/27877-em-media-mulheres-dedicam-10-4-horas-por-semana-a-mais-que-os-homens-aos-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-de-pessoas>. Acesso em: 22 mai.2025.

EMICIDA. **AmarElo**. [S.l.].Sony Music. 2018.

EMICIDA. **Mãe**. [S.l.]. Laboratório Fantasma. 2015.

EVARISTO, Conceição. A escrevivência e seus subtextos. In: DUARTE, Constância L.; NUNES, Isabella R.. **Escrevivência: a escrita de nós**: Reflexões sobre as obras de Conceição Evaristo. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte. 2020. 27-46.

FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL. **Primeira Infância Primeiro**. [S.l.]. Disponível em: <https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/municipios/sete-lagoas-mg/>. Acesso em 15 de abril de 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2022. Panorama. Cidades. Sete Lagoas-MG. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sete-lagoas/panorama>. Acesso em: 31 mar. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2022. Panorama. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 31 mar. 2025.

GONÇALVES, Aline N. da S.. Luiza Mahin: uma mãe preta. In: MARINHO, Thais A.; SIMONI, Rosinalda, C. da S. (org.). **Dicionário Biográfico Histórias Entrelaçadas de Mulheres Afrodiaspóricas**. Goiânia: Tempestiva, 2024. 435-442.

GONZALEZ, Lélia. **Por um Feminismo Afro-LatinoAmericano: Ensaios, invenções e diálogos**. Rio de Janeiro: Zahar. 2020. 349p. *E-book*.

HARTMAN, Saidiya. Saidiya Hartman: A história da escravidão moldou a vida de todos nós. Entrevista cedida à Stephanie Borges. **Gama Revista**. [S.l.]. 22 out.2021. Disponível em: <https://gamarevista.uol.com.br/formato/conversas/saidyia-hartman-a-historia-da-escravidao-moldou-a-vida-de-todos-nos/>. Acesso em: 13 mai. 2025.

LARA, Ivone. **Sorriso Negro**. [S.l.]. WEA. 1981.

LI, Negra. **Negra Livre**. [S.l.]. Universal Music. 2006.

LOURENÇO, Cristiane. Uma sociedade desigual: reflexões a respeito de racismo e indicadores sociais no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, v.146, p.75-96, 2023.

LUTA Antimanicomial e novas formas de manicomialização. Associação Brasileira de Psicologia Social ABRAPSO. Convidado Emiliano Camargo David. [S.l.]. 13 mar. 2025. 1 vídeo (66min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dwkh09VZqvA>. Acesso em: 31 mar. 2025.

MARTIN, Roberto. O colorismo é o braço articulado do racismo. **Carta Capital**. Brasília, 23 mar. 2021. Diversidade. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/entrevistas/o-colorismo-e-o-braco-articulado-do-racismo/>. Acesso em 18 mai. 2025.

MEDEIROS. Kenia E. G.. Maria Grampinho: Maria da Purificação: entre cores e retalhos de memórias. In: MARINHO, Thais A.; SIMONI, Rosinalda, C. Da S. (org.). **Dicionário Biográfico Histórias Entrelaçadas de Mulheres Afrodiaspóricas**. Goiânia: Tempestiva, 2024. 545-552.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Superintendências Regionais de Saúde e Gerências Regionais**. Belo Horizonte. 2025. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/superintendencias-regionais-de-saude/srs-sete-lagoas-sesmg/>. Acesso em 25 de maio de 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº344, de 1 de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Diário oficial da união: Seção 1, Brasília, DF, n. 24, p. 62, 2 de fevereiro de 2017. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=62&data=02/02/2017>

NOGUEIRA, Isildinha B.. **Significações do corpo negro**. 1998. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE DESIGUALDADES, **Relatório do Observatório Brasileiro das Desigualdades**. Pacto Nacional pelo Combate às Desigualdades. [S.l.]. CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. 2024. Disponível em: https://combateasdesigualdades.org/wp-content/uploads/2024/09/RELATORIO_2024_v3-1.pdf. Acesso em 20/05/2025. Acesso em: 08 mai. 2025.

PASSOS, Rachel G. “De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na saúde mental brasileira. **O Social em Questão**. Rio de Janeiro. vol. 20, n. 38, p. 77-94, mai. 2017.

PASSOS, Rachel G. “Holocausto ou navio negreiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**. Vitória, v.10, n. 3, p. 11-22, dez. 2018.

PENSADOR, Gabriel . **Racismo é Burrice**. Rio de Janeiro. Sony Music. 2002.

POPULAÇÃO de rua cresce em Sete Lagoas: Um crescimento similar a capital mineira, guardadas as devidas proporções, é claro. **Folha de Sete Lagoas**. Sete Lagoas, 9 fev. 2023. Disponível em: <https://folhadesetelagoas.com/noticia/37679/populacao-de-rua-em-cresce-em-sete-lagoas>. Acesso em: 22 abr.2025.

QUASE 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra. Portal Geledes. [S.l.]. 2017. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/quase-80-da-populacao-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra/>. Acesso em: 31 de mar. 2025.

SÁ, Sandra de. **Olhos Coloridos**. [S.l.]. RGE Discos. 1982.

SARACENO, Benedito. A cidadania como forma de tolerância. **Revista de Terapia Ocupacional**. Universidade de São Paulo, 2011.vol. 2. n. 2. p. 103-101. Mai./ago. 2011.

SETE LAGOAS, **Lei nº 7707 de 14 de janeiro de 2009**. Cria o Colegiado da Rede Municipal de Atenção à Saúde Mental de Sete Lagoas e dá outras providências. Sete Lagoas, MG: Prefeitura Municipal de Sete Lagoas. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/mg/s/sete-lagoas/lei-ordinaria/2009/771/7707/lei-ordinaria-n-7707-2009-cria-o-colegiado-da-rede-municipal-de-atencao-a-saude-mental-de-sete-lagoas-e-da-outras-providencias?q=7707>

SETE LAGOAS, **Lei nº 8564 de 04 de maio de 2016**. Dispõe sobre a Política Municipal de Promoção da Igualdade Racial – PMPir e dá outras providências. Sete Lagoas, MG: Prefeitura Municipal de Sete Lagoas. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/s/sete-lagoas/lei-ordinaria/2016/856/8564/lei-ordinaria-n-8564-2016-dispoe-sobre-a-politica-municipal-de-promocao-da-igualdade-racial-pmpir-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 23 mai.2025.

SETE LAGOAS. Secretaria Municipal de Assistência Social. **Pesquisa Socioassistencial: População em Situação de Rua**. Sete Lagoas. 2023. Disponível em: https://www.setelagoas.mg.gov.br/arquivo/download/11615/categoria/10022/pesquisa_socioasistencial. Acesso em 13 de maio de 2025.

SHUCMAN, Lia V.; SILVA, Iolete R.. **Branquitude**. In: Psicologia Brasileira na Luta Antirracista. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Vol. 1. 2002. 32-48.

SILVA, Bezerra. **Inferno Colorido**. [S.l.]. RCA. 1980.

SILVA, Francisca T. E. da S. Maria do Socorro Eugênio da Silva: História de vida da matriarca Socorro Eugênio. In: MARINHO, Thais A.; SIMONI, Rosinalda, C. Da S. (org.). **Dicionário Biográfico Histórias Entrelaçadas de Mulheres Afrodiáspóricas**. Goiânia: Tempestiva, 2024. 515-520.

SOUSA, Fabiana. ELZA SOARES. In: MARINHO, Thais A.; SIMONI, Rosinalda, C. Da S. (org.). **Dicionário Biográfico Histórias Entrelaçadas de Mulheres Afrodiáspóricas**. Goiânia: Tempestiva, 2024. 217-226.

SOUZA, Jessé: **Como o racismo criou o Brasil**. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2021. p. 291. *E-book*.

TAVARES, Jeane S. C.; JESUS FILHO, Carlos A. A; SANTANA, Elisangela Ferreira. Por uma Política de Saúde Mental da População negra no SUS. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros**. [S.l.], v. 12, 138-151. Out. 2020.

ZANLORENSSI, Gabriel; HEMERLY, Giovanna. A expectativa de vida no Brasil em quatro gráficos. **Nexo Jornal**. [S.l.]. 1 out. 2024. Políticas Públicas. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/dados/2024/10/01/expectativa-de-vida-brasil-2024-grafico>. Acesso em: 15 mar. 2025.