

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

KELLY PAULA DO AMARAL BRITO

**Saúde Mental das Mulheres Negras Brasileiras: uma revisão de escopo**

Ribeirão Preto

2023

KELLY PAULA DO AMARAL BRITO

**Saúde Mental das Mulheres Negras Brasileiras: uma revisão de escopo**

**Versão Original**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Linha de Pesquisa: Ciências Humanas e a Promoção do Cuidado em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Lucas Pereira de Melo

Ribeirão Preto

2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: AMARAL, Kelly Paula do

Título: Saúde Mental das Mulheres Negras Brasileiras: uma revisão de escopo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_

Dedico este trabalho a todas às mulheres negras, revolucionárias, que forjam outra maneira de sociabilidade todos os dias e que, mesmo tendo sido arrancadas de suas origens, permanecem fincando raízes de esperança pra quando chegar a hora de tudo virar...

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a cada pessoa que se fez presente, emanou boas energias, acalmou os dias turbulentos, foi rede de apoio na maternagem e na recuperação da saúde, especialmente minha mãe Magda, meu pai Amarildo, meu companheiro-amor Aldieres, meu amado filho Miguel e minhas amigas antirracistas maravilhosas. Agradeço ao meu irmão Diego por ter sobrevivido e continuado sua real trajetória (Real Bboy), se não fosse isso, talvez eu não estaria aqui. Faço, ainda, um agradecimento especial ao meu orientador Lucas Pereira Melo, por ter aceitado estar comigo nessa trajetória, pela relação que construímos e pelo que fica de mais precioso, a nossa amizade.

Agradeço a colaboração em pesquisa dos companheiros Lúcia Guerra e Alef Santana, imprescindíveis para a conclusão desse trabalho as indicações para apropriação do método feitas pela Profa. Renata Silveira.

Agradeço à minha família de amigas: Aila, Edvania, Flávia, Fran, Julia, Juliana, Lari, Livia, Kleber, Vivi e aos nossos grupos de apoio (Júlia com Júlia, Fran com Fran, Aila com Aila, Kelly com Kelly, etc.), e a cada membra do nosso Clube de Leituras Feministas.

Agradeço ao coletivo 'Formação é Política', especialmente aos amigos Léo e Áquilas que, humildemente, me forneceram as bases para o avanço no pensamento e pesquisa com direcionamento crítico marxista através da organização popular, coletiva e sobretudo do amor.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

“O lixo vai falar, e numa boa” (GONZALEZ, 1984, p.225).

## RESUMO

BRITO, Kelly Paula do Amaral. **Saúde mental das mulheres negras brasileiras**: uma revisão de escopo. 2023. Dissertação (Mestrado – Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

É categórico afirmar que, historicamente, as mulheres negras vivenciam a base da estrutura social. As especificidades das condições dessas mulheres estão estampadas em documentos e retratos estatísticos, revelando um cenário devastador que incide sobre todos os aspectos de suas vidas, da saúde, sobrevivência e moradia ao cárcere, violência e desemprego. Pelo exposto, pensar sobre saúde mental da mulher negra no Brasil demanda um aprofundamento nas entranhas do percurso histórico da formação social brasileira em correlação direta com a organização das sociedades de capitalismo central. A saúde mental é compreendida nesse texto enquanto termo e significado em disputa e movimento, e que corresponde a um vasto campo de alcance e que quando projetado numa direção emancipadora, gera revolta contra os mecanismos naturalizados hegemonicamente. Assim, este estudo objetivou mapear a produção científica nacional e internacional sobre a saúde mental das mulheres negras brasileiras, identificando lacunas e como o campo tem se apresentado. Para sua operacionalização, optou-se pela revisão de escopo que foi conduzida de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute*, com estratégias de busca completas para sete bases de dados e literatura de difícil alcance, a saber: BVS; Scielo; PubMed; Web Of Science; PsyInfo; Embase; Google Scholar e uma revista específica, a Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. A pergunta que mobiliza esta revisão de escopo, formulada a partir da estratégia PCC, é: Qual a abrangência da produção científica sobre a saúde mental das mulheres negras brasileiras? Os dados demonstraram que as informações sobre a saúde mental das mulheres negras brasileiras são diversas e retratam, majoritariamente, as condições de mulheres negras residentes nas regiões Nordeste e Sudeste. Os resultados foram apresentados através de quatro categorias: Sofrimento psíquico, sobrecarga e saúde mental; Resistência e território; Sobre nós, mulheres negras; e Violência racial de gênero contra todas as mulheres negras. Conclui-se que as mulheres negras brasileiras, cotidiana, cíclica e intergeracionalmente têm a saúde mental exposta de maneira cruel por estarem envoltas à violência-racial-estrutural de gênero e classe.

Palavras-chave: Saúde mental. Mulheres. Brasil. Raça e Saúde. Gênero e Saúde.

## ABSTRACT

BRITO, Kelly Paula do Amaral. **Mental health of Black Brazilian Women:** a scope review 2023. Dissertation (Master – PsychiatricNursing) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

It is categorical to state that, historically, black women experience the base of the social structure. The specifics of these women's conditions are stamped in documents and statistical portraits, revealing a devastating scenario that affects all aspects of their lives, from health, survival and housing to prison, violence and unemployment. Based on the above, thinking about the mental health of black women in Brazil demands a deeper understanding of the historical path of Brazilian social formation in direct correlation with the organization of central capitalist societies. Mental health is understood in this text as a term and meaning in dispute and movement, which corresponds to a vast field of reach and which, when projected in an emancipatory direction, generates revolt against hegemonically naturalized mechanisms. Thus, this study aimed to map the national and international scientific production on the mental health of black Brazilian women, identifying gaps and how the field has presented itself. For its operation, we opted for a scope review, which was conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute methodology, with complete search strategies for seven databases and hard-to-reach literature, namely: VHL; Scielo; PubMed; Web Of Science; PsyInfo; Base; Google Scholar and a specific journal, the Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. The question that mobilizes this scope review, formulated from the PCC strategy, is: What is the scope of scientific production on the mental health of black Brazilian women? The data showed that information about the mental health of black Brazilian women is diverse and portrays, mostly, the conditions of black women living in the Northeast and Southeast regions. The results were presented through four categories: Psychic suffering, overload and mental health; Resistance and territory; About us black women; and Racial gender violence against all black women. It is concluded that, daily, cyclically and intergenerationally, black Brazilian women have their mental health cruelly exposed because they are involved in racial-structural violence of gender and class.

Keywords: Mental Health. Women. Brazil. Race and Health. Gender and Health.

## RESUMEN

BRITO, Kelly Paula do Amaral. **Salud Mental de Mujeres Negras Brasileñas**: una revisión de alcance. 2023. Tesis (Maestría – Enfermería Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Es categórico afirmar que, históricamente, las mujeres negras viven la base de la estructura social. Las condiciones específicas de estas mujeres están estampadas en documentos y retratos estadísticos, revelando un escenario devastador que afecta todos los aspectos de sus vidas, desde la salud, la supervivencia y la vivienda hasta la prisión, la violencia y el desempleo. Con base en lo anterior, pensar sobre la salud mental de las mujeres negras en Brasil exige una comprensión más profunda del camino histórico de la formación social brasileña en correlación directa con la organización de las sociedades capitalistas centrales. La salud mental es entendida en este texto como un término y significado en disputa y movimiento, que corresponde a un vasto campo de alcance y que, al proyectarse en una dirección emancipadora, genera rebeldía contra los mecanismos hegemónicamente naturalizados. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo mapear la producción científica nacional e internacional sobre la salud mental de las mujeres negras brasileñas, identificando lagunas y cómo el campo se ha presentado. Para su operacionalización se optó por una revisión de alcance, la cual se realizó según la metodología del Instituto Joanna Briggs, con estrategias de búsqueda completas para siete bases de datos y literatura de difícil acceso, a saber: BVS; Scielo; PubMed; Web de la Ciencia; PsyInfo; Base; Google Scholar y una revista específica, la Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. La pregunta que moviliza esta revisión de alcance, formulada a partir de la estrategia del PCC, es: ¿Cuál es el alcance de la producción científica sobre la salud mental de las mujeres negras brasileñas? Los datos mostraron que la información sobre la salud mental de las mujeres negras brasileñas es diversa y retrata, en su mayoría, las condiciones de las mujeres negras que viven en las regiones Nordeste y Sudeste. Los resultados fueron presentados a través de cuatro categorías: Sufrimiento psíquico, sobrecarga y salud mental; Resistencia y territorio; Sobre nosotras las mujeres negras; y Violencia racial de género contra todas las mujeres negras. Se concluye que, cotidiana, cíclica e intergeneracionalmente, las mujeres negras brasileñas tienen su salud mental cruelmente expuesta por estar involucradas en violencia racial-estructural de género y clase.

Palabras clave: Salud Mental. Mujeres. Brasil. Raça y Salud. Género y Salud.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABPN	Associação Brasileira de Pesquisadores Negros
APS	Atenção Primária à Saúde
DEPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atendimento Psicossocial
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAWBA	Questionário Avaliação de Desenvolvimento e Bem Estar
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos
DORT	Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho
DPP	Depressão Pós-Parto
DRS	Departamento Regional de Saúde
DSM	Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais
DUREL	Dimensões da religiosidade através da escala <i>Duke University Religion Index</i>
EAR	Escala de Autoestima de Rosenberg
EOD	Instrumento <i>Experience of Discrimination</i>
FAP	Psicoterapia Analítico Funcional
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias

IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
JBIC	<i>Joanna Briggs Institute Collaboration</i>
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSF	Open Science Framework
PHQ	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISPN	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Negra
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - Scoping Review</i>
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SCAALA	<i>Social Change, Asthma and Allergy in Latin America</i>
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SDQ	Questionário de Forças e Dificuldades
SIAB	Sistema de Informações de Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SRQ-20	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Terapia de Aceitação e Compromisso
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UF	Unidade Federativa
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
TMC	Transtornos Mentais Comuns
USF	Unidade de Saúde da Família
WHOQOL-Bref	Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégia PCC para a pergunta de pesquisa.....	42
Quadro 2 - Bases de Dados utilizadas nas buscas dos estudos .....	43
Quadro 3 - Planejamento, pré-teste, identificação. ....	46
Quadro 4 - Estratégia PCC .....	46
Quadro 5 - Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde – DeCS utilizados nas buscas.....	47
Quadro 6 - Descritores alcançados através do <i>Medical SubjectHeadings</i> – MeSH.....	48
Quadro 7 - Etapa 2 do processo de seleção .....	54
Quadro 8 - Seleção das publicações e extração dos dados .....	55
Quadro 9 - Características gerais dos estudos incluídos na revisão, considerando a distribuição em identificação do estudo, autores, título, periódico e ano de publicação. ....	57

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Sintaxe matriz .....	49
Tabela 2 - Termos e expressão de busca (sintaxe) utilizados no estágio de identificação da literatura em cada base de dados. ....	50

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de busca e seleção dos estudos conforme o Preferred Report Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses - (PRISMA- Scr) .....	56
Figura 2 - Mapa mental sobre a organização e principais temas dispostos nas categorias.	61
Figura 3 - Número de publicações por ano. ....	114
Figura 4 - Periódicos e número de publicações sobre o tema. ....	116
Figura 5 - Publicações por região. ....	117
Figura 6 - Publicações por Estado. ....	117
Figura 7 - Divisão dos artigos entre quali-quantitativo, qualitativo e quantitativo. ....	118
Figura 8 - População participante. ....	120
Figura 9 – Síntese dos objetivos. ....	121
Figura 10 - Descrição do Preferred reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - Scoping Review (PRISMA-ScR). ....	169

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>2. OBJETIVO</b> .....	39
<b>3. MÉTODO</b> .....	40
3.1 PROTOCOLO DE REGISTRO .....	41
3.2 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO .....	41
3.3 FONTES DE INFORMAÇÃO .....	43
3.5 SELEÇÃO DAS FONTES DE EVIDÊNCIA.....	54
3.6 EXTRAÇÃO DE DADOS .....	55
3.7 APRESENTAÇÃO DOS DADOS .....	55
<b>4. RESULTADOS</b> .....	56
4.1 SELEÇÃO DAS FONTES DE EVIDÊNCIA.....	56
4.2 CARACTERÍSTICAS DAS FONTES DE EVIDÊNCIAS .....	56
4.3 SÍNTESE DE RESULTADOS .....	57
<b>4.3.1 Ano e número de publicações</b> .....	114
<b>4.3.2 Periódicos</b> .....	115
<b>4.3.3 Local de realização dos estudos</b> .....	116
<b>4.3.4 Método (s)</b> .....	117
<b>4.3.5 População participante</b> .....	120
<b>4.3.6 Objetivo (s)</b> .....	120
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	123
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	157
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	160
<b>ANEXO</b> .....	169

## APRESENTAÇÃO

Defender a versão final desta pesquisa de Mestrado exige que eu diga o quanto ela me doeu, curou e esperançou reiteradas vezes. Em diversos momentos, os dados analisados perpassaram a minha própria experiência e existência, me colocando em contato com memórias, sensações, vivências. Ao mesmo tempo, tudo isso aguçava as minhas percepções sobre a historicidade do “tornar-se negra” e do “ser negra” no Brasil, além das constantes indagações: como teria sido em África? Como teria sido se não fosse o sequestro, a violência e a manutenção sofisticada de mecanismos perversos que nos mantêm exploradas e violentadas até hoje? Será que eu saberia quem foi minha bisavó? Será que minha avó não teria sido escravizada pela “boa família branca” que a ensinou a ter “educação” através da servidão? Será que ela teria sido criada pela sua mãe? Será que teria estudado? Será que teria tido a sonhada casa própria? Será que as falas desconexas apresentadas no final da vida teriam sido interpretadas como sintomas de uma infecção e não pela via do racismo religioso? Será que minha mãe, meus tios e tias teriam tido destinos melhores, sem fome, sem miséria, sem alcoolismo, sem morte precoce? Será...

Ingressei na graduação em 2005 através da ousadia e do desejo que partia de mim e de minha mãe, mas sem nenhuma condição concreta para permanência estudantil na universidade. Naquela ocasião, o acesso à informação era tão precário que eu sequer sabia que poderia tentar uma vaga em uma universidade pública. Acabei por conseguir uma bolsa de estudos através de um programa governamental estadual, no qual eu precisava trabalhar gratuitamente em uma escola pública todos os finais de semana, durante quatro anos, em troca do acesso à universidade. E assim aconteceu: me graduei em Serviço Social em 2009 pela Universidade de Ribeirão Preto/SP.

Após algumas experiências de trabalho em políticas públicas, ingressei na área da saúde, especificamente na unidade de emergência de um hospital universitário vinculado à Universidade de São Paulo (USP), na qual trabalhei como assistente social na enfermaria psiquiátrica de urgência. Naquela ocasião, imersa na busca pela percepção daquele espaço e as demandas que se apresentavam cotidianamente, identifiquei como importante organizar momentos com as pessoas internadas naquele serviço e seus familiares, objetivando sanar dúvidas sobre o que poderia acontecer durante a internação, sobre como funcionava aquele espaço, e outras preocupações que pudessem pairar o pensamento dessas pessoas. Frequentemente, eu podia observá-las criando e alimentando redes de solidariedade e fortalecimento após os encontros, assim como relatos sobre estarem se sentindo um pouco

menos desconfortáveis. O intitulado “Grupo de Acolhimento da Psiquiatria” chegou a ser pensado por mim como possibilidade de pesquisa para o Mestrado, mas, com o passar do tempo, comecei a me questionar sobre o porquê de, em pleno século XXI, eu precisar, mais uma vez, “provar” através do aprofundamento da pesquisa que grupos de acolhimento, de reflexão, de informações, de controle social são indispensáveis. Aquela possibilidade de pesquisa passou a me parecer “mais do mesmo”, por querer provar a importância de algo óbvio, ainda que eu soubesse que, mesmo parecendo óbvio, até hoje permanecemos reivindicando e gritando ao léu por acesso a intervenções básicas e elementares.

Bem mais pra frente, experienciando, ouvindo pessoas usuárias do serviço institucional, percebendo as “terríveis coincidências” a que mulheres negras estão expostas, consumindo produções críticas sobre saúde e saúde mental pude entender o que se passava comigo em relação à decisão sobre os rumos da pesquisa e que se assenta no que diz Rachel Gouveia: *não era sobre humanizar a estratégia manicomial, era sobre rompê-la!* E eu queria, de fato, apostar em algo que trouxesse a amplitude e a complexidade do problema.

As histórias de vida das mulheres negras eram as que mais me chamavam a atenção, tanto pela semelhança, quanto pela crueldade e resistência para existir. Os sofrimentos que colaboravam para a sua hospitalização de urgência em uma enfermagem psiquiátrica perpassava o desemprego, as violências, o sexismo, o racismo, a transfobia, as privações diversas, a retirada dos seus filhos pelo Estado, a morte de seus filhos e familiares, também pelo Estado (que matou ou deixou morrer), a falta de acesso a serviços essenciais, a falta de moradia e renda, a tristeza, o banzo... E quanto mais histórias eu ouvia, menos me parecia que os remédios, a internação, a terapêutica ofertada iriam resolver algo em sua profundidade e historicidade.

Nessa trajetória de inquietude e busca por respostas, me deparei com a possibilidade de fazer uma formação política em saúde, através de um coletivo marxista que me possibilitou, além de amigos que levo pela vida, um maior contato com a teoria crítica marxista.

Nessa altura eu já era mãe do Miguel, que nasceu em 2016, no ano do zika vírus, um garotinho que pulsa vida, alegria, energia e por quem sinto um amor surreal. Além disso, eu também estava vivenciando a violência do encarceramento prisional em minha família e conseqüentemente o desespero, a dor, a luta pela continuidade da vida. Pude sentir na pele a tal “crise de pânico” que tanto me era dita, os calafrios, a inquietude física de um corpo que se movimenta involuntariamente, como que em espasmos, pensamentos acelerados, incontáveis, insanos, enlouquecedores... Eu via alguns tios e tias morrerem por alcoolismo ou passarem a viver em situação de rua. O desemprego e a privação tinham morada na nossa história,

rondavam e se instalavam entre os meus e as minhas. E trabalhando naquela enfermaria, “as minhas” passaram a ser muitas.

Na certeza de saber tanto a dor, quanto a potência de ser uma mulher negra brasileira e o quão insuficiente me pareciam as práticas em saúde que se limitavam a meramente “tratar o doente”, passei a questionar os rumos da produção científica sobre o tema. Será que só eu e algumas poucas notávamos o quão complexo e adoecedor é ser mulher negra no Brasil? Me aventurei a revisar a literatura nacional e internacional tornando-a meu objeto de pesquisa.

Esta pesquisa foi construída durante o curso de uma pandemia, intitulada pandemia de COVID-19, a qual ceifou milhares de vidas por todo o mundo. No Brasil chegamos à marca de 702.664 óbitos confirmados até 28 de maio de 2023. Adivinhem quem foi a primeira vítima da COVID-19 noticiada no país? Foi a Sra. Rosana Urbano, mulher negra que trabalhava como diarista. Ela deixou precocemente o marido, os três filhos e a luta de uma vida interrompida. Articulada à uma crise sanitária, ambiental, capital-imperialista sem precedentes, a pandemia se defrontou no Brasil com um governo negacionista e anticiência, características da gestão de Jair Messias Bolsonaro (2019-2022). Nesse contexto, a pandemia, além de cruel e devastadora, modificou bruscamente a nossa existência no mundo. Como pesquisadora, mãe, companheira, filha, amiga, trabalhadora na área da saúde, militante convicta por outra sociabilidade, precisei por diversas vezes limpar as lágrimas, encobrir o medo e seguir, assim como, a grande massa de trabalhadores e trabalhadoras não oportunizados a parar, aqueles e aquelas para quem a máxima “fique em casa” podia ter consequências também arrasadoras. A pandemia não foi igual para todas as pessoas... Organizar uma dissertação de mestrado em meio a tamanha catástrofe não foi nada fácil. Por isso, a prorrogação do prazo para depósito da dissertação foi fundamental para que eu pudesse concluir este trabalho, o qual foi feito por meio do apoio e solidariedade de muitas mãos e corações antirracistas que pulsam energia junto ao meu, especialmente da minha amiga-irmã e pesquisadora Aila Fernandes e do meu amigo-irmão Kleber Vieira, que através dos acessos que cunharam, sempre forjaram a minha chegada e me seguraram no colo quando tudo parecia desmoronar.



“Parece que sou uma planta  
e me arrancaram da terra com força violenta  
e me apalpam e tatearam sem consentimento  
esqueceram que tenho raízes” (LEÃO, 2017)

Carmelita Vieira da Silva. Presente!

## 1. INTRODUÇÃO

É categórico afirmar que as mulheres negras vivenciam historicamente a base da estrutura social (SANTANA; ALMEIDA, 2017; ALMEIDA, 2014). As especificidades das condições dessas mulheres estão estampadas em documentos históricos, retratos estatísticos, notícias de jornais e nos mais diversos meios de comunicação. A maioria deles retratando um cenário devastador que incide sobre todos os aspectos de suas vidas, da saúde, sobrevivência e moradia, ao cárcere, violência e desemprego (LIMA; CORDEIRO, 2019).

Tendo por base tal condição, a pergunta de pesquisa dessa revisão de escopo é: qual a abrangência da produção científica sobre a saúde mental das mulheres negras brasileiras? Portanto, gira em torno da necessidade de um mapeamento consistente capaz de identificar a maneira com que a produção científica nacional e internacional tem retratado o sofrimento histórico e as condições de vida e resistências de mulheres negras que desde o sequestro em África, permanecem de maneira objetiva e subjetiva compondo os piores índices de desenvolvimento humano.

Ainda que esta revisão não tenha como objetivo o aprofundamento em categorias históricas, não podemos nos abster de alguns dados e fatos que esquematicamente retrataremos e que fazem alusão à importância da compreensão do papel da violência, da escravidão e do tráfico negreiro para a formação das sociedades.

A dialética pressupõe uma gama de fatos em movimento constante, com o jogo político-ideológico vigente a todo o vapor e abstrações analíticas que buscam materializar a história. Essa materialização interpretativa demonstra o quão fundamental é analisar a escravidão e o tráfico negreiro como base para o fornecimento de capital que financia a Revolução Industrial na Inglaterra, que conseqüentemente contribui para o desenvolvimento do capitalismo britânico, nos convocando a compreender o peso do colonialismo para o deslocamento do ocidente europeu para o restante do mundo (WILLIAMS, 2012). Em *O Capital* Marx (2013) disse:

A descoberta das terras auríferas e argentíferas na América, o extermínio, a escravização e o soterramento da população nativa nas minas, o começo da conquista e saqueio das Índias Orientais, a transformação da África numa reserva para a **caça comercial de peles-negras** que caracterizam a aurora da era da produção capitalista. Esses processos idílicos **constituem momentos fundamentais da acumulação primitiva.**[...] na Inglaterra, no fim do século XVII, esses momentos foram combinados de modo sistêmico, dando origem ao **sistema colonial, ao sistema da dívida pública, ao moderno sistema tributário e ao sistema protecionista.** Tais métodos, como por exemplo, o sistema colonial, baseiam-se, em parte, na **violência mais brutal** (MARX, 2013, p. 820, grifos meus).

As colônias escravistas caribenhas têm uma grande importância para a economia inglesa, assim como, a escravização em massa dos africanos no chamado Novo Mundo. Nesse processo também é conferido fundamental relevância às economias das regiões tropicais, o que tem peso decisivo para a grande e longa escravização nessas regiões (WILLIAMS, 2012). Tudo isso, banhado de muito sangue, morte, violência e coisificação do corpo negro, o que de maneira intrínseca impacta na formação das sociedades.

Olhar por esta chave analítica talvez elucide respostas à condição de vida da população negra arrastada historicamente, porém, um alerta se faz necessário, as representações sociais, o imaginário e a memória coletiva se vistos somente como resultado ou reflexo das relações econômicas, ignorando a análise dos processos de interação dos agentes sociais que agem no mundo, nos manterão *ignorantes* (DEIAB, 2006 p. 196), produtores e reprodutores de lógicas semelhantes de dominação. O que delinea as contradições internas (GONZALEZ, 1984) que precisam ser apontadas e rechaçadas.

A longa história do Brasil no processo de formação do capitalismo mundial embasa a compreensão das relações sociais brasileiras, nos seus diversos campos, sejam eles econômico, cultural, político, social, ou até mesmo para compreensão da organização das instituições que produzem e reproduzem condições semelhantes destinadas a população negra, e em especial, a mulher negra.

A instituição *escravidão e tráfico negreiro* foram por si só extremamente violentos, o suplício dos escravizados tinha origem já no *arrebanhamento e condicionamento em lotes*, precárias condições de transporte, alta mortalidade, exposição pública para venda de seus corpos em mercados e leilões, separação dos membros da família, a violência era entendida como necessária para a manutenção do regime escravocrata, portanto um traço normal (QUEIROZ, 1972, p.150).

Ao retratar a experiência estadunidense, bell hooks (2020) avança falando do quanto o sexismo institucionalizado, enquanto parte da ordem social e política dos colonizadores brancos, vinha para causar impacto profundo nas mulheres negras escravizadas, chega a comparar a sua força opressiva com a do racismo. Quando dos “ataques hostis à importação de escravos” houve uma maior “ênfase a criação de escravos” (bell hooks, 2020, p. 38) e a mulher negra escravizada passou a ser entendida como possibilidade concreta de lucro, o que faz com que o seu valor de mercado aumente e as mesmas passam a ser roubadas ou compradas por comerciantes. (bell hooks, 2020). Ao serem traficadas e transportadas, mantê-las nuas servia como um “constante lembrete de sua vulnerabilidade sexual”, tornando comum o estupro enquanto método de tortura (bell hooks, 2020, p. 41). Por tal violência, por

vezes chegavam aos litorais já grávidas, sem qualquer cuidado ou assistência, de maneira completamente inversa a forma como eram tratadas em suas comunidades de origem ao engravidarem (bell hooks, 2020, p.42). Muitas morriam a bordo, ou os filhos tornavam-se natimortos. Quando sobreviventes, as mulheres negras com filhos eram ridicularizadas, suas crianças expostas a violências, via açoites brutais, que por vezes os levavam a morte precoce (bell hooks, 2020). Se projetarmos para a atualidade, tal experiência pode facilmente nos remeter ao assassinato sistemático de jovens e crianças negros nas comunidades periféricas do Rio de Janeiro, que sob alegação de uma suposta “guerra às drogas” (PASSOS, 2023, p.27), aniquila e tortura a população negra em todos os aspectos e cotidianamente, podemos também remeter a experiência das mulheres negras em itinerário abortivo, gestacional, parto ou puerpério, com os seus corpos controlados, falta de acesso ou acesso tardio ao serviço médico e com alta taxa de mortalidade (LIMA; CORDEIRO, 2020).

No Brasil, os estudos sobre mulheres negras escravizadas, despontaram apenas nos últimos 35 anos e são considerados escassos, porém demonstram para além do sofrimento, que as mulheres negras permanecem resistindo, elaborando formas de enfrentamento e nunca aceitaram a dominação e as condições de vida impostas de maneira passiva. Lutaram e permanecem lutando pela manutenção da família negra, pela integridade física e psicológica de seus filhos, companheiros e comunidades (PAIXÃO; GOMES, 2008).

Cito a narrativa posta em testamento feito por uma mulher negra forra (liberta da escravidão), mas que representa diversos outros testamentos feitos na mesma direção (intenção), analisado por Paixão e Gomes (2008), que demonstra que essas mulheres reinventaram até mesmo a própria escravidão, redefinindo-a e buscando maneiras de liberdade. Domingas Cabral de Mello, preta forra viúva, falecida em 1778, conforme os autores, disse em testamento:

gentia de guiné e batizada na freguesia da cidade de Luanda” e contou mais um pouco da sua história ao revelar ter vindo da sua “terra para esta de idade de doze anos e nesta mesma terra” casara Sebastião Cabral, um preto Ganguela, já falecido. Ela teve três filhos, que já tinham falecido, restando apenas dois netos, que instituíu como herdeiros. [...] nesta ordem – os escravos José Rebolo, Maria Benguela e “um filho da mesma, Luis”, um forno de cobre de fazer farinha, uma roda de relar mandioca, uma prensa e “as cazas donde vivo e todas as mais benfeitorias que se achar no dito sítio onde” era moradora. Também lhe pertenciam “mais dois pares de brincos de ouro um de diamantes”. Sobre o “crioulinho por nome Luis” que ela “andava na deligencia de o forrar”, instruíu aos testamenteiros que se recebesse “o seu valor em minha vida lhe passarei a sua Carta de Liberdade e se eu morrer sem ter recebido o seu valor ficara cativo (PAIXÃO; GOMES, 2008, pg. 949-964).

Essas mulheres mesmo na condição de escravizadas resistiam e recusavam-se a trabalhar, ameaçando os senhores com suicídio e infanticídio caso seus filhos e esposos fossem vendidos separadamente, buscando preservar o arranjo familiar. Também possibilitavam fugas, providenciando suprimentos e suporte, buscavam reinventar, ou resgatar os sentidos culturais por meio da linguagem, da música, da transmissão de crenças, valores, evidenciando a função de recriação e reconstrução permanentes que edificaram sólidas comunidades. Legavam bens para os filhos, parentes, maridos, afilhados, demonstravam solidariedade de gênero, até mesmo quando forras (libertas), ao possuir cativos, muitas as atestavam libertos após morrerem, ou detentores de suas posses (PAIXÃO; GOMES, 2008). Identifica-se muita resistência, mas também uma noção bem definida de quem domina e da coisa dominada, de superioridade e inferioridade.

Nessa direção Almeida (2019) afirma haver um grande debate em torno da herança da escravidão quando discutida sob o prisma da economia política. Para ele há duas explicações, uma que afirma o racismo enquanto “decorrente das marcas deixadas pela escravidão e pelo colonialismo”, que mantém padrões mentais e institucionais escravocratas (racistas, autoritários e violentos) e impede a modernização das economias e o aparecimento de regimes democráticos. E outra corrente de pensamento que entende as formas contemporâneas do racismo como “produto do capitalismo avançado e da racionalidade moderna”, retirando o racismo da chave de resquício da escravidão, uma vez que não há oposição entre modernidade/capitalismo e escravidão, são elementos indissociáveis tanto de um quanto do outro (ALMEIDA, 2019, p. 183).

Quijano (2005) também entende que esse processo de dominação, com origem e caráter colonial, estabelece um novo padrão de poder mundial para além do colonialismo, e que é mais duradouro e estável. Para o autor esse padrão utiliza-se de dois constructos: 1) a classificação social da população de acordo com a ideia de raça, em que se codifica diferenças entre “conquistadores e conquistados”, inclusive buscando justificativa ilusória em uma possível situação natural (biológica) de inferioridade; 2) e as formas históricas de trabalho, recursos e produtos que precisam estar controladas e girar em torno do capital e do mercado mundial.

Portanto, a concepção de raça e identidade racial é posta enquanto instrumento de classificação social, em que, quem coloniza codifica como cor até mesmo os traços fenotípicos. Por isso, povos das Américas, África e Asiáticos tornam-se raças a serem colonizadas, classificadas como “negros” (escuros), e os colonizadores passam a chamar a si mesmos de “brancos” (QUIJANO, 2005).

O fato é que em torno do exposto, ou seja, das relações sociais em contínua produção e reprodução, foram produzidas identidades sociais carregadas de atributos, como “índio, negro, mestiço, espanhol, português, europeu”, e o que outrora indicava procedência geográfica, país de origem, adquire conotação racial associada a hierarquias, lugares e papéis sociais (QUIJANO, 2005, p. 117). Ou seja, está posto as bases do racismo, enquanto uma “*forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento [...] que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam.*” (ALMEIDA, 2019, p. 32).

Lélia Gonzalez (2020) atribui valor quando diz que o racismo se trata de uma construção ideológica com práticas que se concretizam via diferentes processos de discriminação racial. Enfatiza dois aspectos da reprodução ampliada das classes sociais: 1) a reprodução dos lugares das classes; 2) a reprodução dos atores e sua distribuição entre esses lugares. Tendo a raça enquanto esse aspecto subordinado e justificativo necessário. Então para ela, as ditas minorias raciais não estão fora da estrutura de classes, mas sim “colaboram essencialmente para a reprodução das mesmas, mantendo cada qual no seu lugar naturalmente” (GONZALEZ, 2020, p. 55).

Sobre isso, Florestan Fernandes (2006) também contribuiu ao campo afirmando:

[...] considerados sociologicamente, o preconceito e a discriminação de cor são uma causa estrutural e dinâmica da “perpetuação do passado no presente”. Os brancos não vitimizam consciente e deliberadamente os negros e os mulatos. **Os efeitos normais e indiretos das funções do preconceito e da discriminação de cor é que o fazem, sem tensões raciais e sem inquietação social.** Restringindo as oportunidades econômicas, educacionais, sociais e políticas do negro e do mulato, mantendo-os “fora do sistema” ou à margem e na periferia da ordem social competitiva, o preconceito e a discriminação de cor impedem a existência e o surgimento de uma democracia racial no Brasil (FERNANDES, 2006 p.93, grifos meus).

Retomando a idéia de atribuição de valor, existe em curso um movimento de estereotipação hierárquica, e de múltiplas versões ritualísticas, que define lugares, memórias coletivas, possibilidades, acessos, padrão, e que relega historicamente a mulher negra a zona (lugar) do “não-ser”, do “não-corpo” (DEIAB, 2006; FANON, 2008; PASSOS, 2023 p. 22; QUIJANO, 2005, p.128) e por vezes a necessidade física e de externalização, de “não parecer-se com”. Como forma até mesmo de buscar garantias no que se refere ao acesso a trabalho, cargo, relação afetiva e conjugal, não ser atribuída a crimes, inclusive para superar as margens de sobrevivência e a busca por reorganizar a subjetividade, medos e anseios. Aqui também é necessário cuidado, pois o racismo que perpassa a construção dessas estruturas não

pode ser pensado apenas como um problema ético, uma categoria jurídica ou um dado psicológico, também não pode ser reduzido apenas ao indivíduo que o pratica. O racismo precisa ser projetado para além da instituição, já que por mais que as instituições reproduzam as condições para o estabelecimento e a manutenção da ordem social, como defendido por Almeida (2019), isso não para por aqui, é necessário compreendermos que “*a instituição tem sua atuação condicionada a uma estrutura social previamente existente e que o racismo que expressa é também parte dessa mesma estrutura*” (ALMEIDA, 2019, p. 47).

Deiab (2006) ao estudar a memória coletiva que se consolidou em torno da figura da *mãe-preta* através de representações literárias sobre o período compreendido entre 1880 a 1950, entendendo que *as representações se encarnam na realidade e são a própria realidade que constituem*, reforça haver uma ambiguidade envolta a tal representação, e que a partir da figura da *mãe-preta* é possível aproximar-se de elementos que resvalam um racismo peculiar praticado no Brasil. Pois evidencia a ideia de *mãe-preta* enquanto ocupando um lugar consistente na *memória social nacional*, que remonta aos aspectos da escravidão, mas que também assume múltiplas versões ritualísticas, sugerindo a existências de negras “*civilizadas e civilizadoras*” (DEIAB, 2006, p. 194):

Quando caracterizadas como mães-pretas de filhos brancos – tão “bondosas”, “carinhosas”, “fiéis”, que possuíam relação íntima e afetiva com a família branca – elas tinham uma “moral”, muito semelhante àquelas das mulheres brancas. No entanto, justamente por essa proximidade com o *status* superior, a diferença voltava a ser marcada: era mãe, mas era preta; civilizada, mas de linguagem africana; quase branca em virtudes, mas escrava. (DEIAB, 2006, p.194)

O exposto corresponde à máxima de Lélia Gonzalez, quando diz que o *lugar* em que nos situamos determinará nossa interpretação sobre o duplo fenômeno do racismo e que esse mesmo racismo se constitui como a *sintomática* que caracteriza a *neurose cultural brasileira*, evidenciado inclusive nas noções de mulata, doméstica e *mãe-preta* (GONZALEZ, 1984).

A ambiguidade marcada em essência e aparências se faz presente nos exemplos trazidos por Lélia, ao que chama de *diferentes modos de rejeição/integração*, quando afirma que, para o pensamento brasileiro, não há dano em relação à miséria naturalizada na vida de pessoas negras, afinal, as qualidades (os atributos) são de pessoas irresponsáveis, incapazes intelectualmente, pessoas que fazem crianças, não gostam de trabalho, são malandros e conseqüentemente ladrões, por isso devem ser perseguidos pela polícia e naturalmente postos presos. Ou ainda, ao cristalizar a memória da mulher negra naturalmente como doméstica, cozinheira, faxineira, prostituta, mulata, morena, “fábrica de bandidos”.

Nesse interim, Passos (2023) não nos deixa esquecer o que disse o então governador do Rio de Janeiro, Sérgio Cabral, em 2007, quando declara ao jornal (G1) que na favela da Rocinha o padrão de reprodução é o mesmo que de alguns países localizados na África (Zâmbia e Gabão), afirmando existir ali uma “*fábrica de marginais*”, assim como, o também ex-governador Wilson Witzel, que em 2018, concedeu verbalmente licença para matar, sugerindo que se “*atirasse na cabecinha...*”. O que, mais uma vez, evidencia que por mais que o racismo não se resume a comportamentos individuais, as formas sociais se materializam nas instituições:

[...] é no interior das regras institucionais que os indivíduos se tornam sujeitos, visto que suas ações e seus comportamentos são inseridos em um conjunto de significados previamente estabelecidos pela estrutura social [...] (ALMEIDA, 2019, p. 40).

Thula Pires diz no prefácio do livro *Na Mira do Fuzil* (PASSOS, 2023) que às mães e familiares de vítimas de violência do Estado restam duas respostas: remédio e impunidade. Ao transcrever a fala de uma dessas mães, Passos (2023) se depara com o seguinte relato:

Isso não dava direito ao Estado de matar, porque a gente não tem pena de morte nesse país, eles poderiam entrar e prender, se devesse ia ficar lá pagando, mas não tirar a vida, se dando a legitimidade, de porque é bandido tem que morrer. Porque afinal de contas, sendo bandido ou não, tem uma mãe, tem um filho por trás desse garoto. E que a gente não gerava traficantes, a gente gerava vidas, a gente gerava nossos filhos (PASSOS, 2023, p. 73).

Pelo exposto, é urgente apreender as relações que produzem e reproduzem estruturas sociais como o racismo, a violência, o sexismo, a família, o manicômio, o direito, a democracia, a liberdade, a heteronormatividade, a saúde (ou a falta dela), a fome, o Estado, a produção narrativa do “bandido”, da “mulata”, da “intelectual”. Assim como a forma que se materializam nas ações vivenciadas no dia-a-dia, seja no hospital, no manicômio, na escola, na praça, na política, na polícia, nas formas do atendimento oferecido em saúde, e que subsidiam Basaglia (1985) o fazendo entendê-las como *instituições da violência*. Estamos falando de *relação social*, dotada de materialidade e historicidade, e que necessita tornar-se inteligível em suas determinações mais concretas. E que isso só é possível se informado pelas *determinações raciais* (ALMEIDA, 2016).

O Brasil mostra-se um país que mantém uma exploração sistemática, orquestrada, sofisticada, mantendo as relações de exploração sob controle, e que ainda mantém uma ideia de “democracia racial”, já que por mais que os brasileiros tenham gradativamente passado a

reconhecer que o racismo existe, ainda não conseguem identificar-se como racistas<sup>1</sup>. Sobre isso o antropólogo Kabenguelê Munanga disse em entrevista concedida a Fundação Perseu Abramo, *“Nosso racismo é um crime perfeito, porque a própria vítima é que é responsável pelo seu racismo, quem comentou não tem nenhum problema”*, o que demonstra que o racismo à brasileira precisa ser analisado em profundidade.

Lélia Gonzalez é uma forte e combatente expoente de contraposição ao mito da democracia racial, dando bases para a afirmação de que a teoria do lusotropicalismo, presente no historiador e sociólogo Gilberto Freyre, quando este afirma uma ideia de superioridade dos colonizadores portugueses em relação aos europeus, justificando que os primeiros não eram racistas dado que a “miscigenação brasileira” seria “harmônica”, é ilusória. Pois a miscigenação via “casamentos inter-raciais” se deu à custa da violentação de mulheres negras, ou seja, do estupro. (GONZALEZ, 2020, p. 50).

Pelo exposto, pensar sobre saúde mental das mulheres negras no Brasil demanda nos aprofundarmos nas entranhas do percurso histórico da formação social brasileira em correlação direta com a organização das sociedades em torno do capital. Por isso, parte-se da hipótese de que uma análise em pesquisa com a devida seriedade e compromisso, necessita considerar o que tem sido destinado às mulheres negras nos mais diversos campos de sua existência, para partindo daí, embasar e validar seus resultados.

O panorama contemporâneo demonstra que as mulheres negras permanecessem em condições muito ruins em aspectos basilares como trabalho, renda, violência, acesso a política de saúde e educacionais, entre outras.

## **O trabalho na vida das Mulheres Negras**

No que se refere ao trabalho, Paixão e Gomes (2008), ao analisar a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, realizada pelo IBGE, no intervalo de 1995 a 2006, demonstram o quanto esse setor ainda naquele período, permanecia como uma esfera considerada hostil à presença das mulheres negras. A condição assalariada com carteira assinada mostrou-se bem mais comum entre os trabalhadores brancos (36,8%), do que entre os negros (28,5%). As mulheres negras, nesse período, foram identificadas com 22% das possibilidades, enquanto as brancas 33%, os homens negros com 33% e os homens brancos

---

<sup>1</sup> Pesquisa realizada pelo Poder Data (Poder360) em que 81% dos entrevistados veem racismo no Brasil, mas só 34% admitem preconceito contra negros. Texto original: (<https://www.poder360.com.br/brasil/81-veem-racismo-no-brasil-mas-so-34-admitem-preconceito-contranegros/>)

com 39,8%. Ser funcionário público ou militar também mostrou-se mais possível às mulheres brancas (9,9%), seguido das mulheres negras (7,5%), homens brancos (5,9%) e por fim homens negros (4,6%). Já o emprego doméstico demonstrou ocupar mais mulheres do que homens e principalmente mulheres negras, chegando a 8,9 pontos percentuais de inferioridade quando comparado à possibilidade de mulheres brancas ocuparem esse lugar. Também mostrou-se discrepante o trabalho com diploma de ensino superior, chegando a ser cinco vezes mais provável entre brancos (2%) do que entre negros (0,4%). O trabalho para consumo próprio, ou seja, para a própria subsistência foi quase seis vezes mais comum para mulheres negras (8,1%), quando comparado ao homem branco (1,4%). Estar na condição de não remunerada também foi mais comum entre as mulheres negras, 8,7%, para 7,4% entre as brancas. (PAIXÃO; GOMES, 2008)

Ao projetar para a atualidade, ainda no campo do trabalho a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD-IBGE) do terceiro trimestre de 2022, divulgada pelo DIEESE, fala que o Brasil conta com 89,6 milhões de mulheres com 14 anos ou mais, e que compondo a força de trabalho são 47,9%, as que estão fora da força e trabalho equivale a 41,8 milhões. Dentre as ocupadas 22,3 milhões são negras e 20,3 milhões não-negras, entre as desocupadas 3,4 milhões são negras e 1,8 milhões entre as não-negras. As desalentadas, ou seja, que desistiram de procurar trabalho por que acham que não vão encontrar, equivale a 2,3 milhões, dessas 1,6 milhão é de mulheres negras, e entre às não-negras são 672 mil. À taxa de subocupação também é pior para mulheres negras, comparando homens e mulheres é de 7,8% para mulheres e 5,1% para homens, mas se comparado entre as mulheres negras e brancas, as mulheres negras ficam com 9,3%, enquanto as mulheres brancas com 6,1%, os homens negros 6,1%, os homens brancos 5,1%.

Passos (2017) ousa trazer como dado de sua pesquisa que, ao relatar o trabalho de mulheres cuidadoras em residências terapêuticas, identificou aproximações deste trabalho com o trabalho executado por mulheres escravizadas e africanas livres nos hospícios do século XIX, ressaltando, mais uma vez, o quanto a formação social brasileira se encontra estruturada no que chama de diferenças de classe e raça. O que vai de encontro com Assis e Helena (2021) quando retratam a formação e a anatomia da classe trabalhadora feminina e negra no Brasil e identificam as mulheres negras como um *“verdadeiro exército de trabalhadoras terceirizadas, empregadas domésticas, como também, enfermeiras, professoras, funcionárias públicas, operárias da indústria, trabalhadoras do campo”* (ASSIS; HELENA, 2021, p. 111).

Direcionando o foco às especificidades das trabalhadoras domésticas, que estão em trabalhos precarizados, sem formalização ou direitos trabalhistas garantidos, e no limite, sem remuneração, trabalhando em troca da sobrevivência, Davis (2016) e Jesus e Assis (2021) são assertivas, quando alertam e afirmam que o trabalho ocupa na vida das mulheres negras um enorme espaço, reproduzindo um padrão que remonta aos anos de escravidão, deixando todos os outros aspectos de suas vidas ofuscados pelo trabalho compulsório e que nessa celeuma tais mulheres encontram-se “atomizadas” (JESUS E ASSIS, 2021, p. 148), ou seja, sem condições concretas para efetivação de uma organização coletiva capaz de debater as questões que as atravessam. Ou seja, o debate sobre “resquícios da escravidão” ainda permanece forte entre as pesquisadoras.

Devemos fazer conexão dos resultados expostos com o que Gonzalez (2020) afirma em sua carta-denúncia, dizendo que *“em uma sociedade onde a divisão racial e sexual do trabalho faz de homens e mulheres negras extremamente explorados, trabalhadores e cidadãos de segunda categoria, em relação ao conjunto dos demais trabalhadores, e onde o racismo e o sexismo sustentam a ideologia de dominação, é terrível a carga de discriminação a que mulheres negras estão sujeitas”* (GONZALEZ, 2020, p. 109).

### **As violências na vida das Mulheres Negras**

Já quando projetamos a atenção aos aspectos que envolvem violência (as), o *Atlas da Violência* de 2018 (IPEA, 2018) denuncia que o homicídio aumentou em 15,4% a cada 100 mil mulheres negras nesse período. O Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2023, baseado em informações fornecidas pelas secretarias de segurança pública estaduais, pelas polícias civis, militares e federal, entre outras, fala por exemplo que em 2022 houve uma explosão de violência sexual no Brasil, revelando um cenário devastador e que aponta estarmos diante do maior número de registros de estupro e estupro de vulnerável da história, com 74.930 vítimas, um crescimento de 8,2% em relação ao ano de 2021, ressaltando ainda tratar-se de um dado subnotificado, já que muitas situações de violência não chegam ao conhecimento público, ou chegam e são ignoradas, portanto não se tornam dado estatístico. Sobre as vítimas 88,7%<sup>2</sup> são do sexo feminino, e 56,8% negras.

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2023 também diz que no que cabe a violência sexual infantil, que meninas permanecem sendo às maiores vítimas (86%),

---

<sup>2</sup> Fonte: Análise produzida a partir dos micro dados dos registros policiais e das Secretarias estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023.

principalmente entre 10 a 13 anos (58%), e que crianças e adolescentes negros continuam sendo as maiores afetadas (56,2% para 43% entre brancos).

Sobre o genocídio da população negra, a Rede de Observatórios de Segurança no relatório *Máquina de moer gente preta: a responsabilidade da branquidade*, lançado em 2022, retrata que os Estados do Nordeste e São Paulo totalizaram juntos 281 mortos em 12 meses, e que o Estado do Rio de Janeiro totalizou 306 mortes. Dessas 28,7% por cumprimento de mandados, sendo 21,9% por repressão ao tráfico de drogas (no varejo). O relatório *Você matou meu filho: homicídios cometidos pela polícia militar na cidade do Rio de Janeiro*, fala sobre execuções extrajudiciais cometidas por policiais, que utilizam termos como “auto de resistência”, “homicídio decorrente de intervenção policial” como justificava para encobrir tais execuções (PASSOS, 2023, p. 74).

Os jovens negros (soma de pretos e pardos, conforme classificação do IBGE), são destacados pelo Atlas da Violência de 2020 (IPEA) como tendo sido as principais vítimas de homicídios no país, e isso tem crescido ao longo dos anos. Em 2018 representavam 75,7% das vítimas, já entre a soma de não negros (soma de brancos, amarelos e indígenas) foram 13,9%, número discrepante, não só quando comparado entre negros e brancos.

Além disso, o Brasil bateu recordes em encarceramento em massa de mulheres negras, conforme o *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (DEPEN)*. As mulheres em situação de cárcere até dezembro de 2019 chegavam a 36.929, destacando um crescimento de aproximadamente 564% no período compreendido entre 2000 e 2019. Ganha relevo que a grande maioria das mulheres em cárcere foram presas por tráfico de drogas (varejo), o que torna o Brasil com a terceira maior população carcerária do mundo.

Em direção ainda pior, o dossiê *Assassinato e Violência Contra Travestis e Transexuais Brasileiras em 2020* refere que o Brasil alcançou o topo do ranking em assassinato de pessoas transexuais no mundo. O mesmo dossiê<sup>3</sup> em 2019, mais uma vez, refere que o transfeminicídio foi projetado com maior intensidade entre travestis e mulheres transexuais negras, assim como, esteve entre as trans negras os índices de menor escolaridade, menor acesso ao mercado de trabalho e políticas públicas, a maioria estando na prostituição de rua, e proporcionalmente com maiores índices de violência e assassinatos. A socióloga Berenice Bento em entrevista a Revista Fórum<sup>4</sup>, fala do transfeminicídio como sendo o assassinato sistemático de travestis e mulheres transexuais, entendendo existir uma política disseminada e

---

<sup>3</sup> Dossiê *Assassinato e Violência contra Travestis e Transexuais brasileiras em 2019*  
<https://static.poder360.com.br/2020/01/levantamento-antra.pdf>

<sup>4</sup> Entrevista concedida a Revista Fórum. Disponível em: <https://revistaforum.com.br/noticias/brasil-o-paistranfeminicidio/>

intencional que objetiva eliminar a população trans, motivada pelo ódio, abjeção e nojo e que numa perspectiva de gênero binário aniquila qualquer outra possibilidade de existência.

### **A saúde e a saúde mental de Mulheres Negras**

No que se refere à saúde e saúde mental da população negra, em especial da mulher negra, o cenário exposto demonstra o quanto é necessário considerar a complexidade de fatores que podem ser potencialmente ofensivos a sua manutenção, recuperação e preservação, o que de maneira redundante, reafirma a sua complexidade. O interesse dessa pesquisa em mapear a produção científica nacional e internacional perpassa pela inquietação em saber se as experiências vivenciadas por mulheres negras brasileiras estão sendo descortinadas no campo da produção do conhecimento.

Se analisarmos a questão da saúde e saúde mental da população negra pelo prisma da perspectiva institucional, que tem no Estado e na efetivação das políticas sociais e públicas sua agenda de apostas e garantias, podemos traçar um amplo percurso de lutas por parte da sociedade em geral e protagonizadas pela população e pelo movimento negro. A elucidar citamos a *Carta de Bauru* enquanto um marco importante, assim como, o movimento de Reforma Sanitária e de Reforma Psiquiátrica, além da luta pela construção e implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Negra (PNAISPN).

A *Carta de Bauru (ou Manifesto de Bauru)* foi escrita pelos participantes do II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em 1987 em uma Universidade na cidade de Bauru/SP, em aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora. Tratou-se da primeira manifestação pública organizada tendo por mote a extinção dos manicômios. A carta é considerada uma expressão dos rumos desejados pelas pessoas em sofrimento psíquico, trabalhadores, estudantes, usuários e familiares organizados em movimentos sociais que ali estavam. As pautas exigidas corroboraram para o que, naquele momento, poderia ser compreendido como a busca por uma melhor saúde mental, através da recusa da violência institucionalizada e praticada pelos chamados *agentes da exclusão*, bem como pela denúncia de que racionalizar e modernizar os serviços não era o suficiente:

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por

seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (Manifesto de Bauru, 1987).

Chama a atenção à reivindicação por *direitos mínimos à saúde*, o que demonstra que no ápice do levante, o lugar natural de ter ao menos o mínimo, pela via de reivindicar o acesso ao direito, prevalece. Igualmente, foi denunciado o Estado enquanto aquele que gerencia os serviços e ao mesmo tempo impõe e sustenta mecanismos de exploração e produção social da loucura e da violência, compreendendo o manicômio enquanto expressão de uma estrutura que se repete pelos mais diversos mecanismos de opressão na sociedade capitalista. Daí a necessidade de pautar a saúde mental enquanto um vasto campo.

A década de 70 marca um Brasil em efervescência política, em meio à ditadura cívico militar, mas que está pensando a Reforma Sanitária e o Movimento de Reforma Psiquiátrica, projetando uma reconstrução pela via democrática, ainda que, conforme Passos (2019) as relações étnico-raciais não estão presentes nas publicações referentes à Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial brasileira. Sobre este momento Paladino e Amarante (2022) dizem que:

Enquanto a Reforma Sanitária propunha uma ruptura com o modelo da História Natural da Doença e defendia que saúde-doença era de fato um processo com determinantes sociais e por isso um direito da sociedade e um dever do Estado, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) propunha o deslocamento do olhar da loucura para o sujeito que a experiencia. (PALADINO; AMARANTE, 2022).

As reivindicações por parte do movimento negro e da população negra por melhoria e acesso ao sistema de saúde se faz presente na história das mobilizações negras, principalmente no período pós-abolição e na segunda metade do século XX. A participação nos processos que geraram a reforma sanitária e a criação do SUS é um exemplo disso, porém, não foi o suficiente, já que as barreiras para acesso, principalmente tendo o racismo como condição permanece (WERNECK, 2016).

Werneck (2016) ao traçar o percurso de luta que vincula o racismo e vulnerabilidades em saúde, nos conta que muitos foram os entraves, porém, as reivindicações chegaram à agenda da gestão pública, milhares de ativistas compuseram a Marcha Nacional Zumbi dos Palmares (1995) até Brasília, houve a criação do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra, Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra (1996) e inclusive um conjunto de medidas foi pensado, ao qual destaca as principais: 1) inserção do quesito raça/cor na Declaração de Nascidos Vivos e de Óbitos; 2) a criação do Programa de Anemia

Falciforme (PAF); 3) detecção precoce da doença via triagem neonatal a partir do Programa Nacional a ser criado; 4) reestruturação da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus; 5) fortalecimento e extensão do então Programa de Saúde da Família até as comunidades quilombolas, entre outras. O ministério da saúde publicou manuais voltados a doenças de origem genética comprovada (anemia falciforme, deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase, hipertensão arterial, diabetes mellitus, síndromes hipertensivas na gravidez). Porém, a autora chama a atenção ao fato de ter ficado de fora aquilo que não se mostrava comprovado geneticamente como: *“miomas uterinos, síndrome leucopênica, doenças de determinação social evidentes, como desnutrição, verminoses, gastroenterites, tuberculose e outras infecções, alcoolismo”*.

A III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada na África do Sul em 2001, convocada pela Organização das Nações Unidas (ONU), já contou com as necessidades que faltaram no conjunto de medidas anteriores. Na fase regional da Conferência das Américas realizada em Santiago (Chile), a declaração e o plano de ação realizado colaboraram para a construção de propostas, o documento *“Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade”* de 2001 é um exemplo disso, pois avança a abrangência do texto incluindo o que havia faltado no início das construções: *“as doenças, agravos e condições mais frequentes na população negra”*, ou seja, para além do que era considerado *“geneticamente determinado, foi incluso o que é de elevada frequência de genes; associado; adquiridas; derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis; de evolução agravada ou de tratamento dificultado; condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas.”* Que é a base para a PNSIPN, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2006 e que ainda prevê a produção de conhecimento científico; capacitação dos Profissionais de Saúde; informação da População; atenção à saúde via inclusão de práticas de promoção e educação em saúde.

Porém, ainda que a PNSIPN tenha cumprido todo o processo de formalização, tendo sido aprovada pelo CNS em 2006, publicada em diário oficial em 2008, com Plano operativo e pactuação, não angariou adesão suficiente à gestão do SUS. Como uma maneira de resposta a essa invisibilidade, seus objetivos foram forjados na Lei 12.288 de 2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial, o que conforme Werneck (2016) evidenciou uma profunda ignorância no que se relaciona as ações e estratégias necessárias para sua efetivação. Portanto, os esforços e desejos de implementação dessa política, dada as movimentações desde 1995 e sua formalização e aprovação desde 2006, aniversariam 17 anos sem ações concretas e

sistemáticas por parte do Estado. O que mais uma vez dá vazão à peculiaridade do racismo à brasileira e os limites do Estado, com relevo para algumas questões preponderantes como a acirramento do desfinanciamento do setor saúde e o congelamento de gastos públicos sacramentado pela emenda constitucional Nº 95/2016 e outros tantos retrocessos.

Também é necessário dizer sobre a manutenção, ainda que modificada, do modelo hospitalocêntrico, patologizante, centrado na medicalização, eugenia e racismo científico, que se atualiza inclusive nos elementos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (TAVARES et. al, 2020).

Igualmente podemos destacar os imensos retrocessos vivenciados na política de saúde mental sustentada pela lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001). No que cabe a atual crise no modelo de atenção psicossocial, ganha relevo os rumos pensados pela Reforma Psiquiátrica, que deveria estar pautada na liberdade, autonomia, respeito pela pessoa considerada transtornada mentalmente, mas que teve só no período de dezembro de 2016 a maio de 2019, cerca de quinze documentos normativos (portarias, resoluções, decretos, editais) que incentivam a internação psiquiátrica e a sua separação da política de álcool e drogas, com ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas, no proibicionismo e no punitivismo (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Trata-se de um campo em disputa.

Os avanços nem de longe podem ser entendidos como ponto de chegada, ao contrário. Pelo exposto, torna-se importante refletir sobre os limites do Estado na produção do bem-comum (CORREIA, 2015), e conseqüentemente da sua capacidade para assegurar ou promover saúde mental e a sua própria forma enquanto um derivado necessário da reprodução capitalista (MASCÁRO, 2013). Conseqüentemente, a crítica e o desvelamento de elementos que reproduzem a lógica manicomial, levam ao questionamento sobre tudo o que deriva da forma-estado, inclusive do fundamento de suas concessões, já que estão em relação orgânica com o capital. Relação que conforme Behring e Boschetti (2009) demonstram, ocorre desde o seu nascimento enquanto Estado burguês.

A pergunta que fica é: *“de que promoção de saúde estamos falando?”* Carnut et al (2023) ao fazer a crítica, diz que a promoção à saúde foi reduzida a uma pequena política que partiu da agenda reformista proporcionada justamente pelos governos progressistas do Brasil entre 2003 e 2016, como forma de domar o conflito capital-trabalho. Defende que a tal “Nova Promoção da Saúde” tem finalidades específicas para o novo padrão de acumulação capitalista, e que a modificação da sociedade é até tolerável em alguns aspectos, porém, dentro dos limites da pequena burguesia (CARNUT; MENDES; GUERRA, 2023). Pelo exposto, relembramos o que disse June Jordan (1992)

Ou a liberdade é indivisível ou não é nada além da repetição de slogans e avanços temporários, míopes e passageiros, para poucos. Ou a liberdade é indivisível e trabalhamos em conjunto por ela ou você estará em busca de seus próprios interesses e eu dos meus (JORDAN, 1992, p. 190).

Assim sendo, retornamos a máxima “reconhecer a formação social brasileira e suas raízes opressoras e desiguais permite descortinar o engendramento do racismo na política de saúde mental” (PASSOS; MOREIRA, 2017). Dado o entrelaçamento entre processos de subjetivação, constituição das dimensões afetivas e cognitivas e que estas são afetadas por determinações históricas, sociais, econômicas, políticas e culturais, o sofrimento psíquico só pode ser pensado se enquadrado de maneira histórica, sociopolítica e cultural (RICHWIN; ZANELLO, 2022).

Dessa forma, resgatar os escritos de Frantz Fanon, militante, negro, revolucionário e anticolonialista, se faz urgente. Na sua concepção, a alienação mental só pode ser pensada se estiver articulada à alienação social, esse autor chega a definir doença mental como “patologias da liberdade”, como se fossem dramas, que na verdade explicitam a revolta contra os mecanismos naturalizados hegemonicamente e que reproduzem a vida (FANON, 2020).

É relevante considerar que estudos sobre a saúde mental de mulheres negras costumam aparecer de maneira homogeneizada, como se as questões que as atravessam pudessem ser esgotadas nos quadros de problemas gerais vivenciados por toda e qualquer mulher, ou pela comunidade racial, em geral. Essa percepção acaba, por vezes, transformando essas realidades em meros enunciados ou parágrafos (BENTO, 1994).

Assim, considerando o contexto histórico de violações, violências e apagamento na vida das mulheres negras, o foco desse trabalho direciona atenção mais específica à condição da sua saúde ou sofrimento mental. Já que no Brasil, país mais negro fora da África, “*capitalismo, racismo e patriarcado produzem uma combinação explosiva*” (ASSIS, 2021, p. 253), e se faz necessário atenção às diferentes formas com que o capitalismo combina opressão e exploração. Portanto, exige atenção a trilogia classe, raça e gênero, difundida como “interseccionalidade” (COLLINS; BILGE, 2021; MARTÍNEZ, 2019), mas mantendo como horizonte uma estratégia hegemônica para a classe trabalhadora, centralizando uma política de classe que incorpore decididamente a luta contra todas as opressões, e fortaleça a unidade da classe trabalhadora (MARTÍNEZ, 2019).

Enquanto as mesmas condições permanecerem sendo relegadas a população negra, o histórico nos conta que haverá luta. Enfatizamos que a taxa de homicídios direcionada a população negra em 2016 foi quase três vezes maior que a direcionada a população não negra

(Atlas da Violência, 2018); as mulheres negras compõem os 50% mais suscetíveis ao desemprego (IPEA, 2018); houve um absurdo aumento de 567,4% no encarceramento prisional, desde a promulgação da Lei de Drogas, dessas 64% é de pessoas negras (INFOPEN, 2017); entre os anos de 2000 e 2014 a população penitenciária feminina teve um crescimento de 567% (INFOPEN Mulheres, 2016); o jovem negro em 2018 representou 75,7% das vítimas de homicídios no país (IPEA, 2020); as mulheres negras são as que mais sofrem violência racista obstétrica na gestação, parto e puerpério (LEAL et al., 2017); a morte materna e o itinerário abortivo para estas mulheres mostra-se especialmente cruel, já que sem acesso a assistência integral a saúde se automedicam e chegam tardiamente a assistência médico-hospitalar (CARDOSO; SOUZA; GUIMARAES, 2010); são as mulheres negras as que mais morrem em decorrência do itinerário abortivo (LIMA; CORDEIRO, 2020). O que por si só justifica a necessidade de atenção e ações efetivas no que cabe a saúde e sofrimento mental ao qual estão cotidianamente expostas.

Durante a organização dessa pesquisa, foram identificadas algumas revisões que se aproximaram da temática envolta a saúde mental da população negra, porém, não com a mesma abrangência e especificidade, uma delas foi uma revisão sistemática realizada em 2017, intitulada *Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil*, que identificou, dentre outras questões, haver necessidade de mais exploração científica para melhores evidências no campo, descartou mais uma vez a ideia de que desigualdades raciais em saúde poderiam vir da biologia e genética, e apresentou a teoria de *estresse* enquanto contributo na diferença entre as raças em relação à prevalência de transtornos mentais, sendo a *discriminação racial nociva à saúde* (SMOLEN; ARAÚJO, 2017). Um outro estudo, intitulado *Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos*, reafirma a incipiência da discussão do tema no Brasil, relata que a Psicologia tem contribuído ao campo, inclusive com maiores proposições que a psiquiatria; que pesquisas que se orientam pela categoria Interseccionalidade tem se mostrado relevante ao campo; que a eugenia e o racismo científico ainda têm forte rastro sobre a psicologia e a psiquiatria brasileira; que os psicólogos da saúde parecem ter pouca percepção das relações étnico-raciais deletérias no Brasil e ignoram aspectos políticos e sociais geradores de problemas mentais e sociais; que a depressão é um dos efeitos mais pronunciados das experiências de discriminação racial sobre a saúde mental da população negra; dentre outras questões (DAMASCENO; ZANELLO, 2018). Esses trabalhos de pesquisa reafirmam a homogeneização do tema, a incipiência de estudos e a urgência de uma análise que tenha a mulher negra em foco, bem como, que se atualizem os rumos da produção científica sobre este assunto de tamanha relevância e

complexidade. Enfatizando que apesar do foco ser a mulher negra, o significado da luta pela libertação é para todas as pessoas (bell hooks, 2020).

Assim, este estudo trata-se de uma Revisão de Escopo realizada em sete bases de dados: BVS; Scielo; PubMed; Web Of Science; PsycInfo; Embase; Google Scholar e uma revista específica, a Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN). A pergunta que mobiliza esta revisão de escopo é: Qual a abrangência da produção científica sobre a saúde mental das mulheres negras brasileiras?

## **2. OBJETIVO**

Mapear a produção científica nacional e internacional sobre a saúde mental das mulheres negras brasileiras, identificando lacunas e como o campo tem se apresentado.

### 3. MÉTODO

Este estudo foi conduzido através de uma Revisão de Escopo (MUNN et al., 2018), que consiste em uma das possibilidades de síntese de evidências científicas. Esta forma de revisão é caracterizada por sintetizar uma questão específica, após investigação sistemática da literatura (PETERS et al., 2020). As revisões de escopo realizadas e publicadas são acompanhadas por centros de revisões (como o *Joanna Bridge Institute* - JBI<sup>5</sup>), os quais desenvolvem, monitoram e avaliam revisões sistemáticas, implementando seus resultados na prática de diversos campos do conhecimento e formulando as diretrizes para elaboração e aprimoramentos dos protocolos de pesquisa.

As revisões de escopo são indicadas para mapear a literatura e fornecer uma visão geral das evidências, as quais, por vezes, podem informar outras revisões sistemáticas. A revisão sistemática, por sua vez, é utilizada para produzir evidências capazes de colaborar para a melhor tomada de decisão em relação à viabilidade, à adequação, ao significado ou à eficácia de um tratamento ou prática específica (MUNN; PETERS, et al., 2018). As revisões de escopo mapeiam a literatura e fornecem uma visão geral das evidências, conceitos ou estudos em um campo científico específico. Ainda que as revisões de escopo possam ser utilizadas para informar políticas e práticas, elas colaboram ainda mais com a tomada de decisões em torno de prioridades para pesquisa. As indicações apropriadas são: identificar lacunas de conhecimento; definir o escopo de um corpo de literatura; e esclarecer conceitos ou investigar a conduta da pesquisa (MUNN; PETERS, et al., 2018; TRICCO; LILLIE, et al., 2018).

A primeira estrutura para revisões de escopo foi proposta em 2005 por Arksey e O' Malley (2005) e, com o tempo, avançou-se através de novas extensões e refinamentos, chegando à orientação desenvolvida por um grupo de trabalho do JBI e da Colaboração JBI (JBIC) (PETERS et al., 2015; 2017). Na ocasião, o método estava organizado em cinco etapas obrigatórias e uma opcional, já durante os aprimoramentos posteriores (nos anos de 2010, 2015, 2017 e 2020) aconteceram novas proposições, as quais enfatizaram os alinhamentos necessários entre a pergunta de pesquisa, os objetivos e os critérios de inclusão, o planejamento da seleção, a extração de dados e apresentação, a análise, a apresentação de resultados e a síntese das evidências.

Dessa forma, a presente revisão de escopo se baseou nos aprimoramentos propostos pelo JBI (PETERS; GODFREY, et al., 2020; PETERS; MARNIE, et al., 2020; TRICCO;

---

<sup>5</sup>Joanna Briggs Institute identifica-se como uma organização global que promove e apoia decisões baseadas em evidências científicas.

LILLIE, et al., 2018), em concordância com o guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – Scoping Review* (PRISMA-ScR), o qual orienta os aspectos fundamentais no que se refere aos itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas (TRICCO; LILLIE, et al., 2018).

### 3.1 PROTOCOLO DE REGISTRO

O protocolo inicial dessa revisão de escopo foi devidamente registrado em uma plataforma digital para pesquisa científica colaborativa, o *Open Science Framework*–(OSF) (FOSTER; DEARDORFF, 2017) em 27 de maio de 2021, com o seguinte número de registro DOI: 10.17605/OSF.IO/CZV79<sup>6</sup>. Tal registro permite o compartilhamento de dados de maneira aberta. A pretensão inicial do protocolo possuía os seguintes elementos:

- identificar as fontes primárias de evidência publicada e não publicada, bem como outras revisões;
- descrever a estratégia de busca em três etapas, com pesquisa em pelo menos duas bases de dados *on-line* apropriadas e relevantes para o tópico, sendo inicialmente escolhidas a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline);
- realização de contato com estudiosos do tema para indicação de material adicional;
- apresentação de ao menos uma pesquisa de literatura cinzenta e uma estratégia de busca completa para pelo menos um dos principais bancos de dados;
- condução da pesquisa por pares;
- revisão da estratégia principal por uma bibliotecária.

### 3.2 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A base sobre a qual a presente revisão de escopo se assenta perpassa, obrigatoriamente, pela organização da estratégia de busca via mnemônico ‘PCC’ (PETERS et al., 2020), no qual “P” corresponde à População, “C” ao Conceito e “C” ao Contexto, conforme descrito no Quadro 1. Como forma de sintonizar e buscar complementaridade entre o título, a pergunta de pesquisa, os objetivos e os critérios de inclusão, esta revisão de escopo teve como pergunta de pesquisa: *Qual a abrangência da produção científica sobre a saúde mental de mulheres negras brasileiras?* Observada a relação direta com o objetivo da revisão

---

<sup>6</sup>Disponível em: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/CZV79>

que é: *mapear a produção científica nacional e internacional sobre a saúde mental das mulheres negras brasileiras.*

**Quadro 1 - Estratégia PCC para a pergunta de pesquisa**

<b>Dimensão</b>	<b>Descrição</b>
População	Produções científicas sobre mulheres negras brasileiras transgênero ou cisgênero, sem delimitação de idade
Conceito	Estudos que versam sobre a saúde/sofrimento mental das mulheres negras
Contexto	Estudos produzidos no Brasil, ou em outros países, desde que versem sobre mulheres negras brasileiras

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Com base na estratégia PCC, os critérios de inclusão e exclusão das fontes primárias de evidência foram organizados considerando as restrições de tempo e recursos disponíveis.

**Critérios de inclusão:**

- Estudos analíticos, observacionais, descritivos, experimentais, epidemiológicos, série de casos e relatos de casos individuais, pesquisas qualitativas, pesquisas quantitativas, evidências econômicas, ensaios clínicos randomizados, não randomizados, ensaios controlados, estudos de séries temporais interrompidos, quase-experimentais, estudos de coorte prospectivo e retrospectivos, estudo de caso-controle, transversais, artigos de opinião e literatura cinzenta;
- Estudos em português, inglês ou espanhol, que estivessem em formato de artigo científico;
- Fontes primárias de evidência publicadas ou não publicadas (literatura cinzenta ou difícil de localizar);
- Estudos com registro de dados sobre a saúde/sofrimento mental (e suas variáveis) de mulheres negras brasileiras;
- Mulheres autodeclaradas e/ou consideradas cisgênero ou transgênero negras;
- Estudos sobre mulheres negras residentes em qualquer Estado da federação brasileira;
- Estudos produzidos em qualquer país, porém, sobre as mulheres negras brasileiras;
- Sem restrição de idade;

- Sem restrição de tempo da publicação;
- Estudos que demarcasse “população em geral” como público de referência, desde que mulheres negras brasileiras tivessem sido também a população de análise.

**CrITÉrios de Exclusão:**

- Publicações duplicadas;
- Estudos que, apesar de tratarem de temas relacionados à saúde/sofrimento mental, não fizeram nenhum tipo de articulação específica com a população e o contexto alvo;
- Revisões (de qualquer natureza), cartas, diretrizes, blogs, teses, dissertações, sites, anais de congresso e resumos de conferências.

### 3.3 FONTES DE INFORMAÇÃO

A partir da análise minuciosa em diversas bases de dados sobre suas características e o alcance nacional e internacional de indexação, foram consideradas relevantes para o escopo desta revisão os estudos contidos nas plataformas de busca (destacadas abaixo) que estão disponíveis em sete bases de dados e uma revista específica, a Revista da ABPN, conforme descrito no Quadro 2.

**Quadro 2 - Bases de Dados utilizadas nas buscas dos estudos**

	<b>Base</b>	<b>Referência/Justificativa</b>
1	<b>Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)</b>	Base de busca integrada, vinculada ao Ministério da Saúde, que veicula publicações bibliográficas produzidas pelo Ministério, bem como informações gerais na área de Ciências da Saúde e que atua de forma cooperada na Rede de Centros Cooperantes da BVS América Latina e Caribe, seguindo o modelo proposto pela BIREME/OPAS/OMS. Fonte: <a href="https://bvsmms.saude.gov.br/o-que-e-a-bvs-ms/">https://bvsmms.saude.gov.br/o-que-e-a-bvs-ms/</a>
2	<b>Scielo</b>	Biblioteca digital de livre acesso e modelo cooperativo de publicação digital de periódicos científicos brasileiros, projetada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP), em parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Participam os seguintes países: África do Sul, Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Espanha, México, Peru, Portugal, Uruguai, Venezuela. Fonte: <a href="https://www.scielo.br/about/">https://www.scielo.br/about/</a>

3	<b>PubMed</b>	Base de dados que recupera a literatura biomédica, de ciências da vida, comportamentais, ciências químicas e bioengenharia. Tem o MEDLINE como seu maior componente, artigos indexados com MeSH (Medical Subject Headings). Fonte: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/</a>
4	<b>Web of Science</b>	Base de dados considerada abrangente, mencionada em mais de 71 milhões de registros. Possui mais de 9000 periódicos indexados nas mais diversas áreas como Ciências Biológicas, Ciências Exatas e Ciências Humanas. Fonte: <a href="https://clarivate.com/webofsciencegroup/campaigns/web-of-science-base-de-dados-de-citacao-global-independente-mais-confiavel-do-mundo/">https://clarivate.com/webofsciencegroup/campaigns/web-of-science-base-de-dados-de-citacao-global-independente-mais-confiavel-do-mundo/</a>
5	<b>PsycInfo</b>	Banco de dados de resumos de literatura no campo da psicologia, com mais de 2400 periódicos interdisciplinares registrados. Com ampla cobertura de assuntos relacionados à psicologia e outros, sendo considerado um dos principais bancos de dados sobre ciências comportamentais e sociais. Fonte: <a href="https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo">https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo</a>
6	<b>Embase</b>	Banco de dados exclusivo de literatura médica, produzido pela Elsevier, inclui os periódicos da MEDLINE, com mais de 8200 periódicos publicados e com cobertura internacional que se expande a mais de 95 países. Fonte: <a href="https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research/coverage-and-content">https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research/coverage-and-content</a>
7	<b>Google Scholar</b>	Instrumento de recuperação de informações científicas, destaca-se por ser um meta-buscador e pelo índice de citações, indexa documentos não contemplados por outras bases de dados, lista a literatura em uma extensa variedade de formatos. Fonte: <a href="https://www.redalyc.org/pdf/147/14709808.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/147/14709808.pdf</a>
8	<b>Revista da ABPN</b>	A Revista da ABPN se caracteriza por dar visibilidade às discussões sobre as relações raciais a partir da produção de pesquisadoras/es e intelectuais negras/os, bem como demais pessoas comprometidas com a promoção da equidade racial e a produção de conhecimento sobre África e diásporas africanas, em escala nacional e internacional. Disponível em: <a href="https://abpn.org.br/revista-da-abpn/">https://abpn.org.br/revista-da-abpn/</a>

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

A revisão foi conduzida por pares, conforme preconiza o método, e a medida que as/os revisoras/es se tornaram mais familiarizadas/os com as bases de dados e com o método, foi possível revisar e modificar as possibilidades de busca contidas no protocolo, o que possibilitou melhores resultados e uma busca mais abrangente. Dessa forma, foram feitas modificações nas etapas da pesquisa com inserção de fontes adicionais e termos de busca

potencialmente úteis, conforme descrito a seguir. Também foi necessário excluir das bases de busca o Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por não ser escopo para esta revisão, uma vez que, teses/dissertações não fazem parte dos critérios de inclusão. Pelo mesmo motivo, foi excluída a busca realizada na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). Ambas as bases de dados foram inicialmente pensadas como alternativa para localizar a literatura cinzenta, ou seja, aquela literatura por vezes não publicada, ou mais difícil de ser encontrada em canais de amplo acesso oficial e que demanda mais esforços para sua localização e recuperação (ANDRADE; VERGUEIRO, 1996), posteriormente a revista da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros e o Google Scholar foram direcionados a tal finalidade.

Já em relação às indicações de materiais por especialistas, uma das etapas importantes para o método, foram realizados contatos com nove pesquisadoras/es especialistas em saúde e/ou saúde mental e relações étnico-raciais através de *e-mail*, em maio de 2021. Duas dessas pessoas responderam e fizeram indicações dos seguintes periódicos científicos para buscas: Saúde em Debate; Ciência e Saúde Coletiva; Cadernos de Saúde Pública; Physis - Revista de Saúde Coletiva; Revista Trabalho, Educação e Saúde. Tendo em vista o número reduzido de respostas e considerando que as revistas indicadas foram alcançadas pela estratégia de busca nas bases escolhidas, optou-se pela inserção indireta dos respectivos periódicos.

Para a literatura de difícil alcance (literatura cinzenta), consideramos a estratégia de busca realizada na plataforma *Google Scholar* por se tratar de um mecanismo virtual de pesquisa acessível, que organiza e lista a literatura acadêmica em uma extensa variedade de formatos e que possui um extenso alcance. Posteriormente, também foi incluído no escopo, enquanto material não alcançado pelas bases de dados, a Revista da ABPN, que é reconhecida por dar visibilidade às discussões sobre relações raciais, principalmente na sociedade brasileira, e por pesquisadores (as) negros e negras.

### 3.4 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A estratégia de busca aconteceu em três etapas que estão detalhadas abaixo. Todas as buscas foram criteriosamente baseadas na pergunta de pesquisa, no objetivo da revisão, nos critérios de inclusão e exclusão:

### Quadro 3 - Planejamento, pré-teste, identificação.

<p><b>Etapa 1      Planejamento e Pré-teste, Identificação</b></p> <p>Definição das bases de dados, dos termos/descriptores e construção da estratégia de busca</p> <p>Pré-teste nas bases de dados utilizando os termos/descriptores com a busca em títulos, resumos e palavras-chave</p> <p>Consulta de viabilidade das estratégias / Aplicação nas bases de dados</p>
--

Durante esta etapa foi realizada a pesquisa em termos livres com teste em bases aleatórias; a definição dos termos/descriptores; a definição das bases de dados com melhores resultados no teste; a construção das estratégias de busca e a efetivação da busca em cada base. O processo de busca teve início em 20 de agosto de 2020 através do primeiro levantamento de possibilidades de termos livres considerados relevantes, seguido de uma pesquisa no Google Scholar<sup>7</sup> com observação atenta para a captura das variações de termos presentes nos títulos das publicações científicas de interesse do estudo. Os primeiros termos sugeridos e alcançados pelas/os revisoras/es, considerando a estratégia PCC foram:

### Quadro 4 - Estratégia PCC

<b>P</b>	mulheres negras brasileiras; negritude; negra; preta; raça; racismo; afrodescendente; relações raciais; desigualdades raciais.
<b>C</b>	saúde mental; atenção psicossocial; sofrimento mental; crise psicossocial; distúrbio mental; doença mental; sofrimento mental; transtorno mental; mental disorders; loucura.
<b>C</b>	Brasil

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

Tais termos foram mapeados com o intuito de alcance dos possíveis sinônimos através do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS. O DeCS consiste em um vocabulário controlado usado para indexar a literatura técnica e científica das Ciências Biomédicas e da Saúde, nos idiomas espanhol, francês, inglês e português, capaz de recuperar informações nas

<sup>7</sup> O Google Scholar ou Google Acadêmico é um mecanismo virtual de pesquisa livremente acessível que organiza e lista textos completos da literatura acadêmica em uma extensa variedade de formatos de publicação.

bases de dados da BVS. A partir do resultado alcançado foi realizada uma seleção dos descritores coerentes com o objetivo desta revisão, conforme demonstrado no quadro 5.

**Quadro 5 -** Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde – DeCS utilizados nas buscas

<b>Descritores - DeCS</b>	<b>Sinônimos em português</b>	<b>Sinônimos em espanhol</b>	<b>Sinônimos em inglês</b>
Raça	Grupos de Populações Continentais; Grupos Raciais; Raça*; Afrodescendente*; Negros; População Negra; Populações de Ascendência Africana; Etnia e Saúde; Raça e Saúde; Saúde Étnica	Grupos de Población Continentales	Continental Population Groups
Racismo	Desigualdade Racial em Saúde; Discriminação Racial; Discriminação baseada em Ancestralidade; Preconceito Racial Preconceito baseado em Ancestralidade; Racialismo; Viés Racial	Racismo	Racism
Afrodescendente	Negros; População Negra Populações de Ascendência; africana	Grupo de Ascendência Continental Africana	African Continental Ancestry Group
Relações raciais	Relações raciais	Relaciones Raciales	Race Relations
Saúde Mental	Saúde mental; Higiene Mental	Salud Mental	Mental Health
Sofrimento Mental	Estresse psicológico; Fatores de Estresse Psicológico; Padecimento Mental; Padecimento Psíquico; Sofrimento Mental; Sofrimento Psíquico	Estrés Psicológico	Stress, Psychological

Transtorno Mental	Transtornos Mentais; Diagnóstico Psiquiátrico; Distúrbios Psiquiátricos; Doença Mental; Doença Psiquiátrica; Doenças Psiquiátricas; Insanidade; Transtorno Mental; Transtornos Psiquiátricos	TrastornosMentales	Mental Disorders
Psiquiatria	Psiquiatra	Psiquiatria	Psychiatry

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Em seguida, a busca por sinônimos relevantes aconteceu no *Medical Subject Headings* – (MeSH), o qual é um sistema de metadados médicos em língua inglesa que indexa artigos no campo das Ciências da Saúde e é um recurso importante para buscas no MEDLINE-Pubmed. Obteve-se o resultado apresentado no Quadro 6.

**Quadro 6** - Descritores alcançados através do *Medical SubjectHeadings* – MeSH

<b>Termo/ Descritores</b>	<b>Sinônimos</b>
RaceFactor*	RaceFactor*; Racial Factor*
NegroidRace	Blacks; Negro
Racial Stock	Race
Racial Relations	RaceRelations
Psychological Stress	Psychologic Stress; Psychological Stressor; Mental Suffering
Racism	Racial Bias; Racial Prejudice; Racial Discrimination

Fonte: elaborado pela autora (2023).

Em todas as plataformas de busca foram utilizados termos chave em português, inglês e espanhol, e foram levados em consideração os possíveis plurais e variantes linguísticas de cada termo (radical da palavra + asterisco). Em fevereiro de 2021, foi possível chegarmos à seguinte sintaxe final (matriz) utilizando operadores booleanos, conforme demonstrado na Tabela 1.

**Tabela 1** - Sintaxe matriz.

<b>População</b>	<b>Conceito</b>	<b>Contexto</b>
Mulheres OR (Pessoas Transgênero OR Mulher Transexual OR Mulher Transgênero OR Pessoas Trans OR Pessoas Transexuais OR Transexua* OR Transexual Feminino OR Transgênero*) AND Grupo com Ancestrais do Continente Africano OR Negr* OR Populaç* Negr*	Saúde Mental OR Atenção psicossocial OR Sofrimento mental OR Crise psicossocial OR Distúrbio mental OR Doença mental OR Sofrimento mental OR Transtorno mental OR Loucura OR Psiquiatria OR Higiene Mental OR <b>Estresse Psicológico</b> OR Fatores de Estresse Psicológico OR Padecimento Mental OR Padecimento Psíquico OR Sofrimento Mental OR Sofrimento Psíquico OR <b>Transtorno* Menta* OR Diagnóstico Psiquiátrico OR Distúrbio* Psiquiátrico* OR Doença* Psiquiátrica* OR Insanidade OR Transtorno* Psiquiátrico*</b>	Brasil OR América do Sul OR América Latina

Fonte: elaborado pela autora (2023).

Tendo por base a sintaxe matriz, as combinações foram adequadas para a produção de sintaxes finais capazes de atender a cada base de dados e de forma a produzir melhores retornos de busca, através de estratégias sistemáticas de busca completas para cada base de dados. Tal estratégia foi produzida de maneira coletiva, junto a outros dois revisores<sup>8</sup> e validada por uma bibliotecária<sup>9</sup> em dois momentos distintos ocorridos em 15/10/2020 e 03/02/2021<sup>10</sup>. A última interação para busca sistemática por literatura cinzenta ocorreu em novembro de 2022<sup>11</sup>, conforme detalhado na Tabela 2.

<sup>8</sup>Revisores: Lúcia Dias da Silva Guerra e Alef Diogo Silva Santana.

<sup>9</sup>Bibliotecária: Isabel dos Santos Figueiredo ([isabel.figueiredo@fm.usp.br](mailto:isabel.figueiredo@fm.usp.br))

<sup>10</sup> Reuniões ocorridas pelo Google Meet, com gravações em posse da pesquisadora e dos revisores.

<sup>11</sup> A última inserção de local de busca aconteceu de maneira manual. A revista ABPN passou a compor o escopo devido sua relevância para o campo e o tipo de indexações que realiza.

**Tabela 2** - Termos e expressão de busca (sintaxe) utilizados no estágio de identificação da literatura em cada base de dados.

Bases de dados bibliográficos	População	Conceito	Contexto
<b>1. BVS</b> (Busca Avançada), com o retorno de <b>169</b> artigos;	Mulheres OR Pessoas Transgênero OR Mulher Transexual OR Mulher Transgênero OR Pessoas Trans OR Pessoas Transsexuais OR Transexua* OR Transexual Feminino OR Transgênero* OR Grupo com Ancestrais do Continente Africano OR Negr* OR Populaç* Negr*	Saúde Mental OR Atenção psicossocial OR Sofrimento mental OR Crise psicossocial OR Distúrbio mental OR Doença mental OR Sofrimento mental OR Transtorno mental OR Loucura OR Psiquiatria OR Higiene Mental OR Estresse Psicológico OR Fatores de Estresse Psicológico OR Padecimento Mental OR Padecimento Psíquico OR Sofrimento Mental OR Sofrimento Psíquico OR Transtorno* Menta* OR Diagnóstico Psiquiátrico OR Distúrbio* Psiquiátrico* OR Doença* Psiquiátrica* OR Insanidade OR Transtorno* Psiquiátrico*	_____
<b>Sintaxe - Expressão de Busca BVS</b>	(Mulheres OR Pessoas Transgênero OR Mulher Transexual OR Mulher Transgênero OR Pessoas Trans OR Pessoas Transsexuais OR Transexua* OR Transexual Feminino OR Transgênero* OR Grupo com Ancestrais do Continente Africano OR Negr* OR Populaç* Negr*) AND (Saúde Mental OR Atenção psicossocial OR Sofrimento mental OR Crise psicossocial OR Distúrbio mental OR Doença mental OR Sofrimento mental OR Transtorno mental OR Loucura OR Psiquiatria OR Higiene Mental OR Estresse Psicológico OR Fatores de Estresse Psicológico OR Padecimento Mental OR Padecimento Psíquico OR Sofrimento Mental OR Sofrimento Psíquico OR Transtorno* Menta* OR Diagnóstico Psiquiátrico OR Distúrbio* Psiquiátrico* OR Doença* Psiquiátrica* OR Insanidade OR Transtorno* Psiquiátrico*)		
<b>2. SCIELO</b> (busca avançada), com retorno de <b>66</b> artigos	Negr* OR Populaç* Negr*	Saúde Mental	_____
<b>Sintaxe - Expressão de Busca SCIELO</b>	(Negr* OR Populaç* Negr*) AND (Saúde Mental)		
<b>3. PUBMED,</b> Sintaxe - Expressão de Busca (busca simplificada e única), com retorno	Women OR Woman OR ("Transgender Persons" OR "Person, Transgender" OR "Persons, Transgender" OR "Transgender Person" OR Transgenders OR Transgender OR "Transgendered Persons" OR "Person, Transgendered" OR "Persons, Transgendered" OR "Transgendered Person" OR "Transsexual Persons" OR "Person, Transsexual" OR "Persons, Transsexual" OR "Transsexual Person" OR Transsexual*)		

de <b>466 artigos.</b>	AND "African Continental Ancestry Group" OR "Negroid Race" OR "Negroid Races" OR "Race, Negroid" OR "Races, Negroid" OR Blacks AND "Mental disorders" OR "Mental Disorder" OR "Psychiatric Diseases" OR "Psychiatric Disease" OR "Psychiatric Illness" OR "Psychiatric Illnesses" OR "Psychiatric Disorders" OR "Psychiatric Disorder" OR "Mental Disorders, Severe" OR "Mental Disorder, Severe" OR "Severe Mental Disorder" OR "Severe Mental Disorders" OR "Psychological Stress" OR "Psychological Stresses" OR "Stresses, Psychological" OR "Stress, Psychologic" OR "Psychologic Stress" OR "Stressor, Psychological" OR "Psychological Stressor" AND Brazilian
<b>4. WEB OF SCIENCE</b> (Pesquisa Básica, fazer de maneira separada com cada grupo, clicar em pesquisa recente, após, agrupar todo o conteúdo e pesquisar.) Com retorno de <b>57 artigos.</b>	<p>Women OR Woman OR ("Transgender Persons" OR "Person, Transgender" OR "Persons, Transgender" OR "Transgender Person" OR Transgenders OR Transgender OR "Transgendered Persons" OR "Person, Transgendered" OR "Persons, Transgendered" OR "Transgendered Person" OR "Transsexual Persons" OR "Person, Transsexual" OR "Persons, Transsexual" OR "Transsexual Person" OR Transsexual*)</p> <p>AND "African Continental Ancestry Group" OR "Negroid Race" OR "Negroid Races" OR "Race, Negroid" OR "Races, Negroid" OR Blacks AND "Mental disorders" OR "Mental Disorder" OR "Psychiatric Diseases" OR "Psychiatric Disease" OR "Psychiatric Illness" OR "Psychiatric Illnesses" OR "Psychiatric Disorders" OR "Psychiatric Disorder" OR "Mental Disorders, Severe" OR "Mental Disorder, Severe" OR "Severe Mental Disorder" OR "Severe Mental Disorders" OR "Psychological Stress" OR "Psychological Stresses" OR "Stresses, Psychological" OR "Stress, Psychologic" OR "Psychologic Stress" OR "Stressor, Psychological" OR "Psychological Stressor"</p> <p style="text-align: right;">Brazilian</p>
<b>Sintaxe - Expressão de Busca WEB OF SCIENCE</b>	<p>TÓPICO: (Brazilian) AND TÓPICO: ("African Continental Ancestry Group" OR "Negroid Race" OR "Negroid Races" OR "Race, Negroid" OR "Races, Negroid" OR Blacks AND "Mental disorders" OR "Mental Disorder" OR "Psychiatric Diseases" OR "Psychiatric Disease" OR "Psychiatric Illness" OR "Psychiatric Illnesses" OR "Psychiatric Disorders" OR "Psychiatric Disorder" OR "Mental Disorders, Severe" OR "Mental Disorder, Severe" OR "Severe Mental Disorder" OR "Severe Mental Disorders" OR "Psychological Stress" OR "Psychological Stresses" OR "Stresses, Psychological" OR "Stress, Psychologic" OR "Psychologic Stress" OR "Stressor, Psychological" OR "Psychological Stressor")</p> <p>AND TÓPICO: (Women OR Woman OR ("Transgender Persons" OR "Person, Transgender" OR "Persons, Transgender" OR "Transgender Person" OR Transgenders OR Transgender OR "Transgendered Persons" OR "Person, Transgendered" OR "Persons, Transgendered" OR "Transgendered Person" OR "Transsexual Persons" OR "Person, Transsexual" OR "Persons, Transsexual" OR "Transsexual Person" OR Transsexual*))</p>
<b>5. PSYCINFO</b> (Pesquisa Avançada), busca separada com	<p>Women OR Woman OR ("Transgender Persons" OR "Person, Transgender" OR</p> <p>AND "African Continental Ancestry Group" OR "Negroid Race" OR "Negroid Races" OR</p> <p style="text-align: right;">Brazilian</p>

cada grupo (“pesquisa recente”), agrupar o conteúdo e pesquisar. O retorno foi de <b>70 artigos</b> ;	"Persons, Transgender" OR "Transgender Person" OR Transgenders OR Transgender OR "Transgendered Persons" OR "Person, Transgendered" OR "Persons, Transgendered" OR "Transgendered Person" OR "Transsexual Persons" OR "Person, Transsexual" OR "Persons, Transsexual" OR "Transsexual Person" OR Transexual*)	"Race, Negroid" OR "Races, Negroid" OR Blacks AND "Mental disorders" OR "Mental Disorder" OR "Psychiatric Diseases" OR "Psychiatric Disease" OR "Psychiatric Illness" OR "Psychiatric Illnesses" OR "Psychiatric Disorders" OR "Psychiatric Disorder" OR "Mental Disorders, Severe" OR "Mental Disorder, Severe" OR "Severe Mental Disorder" OR "Severe Mental Disorders" OR "Psychological Stress" OR "Psychological Stresses" OR "Stresses, Psychological" OR "Stress, Psychologic" OR "Psychologic Stress" OR "Stressor, Psychological" OR "Psychological Stressor"
<b>Sintaxe - Expressão de Busca PSYCINFO</b>	(( <b>Any Field:</b> (Brazilian))) AND (( <b>Any Field:</b> ("African Continental Ancestry Group") <b>ORAny Field:</b> ("Negroid Race") <b>ORAny Field:</b> ("Negroid Races") <b>ORAny Field:</b> ("Race, Negroid") <b>ORAny Field:</b> ("Races, Negroid") <b>ORAny Field:</b> (Blacks) <b>ANDAny</b> <b>Field:</b> ("Mental disorders") <b>ORAny Field:</b> ("Mental Disorder") <b>ORAny Field:</b> ("Psychiatric Diseases") <b>ORAny Field:</b> ("Psychiatric Disease") <b>ORAny Field:</b> ("Psychiatric Illness") <b>ORAny Field:</b> ("Psychiatric Illnesses") <b>ORAny Field:</b> ("Psychiatric Disorders") <b>ORAny Field:</b> ("Psychiatric Disorder") <b>ORAny Field:</b> ("Mental Disorders, Severe") <b>ORAny Field:</b> ("Mental Disorder, Severe") <b>ORAny Field:</b> ("Severe Mental Disorder") <b>ORAny Field:</b> ("Severe Mental Disorders") <b>ORAny Field:</b> ("Psychological Stress") <b>ORAny Field:</b> ("Psychological Stresses") <b>ORAny Field:</b> ("Stresses, Psychological") <b>ORAny Field:</b> ("Stress, Psychologic") <b>ORAny Field:</b> ("Psychologic Stress") <b>ORAny Field:</b> ("Stressor, Psychological") <b>ORAny Field:</b> ("Psychological Stressor")))) AND (( <b>Any Field:</b> (Women) <b>ORAny Field:</b> (Woman) <b>OR</b> <b>(Any Field:</b> ("Transgender Persons") <b>ORAny Field:</b> ("Person, Transgender") <b>ORAny</b> <b>Field:</b> ("Persons, Transgender") <b>ORAny Field:</b> ("Transgender Person") <b>ORAny Field:</b> (Transgenders) <b>ORAny Field:</b> (Transgender) <b>ORAny Field:</b> ("Transgendered Persons") <b>ORAny Field:</b> ("Person, Transgendered") <b>ORAny Field:</b> ("Persons, Transgendered") <b>ORAny Field:</b> ("Transgendered Person") <b>ORAny Field:</b> ("Transsexual Persons") <b>ORAny Field:</b> ("Person, Transsexual") <b>ORAny Field:</b> ("Persons, Transsexual") <b>ORAny</b> <b>Field:</b> ("Transsexual Person") <b>ORAny Field:</b> (Transexual*)))	
<b>6. EMBASE -</b> Sintaxe - Expressão de Busca (busca simplificada e única). Com retorno de <b>51 artigos</b> .	('women black' OR (('women/exp OR women) AND ('black'/exp OR black))) AND ('mental disorders'/exp OR 'mental disorders') AND ('brazilian'/exp OR brazilian)	
<b>7. GOOGLE SCHOLAR,</b>	“saúde mental, mulher, negra”	

---

sintaxe - expressão de busca. Busca manual, com **retorno foi de 05 artigos.** Sendo que 02 foram excluídos por serem dissertações e 01 por duplicidade.

---

**Total: 884 artigos**

**Registros duplicados removidos: 99**

**Excluídos após análise de títulos e resumos: 742**

**Restando para leitura na íntegra: 43 artigos** (excluídos 14 por não atenderem a pergunta de pesquisa)

**Permanecendo no escopo final: 29 artigos**

---

### Literatura não localizada através das bases de dados

---

**8. ABPN,** busca manual, separada por expressão única. Com **retorno de 32 artigos.** Desses, 07 foram excluídos por duplicidade e 23 por não responderem à pergunta de pesquisa. saúde mental; atenção psicossocial; sofrimento mental; loucura

---

<b>Total: 32 artigos</b>	<b>Registro duplicados removidos: 07</b>	<b>Excluídos após análise de títulos e resumos: 23</b>
--------------------------	--	--

**Restando para leitura na íntegra: 02**

**Permanecendo no escopo final: 02**

---

#### TOTAL GERAL (bases + literatura de difícil localização)

**Total geral de artigos:** 884 (bases) + 32 (ABPN) = 916

**Total geral de registros duplicados removidos:** 99 (bases) + 7 (ABPN) = 106

**Total geral de excluídos após análise de títulos e resumos:** 742 (bases) + 23 (ABPN) = 765

**Total geral de excluídos após leitura na íntegra:** 14 (bases) + 0 (ABPN) = 14

**Permanecendo no escopo final: 29 (bases) + 02 (ABPN) = 31 artigos**

---

Fonte: elaborado pela autora (2023).

### 3.5 SELEÇÃO DAS FONTES DE EVIDÊNCIA

A segunda etapa do método preconiza a organização e armazenamento das publicações alcançadas, assim como, a exclusão das publicações duplicadas.

**Quadro 7 - Etapa 2 do processo de seleção**

<p><b>Organização e Armazenamento</b></p> <p><b>Etapa 2</b> Organização e armazenamento das publicações, com exclusão das publicações duplicadas</p>
--

Fonte: elaboradora pela autora, 2023.

Após a organização das estratégias completas e aplicação em cada base de dados, foi realizada a organização e armazenamento das publicações alcançadas, assim como, a exclusão das publicações duplicadas. Para esta etapa, os estudos foram importados para um *software* gerenciador de referências livre, de código aberto denominado *Zotero*. O *Zotero* é capaz de fazer a exclusão dos artigos duplicados. A busca manual (sem importar para o *Zotero*) aconteceu na base de dados do Google Scholar, onde o retorno da aplicação foi de cinco artigos, dos quais teve elegibilidade para leitura na íntegra apenas dois artigos; e na Revista da ABPN, cujo retorno foi de 32 artigos, dos quais teve elegibilidade para leitura na íntegra dois artigos. Foram identificadas, inicialmente, um total de 916 publicações, sendo: 169 da BVS; 66 na Scielo; 466 na PubMed; 57 na Web Of Science; 70 na PsycInfo; 51 na Embase; 05 no Google Scholar; e 32 na ABPN.

Após retirados os artigos duplicados (via *Zotero* e manualmente) e as dissertações/teses, o total de estudos excluídos foi de 106 publicações e a revisão permaneceu com 810 artigos, os quais foram importados para o programa de revisão Rayyan<sup>12</sup> (exceto Google Scholar e Revista da ABPN), de modo que seus títulos e resumos fossem analisados por pares. Dessa forma, dois revisores independentes (modo *blind-off*) chegaram à amostra final dos artigos que iriam compor o escopo da revisão e que contou com 31 artigos incluídos.

Na terceira etapa, as/os revisoras/es reuniram-se para um treino prévio dos critérios de elegibilidade. Em seguida, habilitaram o modo *Blind Off* (“invisível para os outros revisores”) do Rayyan e analisaram de maneira independente os títulos e resumos por meio de leitura

<sup>12</sup>O Rayyan QCRI, que é um programa de revisão em sua versão gratuita, capaz de auxiliar autores de revisões sistemáticas, exportando os estudos de uma base de dados determinada, para que os títulos e resumos possam ser avaliados por pares com cegamento do pesquisador auxiliar, garantindo fidedignidade na seleção das informações, acurácia e precisão metodológica (MOUZZANI et al. 2016).

dinâmica, como forma de estabelecer a elegibilidade, a extração e a análise posterior de possíveis divergências, que seriam sanadas pela discussão e decisão final junto à terceira revisora<sup>13</sup>. Do total de títulos e resumos lidos e inseridos no Rayyan (782), houve divergência entre os revisores em 2,7% dos estudos, que foi sanada através da discussão coletiva entre os três revisores.

### **Quadro 8 - Seleção das publicações e extração dos dados**

<b>Etapa 3</b>	<b>Seleção das publicações e Extração dos dados</b>
	I. Revisão (por pares) - títulos e resumos
	II. Revisão (por pares) - leitura dinâmica dos artigos p checagem dos critérios de inclusão e elegibilidade dos artigos
	Extração dos dados (por pares/cegados) - Escopo final
	Leitura completa dos artigos

Fonte: elaboradora pela autora, 2023.

### 3.6 EXTRAÇÃO DE DADOS

A extração para mapeamento de dados foi realizada de maneira descritiva e através da organização de um formulário de mapeamento em planilha do Excel cuja função foi informar o que cada um dos artigos analisava e trazia de reflexão sobre a saúde mental de mulheres negras brasileiras. Os dados extraídos foram: o(s) objetivo (s) de cada estudo; a população; o contexto; o conceito; a perspectiva teórico política e social apontada; e os métodos utilizados. Para tal os estudos foram organizados em quatro categorias temáticas e em subcategorias.

### 3.7 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os resultados foram apresentados de maneira descritiva e através de tabelas, gráficos, figuras e mapa mental que destacam as características gerais e específicas dos estudos, os principais resultados, as limitações, lacunas de conhecimento e aspectos que direcionam a necessidade de estudos futuros sobre o campo.

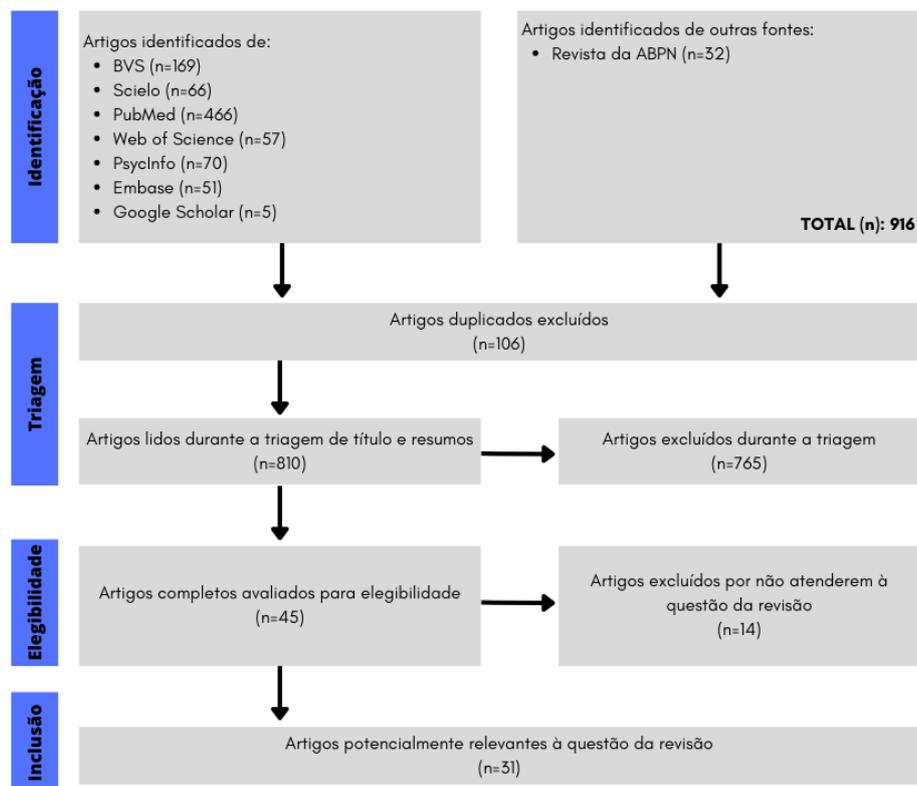
<sup>13</sup> Lúcia Dias da Silva Guerra. ORCID: 0000-0003-0093-2687.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 SELEÇÃO DAS FONTES DE EVIDÊNCIA

A busca nas bases de dados resultou em 916 registros que passaram pelo processo de seleção e resultaram em 31 artigos incluídos, conforme descrito no fluxograma abaixo.

**Figura 1** - Diagrama de busca e seleção dos estudos conforme o Preferred Report Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses - (PRISMA- Scr)



Fonte: elaborada pela autora, adaptado de Tricco et al (2018).

### 4.2 CARACTERÍSTICAS DAS FONTES DE EVIDÊNCIAS

Os dados foram sintetizados e são descritos por meio de quadros, gráficos, mapas conceituais e mapas de distribuição geográfica. Além disso, as principais evidências foram organizadas em quatro categorias temáticas, a partir dos resultados das fontes de evidência: 1-Sofrimento Psíquico, Sobrecarga e Saúde Mental; 2- Resistência e Território; 3- Sobre Nós Mulheres Negras; 4- Violência Racial de Gênero Contra Todas as Mulheres Negras e serão mais bem detalhadas a seguir.

### 4.3 SÍNTESE DE RESULTADOS

Trinta e um estudos foram incluídos nesta revisão de escopo, os quais estão descritos no Quadro 9.

**Quadro 9** - Características gerais dos estudos incluídos na revisão, considerando a distribuição em identificação do estudo, autores, título, periódico e ano de publicação.

<b>Estudo 1</b>
ARAÚJO, T.M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. <i>Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil</i> . 2005.
<b>Estudo 2</b>
ANSEMI, L. <i>et al.</i> Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. <i>Revista de Saúde Pública</i> . 2008.
<b>Estudo 3</b>
OLIVEIRA JUNIOR, W. M. O.; ABDO, C.H.N. Comportamentos sexuais não convencionais e associações com parâmetros de saúde física, mental e sexual: um estudo em 18 grandes cidades brasileiras. <i>Brazilian Journal of Psychiatry</i> . 2010.
<b>Estudo 4</b>
BALTIERI, D. A.; ANDRADE, A.G. Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder. <i>The journal of sexual medicine</i> . 2009.
<b>Estudo 5</b>
MACHADO, V.; SANTOS, M.A. Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. <i>Jornal Brasileiro de Psiquiatria</i> . 2011.
<b>Estudo 6</b>
BARROS, S. <i>et al.</i> Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. <i>Saúde e Sociedade</i> . 2014.
<b>Estudo 7</b>
NEVES, M.W.F. <i>et al.</i> Neurosarcoideose associada com sintomas psiquiátricos: relato de caso. <i>Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia</i> . 2017.
<b>Estudo 8</b>
CAMPOS, F. M. <i>et al.</i> Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. <i>Cadernos Saúde Coletiva</i> . 2020.
<b>Estudo 9</b>

MOUTINHO, I.L.D. <i>et al.</i> Mental health and quality of life of Brazilian medical student: incidence, prevalence, and associated factors within two years of follow-up. <i>Psychiatry research</i> . 2019.
<b>Estudo 10</b>
SILVA, M. N., MONTEIRO, J.C.S. Avaliação da autoestima de jovens universitárias segundo critério raça/cor. <i>Revista Latino-americana de Enfermagem</i> . 2020.
<b>Estudo 11</b>
MONTEIRO, D.S. <i>et al.</i> Fatores Associados ao transtorno mental comum em adolescentes escolares. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> . 2020.
<b>Estudo 12</b>
GOODMAN, R. <i>et al.</i> The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i> . 2005.
<b>Estudo 13</b>
SILVA, J.A.N. Condições Sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. <i>Saúde e Sociedade</i> . 2007.
<b>Estudo 14</b>
BARROSO, S.M.; MELO, A.P.; GUIMARÃES, M.D.C. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. <i>Revista Brasileira de Epidemiologia</i> . 2015.
<b>Estudo 15</b>
MUSSI, R.; ROCHA, S.; ALVES, T. Transtornos mentais comuns em quilombolas baianos, Nordeste brasileiro. <i>Psicologia, Saúde &amp; Doenças</i> . 2019.
<b>Estudo 16</b>
GOUVEIA, M.; ZANELLO, V. Psicoterapia, raça e racismo no contexto brasileiro: experiências e percepções de mulheres negras. <i>Psicologia em Estudo</i> . 2019.
<b>Estudo 17</b>
TAVARES, J.S.C.; KURATANI, S.M.A. Manejo clínico das repercussões do racismo entre mulheres que se “Tornaram Negras”. <i>Psicologia: Ciência e Profissão</i> . 2019.
<b>Estudo 18</b>
DANILEVICZ, V. M. Semeaduras: uma cartografia na atenção primária em saúde. <i>Psicologia &amp; Sociedade</i> . 2020.
<b>Estudo 19</b>
AMBROSIO, L.G. <i>et al.</i> Cabelos crespos, tranças e blackpower: reflexões sobre o

adoecimento de mulheres negras, autoestima e empoderamento. Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. 2022.
<b>Estudo 20</b>
SANTANA; V. <i>et al.</i> Skin colour, perception of racism and depression among adolescents in urban Brazil. <i>Child and Adolescent Mental Health</i> . 2007.
<b>Estudo 21</b>
GUIMARÃES, M.A.C., PODKAMENI, A.B. A rede de sustentação coletiva, espaço potencial e resgate identitário: Projeto Mãe-Criadeira. <i>Saúde e Sociedade</i> . 2008.
<b>Estudo 22</b>
DINIZ, N.M.F. <i>et al.</i> Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> . 2011.
<b>Estudo 23</b>
CORRÊA, H. <i>et al.</i> Postpartum depression symptoms among Amazonian and Northeast Brazilian women. <i>Journal of Affective Disorders</i> . 2016.
<b>Estudo 24</b>
FATTORE, G.L. <i>et al.</i> Personal-level and group-level discrimination and mental health: the role of skin color. <i>Journal of Racial and Ethnic Health Disparities</i> . 2018.
<b>Estudo 25</b>
HOGAN, V. K. <i>et al.</i> “We black women have to kill a lion everyday”: an intersectional analysis of racism and social determinants of health in Brazil. <i>Social Science &amp; Medicine</i> . 2018.
<b>Estudo 26</b>
SILVA, I.P.A., CHAI, C.G. As relações entre racismo e sexismo e o direito à saúde mental da mulher negra brasileira. <i>Revista de Políticas Públicas</i> . 2018.
<b>Estudo 27</b>
ZUCCHI, E. M. <i>et al.</i> Bem-estar psicológico entre travestis e mulheres transexuais no Estado de São Paulo, Brasil. <i>Cadernos de Saúde Pública</i> . 2019.
<b>Estudo 28</b>
MARTINS, T.V.; LIMA, T.J.S.; SANTOS, W.S. O efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. <i>Ciência e Saúde Coletiva</i> . 2020.
<b>Estudo 29</b>
SILVA, D.A.; SILVA, E.Q. Saúde mental no enfoque das mulheres afetadas pelo Zika vírus: um estudo etnográfico no Estado do Pará, Brasil. <i>Cadernos de Saúde Pública</i> . 2020.
<b>Estudo 30</b>

PEREIRA, V.O.M. *et al.* Violências contra adolescentes: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil, 2011-2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2020.

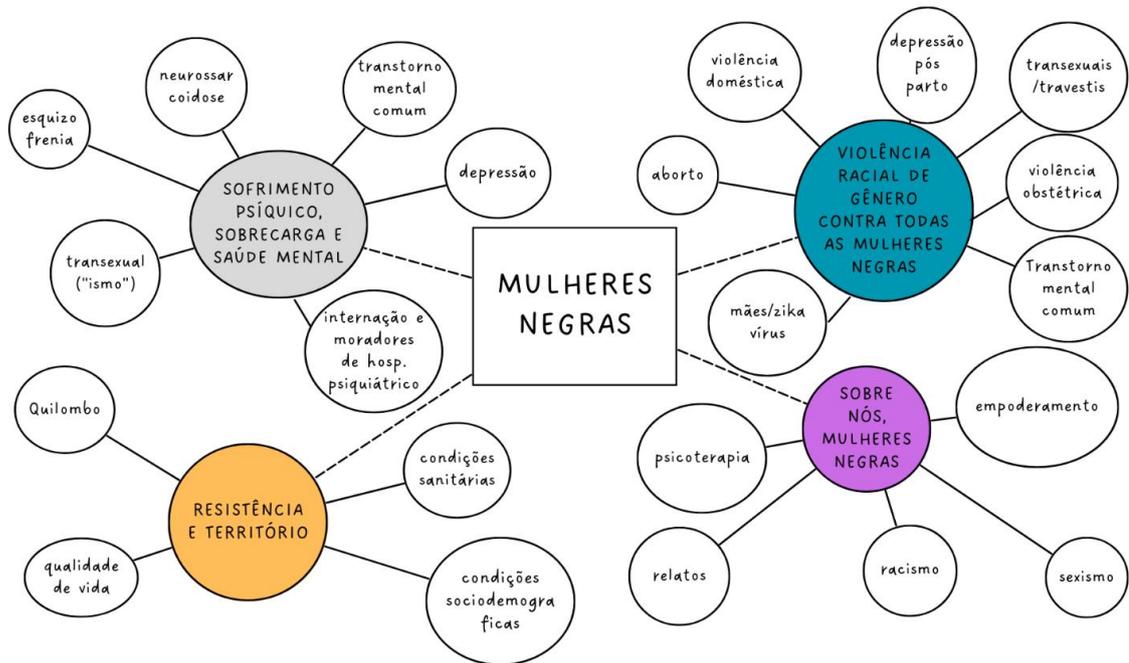
### Estudo 31

COSTA, T.S.; ROSA, L.A. Compreensões sobre a construção subjetiva de mulheres negras. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros*. 2021.

Fonte: elaborado pela autora (2023).

Conforme citado a partir dos resultados das fontes de evidência foram construídas quatro categorias temáticas, a saber: primeira, *Sofrimento psíquico, sobrecarga e saúde mental* aborda estudos relacionados às diversas possibilidades e formas de sofrimento a que mulheres negras estão expostas; segunda, *Resistência e território* relaciona os artigos que discutem as condições territoriais e sociodemográficas, além das maneiras de resistência produzidas por comunidades quilombolas; terceira, *Sobre nós, mulheres negras* apresenta relatos, vivências e repercussões do racismo na vida das mulheres negras, além de práticas, relações terapêuticas e estratégias de enfrentamento; e, por último, a quarta categoria, *Violência racial de gênero contra todas as mulheres negras* relaciona as violências que mulheres cisgênero e transgênero negras suportam cotidianamente, o que requer dessas mulheres a protagonização de lutas e resistências, nomeadamente relativas à garantia do direito à saúde. A Figura 2 apresenta um mapa conceitual com as palavras-chave de cada categoria temática.

**Figura 2** - Mapa mental sobre a organização e principais temas dispostos nas categorias.



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Para proporcionar uma apresentação didática dos principais resultados das fontes de evidência selecionadas, no Quadro 10 consta uma síntese dos estudos incluídos em cada categoria temática conforme os seguintes itens: objetivo, delineamento metodológico, população, contexto e conceito.

**Quadro 10** – Tabulação da síntese dos resultados por categoria temática

<i>Categoria 1 – Sofrimento psíquico, sobrecarga e saúde mental (11 estudos)</i>					
<b>Código do estudo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Delineamento metodológico</b>	<b>População</b>	<b>Contexto</b>	<b>Conceito</b>
1	Descrever as características sociodemográficas e do trabalho doméstico de mulheres e os fatores associados à prevalência de TMC	Estudo de corte transversal; seleção das áreas por amostragem estratificada aleatoriamente em subdistrito; coleta por ficha domiciliar e questionário individual; transtornos mentais comuns (TMC) avaliados utilizando o <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20) para uso em populações de países em desenvolvimento.	Mulheres (e adolescentes) da zona urbana de Feira de Santana / Bahia; com idade maior ou igual a 15 anos; 2055 mulheres entrevistadas.	Feira de Santana-BA-Brasil	Estudo realizado em 2005. Os TMCs resumem-se em: ser separada/divorciada ou viúva; ter filhos; ser negra ou parda; baixa escolaridade; baixa renda; ter mais de 40 anos; ter alta sobrecarga doméstica; ser chefe de família; realizar tarefas domésticas todos os dias e não receber ajuda ou recebê-la apenas do homem da família; não manter algum tipo de atividade de lazer semanal. Fala sobre a construção dos papéis sociais, a divisão sexual do trabalho no interior das famílias, a necessidade de implementação de políticas públicas para criação de redes de apoio para socialização de parcela do trabalho doméstico.
2	Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns e sua associação com fatores de risco.	Estudo transversal; entrevistas em domicílio; TMC estimados pelo Self-Report Questionnaire (SRQ-20); variáveis socioeconômicas, demográficas, perinatais e ambientais; análise estratificada por sexo; uso da regressão de Poisson. Variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde obtidas por meio de questionário perinatal e entrevistas domiciliares. Modelo de análise hierarquizado em três níveis. 1 - Cor da pele,	5914 nascidos vivos no período de 1982	Pelotas, Rio Grande do Sul; no decorrer do ano de 1982, três maternidades visitadas diariamente; 5914 nascidos vivos no período, destes foram visitados 4297 entre outubro de 2004 e agosto de 2005.	Estudo de 2008. Demonstra haver maior prevalência de TMC em indivíduos com baixa renda familiar ao nascer, ou que empobreceram, e de minorias étnico-raciais. Fala que existe impacto das desigualdades sociais presentes no nascimento sobre esses transtornos. Chama atenção para o fato de que indivíduos com renda intermediária foram mais localizados (territorialmente). Foi identificado prevalência de TMC mais alta entre indivíduos pretos ou pardos de ambos os sexos. Entre as mulheres houve associação com o baixo peso ao nascer, escolaridade materna e TMC materno. O baixo peso e a escolaridade em relação à cor da pele deixaram de apresentar associação com TMC quando foram

		escolaridade materna, renda familiar ao nascer; 2 - peso ao nascer; 3 - período de amamentação.			controlados em relação a fatores socioeconômicos e demográficos para a renda familiar. Prevalência de TMC mais alta entre as mulheres, principalmente para depressão e ansiedade na idade adulta. A renda familiar no nascimento permaneceu associada ao TMC, mesmo após ajuste para a renda familiar atual. Para as mulheres negras, a associação permaneceu após o ajuste para renda e escolaridade, indicando que possíveis experiências de discriminação racial, provavelmente vivenciadas por pessoas de minorias étnicas, aumentaria o risco de desenvolver TMC. A associação entre TMC materno e transtorno psiquiátrico das filhas sugere que a influência da saúde mental materna é maior sobre a filha do que sobre o filho, que pode ser decorrente da maior herdabilidade da depressão entre as mulheres. A duração da amamentação não ficou associada aos TMC. Conclui, entre outras questões, que a trajetória econômica permaneceu significativamente associada ao desfecho da prevalência de TMC em ambos os sexos.
3	Investigar as associações entre comportamento sexual não convencional e parâmetros sociodemográficos e de saúde	Estudo transversal; questionário anônimo e autoaplicável, comparativo entre indivíduos com pelo menos uma referência de comportamento sexual não convencional e os sem referência de tal comportamento. Composto por 87 itens divididos em cinco sessões: aspectos sociodemográficos; hábitos de vida; comportamento	7022 indivíduos, com 18 anos ou mais.	Realizado de novembro de 2002 a fevereiro de 2003, de 18 cidades de 13 municípios brasileiros das cinco macrorregiões: Sudeste (São Paulo/SP, São Caetano/SP, Campinas/SP, Santos/SP, São Bernardo/SP, Diadema/SP, Rio de Janeiro/RJ e Belo Horizonte/MG), Sul (Curitiba/PR, Porto	Estudo publicado em 2009, porém realizado entre 2002 e 2003, por um período de quatro meses, aplicado em treze municípios brasileiros de diferentes estados através de formulário anônimo. Homens negros 59,2%, homens brancos 50,7%, mulheres negras 37,8%, mulheres brancas 28,5%. Os resultados associaram ao sexo masculino, solteiro ou separado, raça negra ou parda, ensino fundamental e médio, histórico de tratamento de transtorno de estresse pós-traumático, dependência de álcool, anticoncepção de

		sexual; história e orientação; saúde geral; dificuldades sexuais; teste quiquadrado para as variáveis.		Alegre/RS, Florianópolis/SC, Norte (Belém/PA), Centro-Oeste (Campo Grande/MS, Brasília/DF; Nordeste (Salvador/BA, Recife/PE, Fortaleza/CE e Natal/RN)	emergência, dificuldades no início da vida sexual, violência sexual, bissexualidade, realização de sexo oral ou anal, como os que mais apresentam comportamento sexual não convencional. O fetichismo e voyeurístico foram os mais frequentes. Mulheres negras, viúvas, casadas, vivendo com companheiro, de religião protestante, nível educacional mais baixo, do Sudeste, foram as que mais responderam ao questionário completo, ou que deixaram apenas uma resposta sem preenchimento. O comportamento sexual não convencional foi associado com transtornos psiquiátricos e IST. Aponta a educação sexual como necessário para prevenir IST e evitar a prática de comportamentos sexuais não convencionais; estratégias de prevenção, orientação e tratamento precoce poderiam trazer benefícios à saúde física e mental.
4	Relatar um caso de esquizofrenia e disforia de gênero.	Relato de caso	“Mulher negra” de 19 anos, com história de 08 anos de esquizofrenia indiferenciada e “disforia de gênero intensa”; com autorrelato por toda a vida de que queria ser homem.	Ambulatório de Tratamento de Distúrbios Sexuais da Faculdade de Medicina do ABC da Universidade de São Paulo	Trata-se de um estudo de 2009 que relata o caso de uma pessoa entendida pelo autor como mulher negra, 19 anos, com esquizofrenia e <i>disforia de gênero</i> , que por toda vida dizia querer ser homem e que foi “tratada” com antipsicóticos de depósito por três meses (de maneira irregular). Como resultado, o comportamento masculino persistiu e o desejo de mudar os órgãos genitais diminuiu. O estudo conclui que a melhor aceitação das multiplicidades de gêneros não deve contribuir para interpretações inadequadas dos sinais e sintomas dos pacientes, nem deve facilitar recomendações clínicas ou cirúrgicas perigosas. Aponta o desejo de mudança de sexo muitas vezes como obsessivo e que pode levar a automutilações, tentativas de

					<p>suicídio e que combinada à esquizofrenia (1%), pode prejudicar o manejo médico. Pessoa com condições socioeconômicas precárias, que se afastou do convívio social após a menarca, cada vez menos comunicativa, que às vezes ria e falava sozinha, com fugas frequentes de casa, que amarrava os seios para baixo o mais forte possível, sentia atração sexual por mulheres. O estudo conclui que o estado mental melhorou, principalmente porque o desejo de mudar os órgãos genitais diminuiu. Entende o tratamento como um <i>grande desafio para a sexologia clínica, já que precisam identificar os pacientes com "transexualismo" verdadeiro ou secundário (os transtornos psicóticos)</i> e compartilhar a responsabilidade pela seleção do paciente e o resultado final do tratamento. E que <i>é necessário ter certeza que o desejo transexual permaneceu inalterado mesmo sob o tratamento antipsicótico bem-sucedido</i> em pacientes com transtornos concorrentes. O estudo é projetado como controverso em relação a outro, que o próprio estudo aponta, que <i>relata que mulheres negras seriam inoculadas contra transtorno de identidade de gênero grave e que só apresentariam tal patologia como consequência de uma esquizofrenia limítrofe, já que, como vivem em condições de extrema pobreza, desenvolvem papéis de provedoras, apresentam níveis adequados de agressividade e assertividade sem prejudicar sua feminilidade.</i></p>
5	Analisar se há relação entre características	Análise de prontuário eletrônico; aplicação de	114 pacientes reinternantes em um hospital	Desenvolvido em um Hospital Psiquiátrico da	Estudo publicado em 2011 sobre pessoas que residem em um hospital psiquiátrico

	sociodemográficas e taxa de permanência hospitalar.	questionário para caracterização sociodemográfica aos profissionais do hospital psiquiátrico. Foram analisadas 182 internações de 141 pacientes e foram coletados dados como admissão e alta, sexo, idade, estado civil, nível de instrução, cor, situação ocupacional, recebimento de benefício, com quem vive, se chega acompanhado nas internações, se recebe visitas ou telefonemas quando internado.	psiquiátrico Estadual, no setor de internação breve	Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no setor de internações breves, de julho a dezembro de 2006, residentes no município de Ribeirão Preto, interior de São Paulo	do estado de São Paulo, até 2006. Conclui que há relação entre características sociodemográficas e taxa de permanência, que a maior taxa de permanência hospitalar foi identificada no sexo feminino, entre 40 e 49 anos, viúvos ou divorciados, negros, que residiam com outras pessoas e que não recebiam visitas durante o período em que se encontravam internadas. Sugere a importância da rede de apoio social na reabilitação da história de internações recorrentes e que a discussão sobre a alta hospitalar, preconiza considerar o estado clínico, o suporte social e o serviço ambulatorial responsável pelo acompanhamento extra-hospitalar, além da necessidade de considerar a pressão da rede (socioassistencial) por vaga. Entende que o fato de que pessoas negras têm uma taxa de permanência hospitalar muito maior que os demais vão de encontro com a <i>histórica exclusão social, estigmatização e marginalização sofrida por este segmento populacional</i> .
6	Verificar o perfil dos moradores de hospitais psiquiátricos próprios e conveniados pelo SUS do Estado de São Paulo, segundo raça/cor, com tempo de internação igual ou superior a um ano, com linha base de 2007.	Estudo descritivo, quantitativo, com dados secundários do banco de dados do Censo Psicossocial de moradores em hospitais psiquiátricos. O instrumento de coleta de dados possui três grandes tópicos: Caracterização (consulta ao prontuário, usando como fonte o morador ou equipe do hospital); Dados psicossociais (morador ou equipe); Observação do entrevistador (relato das	Usuários de todos os hospitais psiquiátricos próprios e conveniados pelo SUS, com tempo de internação igual ou superior a um ano, tendo como linha de base a data de 30/11/2007	Realizado em 56 hospitais psiquiátricos dos 58 existentes no estado de São Paulo, localizados em 38 municípios de 15 Departamento Regional de Saúde (DRS); campo realizado entre 31 de março a 30 de abril de 2008.	Foi realizado em 56 hospitais psiquiátricos dos 58 existentes. A limitação do estudo é que as informações sobre raça/cor, dados clínicos e psiquiátricos vieram das anotações em prontuários. Foram identificadas 6349 pessoas institucionalizadas; 60,29% brancos, 16,36% pretos, 22% pardos, 1,24% amarelos, 11% indígenas. No total da população do estado de SP, 27,4% são negros (pretos e pardos) e na condição de moradores de hospitais psiquiátricos temos 38,36%, os pretos e pardos são majoritariamente homens (62, 17%), estado civil solteiro. A faixa etária de

		impressões e anotações relevantes). Foram 69 profissionais entrevistados e o campo realizado de 31 de março a 30 de abril de 2008.			maior expressividade para homens pretos e pardos era de 35 a 49 anos, para as mulheres da mesma raça/cor de 50 a 64 anos. Sobre o diagnóstico prevalece a esquizofrenia, esquizotípicos e delirantes, retardo mental. O retardo mental esteve presente em 36,3% das mulheres pardas e 35,2% das pretas. Em transtornos por uso de substâncias, o principal motivo da permanência da institucionalização é o transtorno mental ou as doenças clínicas (65,30%), não ter renda e para onde voltar (8,2%). Dentre as mulheres, esse percentual é de 8,2% entre as pretas, 6,3% entre as brancas, 4,7% entre as pardas. Mulheres pretas (66.1%) recebem menos visitas que as brancas (50,6%). Fala sobre uma lógica ainda permeada pela ideia de instituição total, que impede encontros e censura os desejos através da vigilância, sustentada por princípios eugênicos e profiláticos ainda do final do séc. XIX e que silencia a expressão das formas particulares de existência.
7	Apresentar um estudo de caso	Estudo de caso	01 mulher negra, que apresentava cefaleia frontal há 1 ano, além de tristeza, choro e diminuição do apetite há 15 dias.	Brasil	Apresentar um estudo de caso sobre neurosarcoideose, enquanto uma patologia rara e grave com literatura rara a respeito. Considera que a incidência da doença é maior entre mulheres e homens negros, com idade entre 20 e 40 anos. Os sintomas psiquiátricos de apatia, agitação, delírio, alucinações, irritabilidade, letargia e depressão melhoram com o uso de corticosteroides.
8	Avaliar a associação entre estressores ocupacionais e saúde mental, focalizando desigualdades de	Estudo transversal; modelo Demanda Controle (que avalia o estresse ocupacional a partir das dimensões: controle sobre o	3084 Trabalhadores de saúde da atenção básica e de média complexidade; contou com 1938 (64%) mulheres negras	Bahia. Feito em cinco municípios baianos.	Artigo de 2019. A prevalência de TMC foi maior entre as mulheres negras (23,7%) e não negras (19,6%), entre os homens negros (17,6%) e não negros (14,7%). Observou-se a associação de TMC para as

	gênero, raça e classe.	<p>próprio trabalho e demanda psicológica envolvida na atividade laboral) utilizando o <i>Job Content Questionnaire</i>. A variável TMC foi avaliada pelo SRQ-20. Houve análise descritiva, bi e multivariada, estratificada por gênero e raça. O estudo foi realizado por lista nominal e sorteio; características sociodemográficas (idade, filhos, característica conjugal, nível de escolaridade), informações gerais sobre o trabalho (anos, vínculo, jornada, turno, outros vínculos), apoio social, hábitos de vida (lazer e atividade física) e sobrecarga doméstica (somatória das tarefas domésticas básicas, multiplicadas pelo número de moradores - lavar, passar, cozinhar, limpar X m-1). Realizada análise de regressão logística múltipla; Regressão de Poisson; programa STATA e pacote R; Regressão de Poisson.</p>			<p>mulheres negras com <i>trabalho ativo (alta demanda e alto controle)</i>, e de <i>alta exigência (alta demanda e baixo controle)</i> para as não negras, maioria do sexo feminino (78,3%) e se alto declararam negras (negras + pardas) 80,6%. As mulheres negras demonstraram menor nível de ensino superior, predomínio entre as agentes de saúde, maior percentual de ausência de atividades de lazer, com maiores responsabilidades domésticas, assim como alta sobrecarga doméstica, menor percentual de apoio social; enquanto a demanda psicológica foi observada em maiores percentuais entre a população não negra, o baixo controle sobre o próprio trabalho esteve maior entre a população negra, com destaque as mulheres negras. As mulheres negras também tiveram maior percentual de baixa exigência; apresentaram maior prevalência de TMC (23,7%), seguidas das não negras (19,6%). O TMC se associou a elevada demanda psicológica, e ao baixo controle. Foram observadas associações para todos os grupos comparados com a baixa exigência, ajustado por vínculo de trabalho. No modelo final entre negros, não ter nível superior e não realizar atividades físicas elevaram a prevalência de TMC, enquanto ter filhos reduziu a prevalência para mulheres não negras. Com relação ao estresse ocupacional e TMC os resultados evidenciaram que os estressores do trabalho analisados - baixo controle sobre o próprio trabalho e a alta demanda psicológica - se associaram positivamente com TMC entre as mulheres negras (alta exigência, trabalho ativo e</p>
--	------------------------	--	--	--	--

					passivo) e não negras (alta exigência e trabalho ativo), configurando-se como risco ao adoecimento físico e mental. O trabalho ativo foi mais relevante pra TMC que o passivo; as mulheres negras constituíram o grupo de maior vulnerabilidade para os transtornos mentais e também acumularam as maiores desigualdades no conjunto de variáveis investigadas. Entende que estabelecer medidas no sentido de melhorar as condições de trabalho, reduzir as desigualdades de gênero e raça, estratégias que promovam a saúde; melhorias nas condições e no ambiente de trabalho, implementação de políticas públicas no monitoramento e controle dos aspectos psicossociais no trabalho com olhar diferenciado para as mulheres, em especial as negras, como necessário.
9	Avaliar a incidência e prevalência de fatores associados à qualidade de vida e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em estudantes de medicina matriculados na Universidade Federal de Juiz de Fora, universidade esta que reserva 50% de suas vagas para estudantes de baixa renda, cotas raciais, e para pessoas com deficiência	Estudo observacional, longitudinal; Questionários de autorrelato: dados sociodemográficos (sexo etnia, renda familiar e idade); Depressão, ansiedade e estresse, avaliados pelo DASS 21 Escala de Estresse e Ansiedade Depressiva), curta com 21 itens; Qualidade de vida, avaliada pela escala Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref); Dimensões da religiosidade através da escala <i>Duke University Religion Index</i>	Estudantes de medicina matriculados na UFJF: o tamanho amostral mínimo foi de 200 alunos	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Minas Gerais, pública, que abre de 80 a 90 vagas por semestre, das quais 50% são reservadas para alunos com questões socioeconômicas, raciais e com deficiência; foram acompanhados de 2014 a 2016	Artigo de 2019, realizado entre 2014 e 2016. Demonstrou alta prevalência e incidência de transtornos emocionais; quase metade da população com altos níveis de depressão, ansiedade e estresse. Entre os 756 alunos elegíveis, 312 (54,2%) responderam completamente as quatro ondas. A amostra é composta em sua maioria por mulheres brancas (70,4%). Os níveis de qualidade de vida e saúde mental permaneceram em sua maioria estáveis, os problemas de saúde mental eram de natureza cíclica; fatores basais como depressão, ansiedade, estresse, baixa renda e ser do sexo feminino, estar em estágios iniciais de formação médica, não ser branca foram associados a pior saúde mental e qualidade de vida. Aponta a necessidade de buscar estratégias para

		(DUREL); Satisfação em ser médico via pergunta.			melhorar a saúde mental e a qualidade de vida dos estudantes de medicina, bem como métodos para ajudá-los a enfrentar os fatores desencadeadores para uma melhor forma de viver durante a faculdade.
10	Avaliar e comparar a autoestima de jovens universitárias segundo critério raça/cor.	Estudo transversal, quantitativo. Questionário estruturado com características sociodemográficas e hábitos de vida (idade, raça/cor autorreferida, curso, ano de curso, ocupação, religião, hábito de fumar, hábito de beber, uso de drogas ilícitas, estado marital, tipo de escola que frequentou); Escala de Autoestima de Rosenberg ( <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> ). Foi realizada estatística descritiva, teste de associação e comparação de médias; Teste Exato de Fisher para verificar associação entre as variáveis e para comparação o Teste t-Student.	240 Mulheres, jovens, estudantes do primeiro e do último ano de todos os cursos presenciais de graduação do campus estudado, idade entre 18 e 24 anos	Interior do Estado de São Paulo, universitários.	Artigo publicado em 2020, com coleta de dados entre maio e setembro de 2018, no interior do estado de São Paulo com 240 mulheres, estudantes do primeiro e do último ano de todos os cursos presenciais de graduação do campus estudado. A maioria das jovens apresentou nível médio de autoestima; não foi encontrada associação significativa entre as variáveis “nível médio de autoestima” e “cor ou raça autorreferida”, porém, embora não tenha sido encontrada associação significativa, jovens negras apresentam escores médios de autoestima inferiores ao de jovens não negras. O estudo parte da hipótese de que jovens universitárias negras apresentam menor nível de autoestima se comparadas às jovens não negras. O público estudado fora predominantemente branco, cursando o último ano da graduação, que não exerciam trabalho remunerado, não participavam de nenhuma religião, a maioria com parceiros, mas não moravam juntos e que estudaram integralmente em escola particular. A maior proporção não possuía o hábito de fumar e de usar drogas ilícitas; 86,6% fazia uso de bebidas alcoólicas, sendo que 34,1% com consumo de álcool uma ou duas vezes na semana. O estudo fala, ainda, sobre a importância de estratégias que fortaleçam a autoestima das jovens universitárias como necessárias para prevenir prejuízos à saúde física,

					<p>mental e desempenho acadêmico. Aponta que em 10 anos, a média de matrículas de alunos autodeclarados brancos foi de 76,4%, ao passo que negros 21,7%, enfatizando que, ainda que haja um crescente ingresso da população negra nas universidades, em algumas, o espaço continua sendo majoritariamente ocupado por pessoas de pele branca. Além disso, o estudo desperta a atenção ao consumo de álcool e drogas. Embora se pressuponha que grupos que enfrentam desvantagens e discriminações sociais tenham uma baixa autoestima quando comparados a outros que não vivenciam tais desvantagens, achados científicos têm revelado que os resultados são antagônicos a estes pressupostos, principalmente na população feminina negra e uma das justificativas têm sido o sentimento de pertencimento e apego à identidade racial, que permite que as jovens identifiquem as experiências discriminatórias como um mecanismo opressivo da sociedade em sua direção e não ao contrário. O estudo entende que no Brasil essa cultura de fortalecimento da identidade racial ainda é pouco estimulada e que o senso de coletividade racial não é tão natural, possibilitando que o racismo e o sexismo tenham efeitos deletérios sobre sua autoestima, afetando sua saúde física e mental. Chama a atenção, por fim, para a necessidade de produzir dados científicos que caracterizem a população negra.</p>
11	Identificar a prevalência do transtorno mental comum e os fatores associados em	Estudo transversal com amostra aleatória simples. Foi utilizado dois formulários, o primeiro com aspectos sociodemográficos	Adolescentes matriculados e frequentando a escola; amostra de 230 alunos	Escola pública de ensino fundamental de bairro periférico em Salvador/Bahia; novembro de 2018	Artigo de 2020, realizado em novembro de 2018, em Salvador/BA, com 230 adolescentes que frequentam escola pública de bairro periférico. A prevalência de TMC foi de 52,2%, observou-se

	adolescentes escolares.	(sexo, idade, religião, cor/raça, ter namorado, escolaridade, pessoas que dependem da mesma renda, contribuição financeira para o sustento, convívio familiar, responsável, escolaridade do responsável, moradia, quantidade de cômodos, pessoas residentes na mesma casa, benefícios sociais, internet, carro); sexuais/reprodutivos (identidade de gênero, orientação sexual, iniciação sexual, idade da primeira relação sexual, uso de preservativo, ter filhos, aborto); álcool/ drogas (alguma vez na vida e no último mês); o segundo é o instrumento de pesquisa <i>Self Report Questionnaire</i> (SRQ-20), recomendado pela OMS para estudos comunitários e APS; Regressão logística			associação positiva entre o agravo e as variáveis sexo feminino, raça negra, ter namorado, ter feito ou fazer uso de cigarro. O incremento escolar foi identificado como fator de proteção. As variáveis sexuais e de reprodutivas foram excluídas da análise multivariada devido à baixa frequência, embora na análise multivariada o uso de álcool e drogas ilícitas não tenha sido associado ao TMC, esse fator apontou significância estatística na bivariada. Portanto, adolescentes autodeclarados pretos e pardos apresentaram maiores chances para o desenvolvimento de TMC, 23% para meninas e 11% para meninos. Esses dados refletem que talvez o fato de que meninas podem aumentar o seu peso em até 17 quilograma com o início da produção hormonal, poderia gerar preocupações por não atender aos padrões de beleza corporal e resultar em depressão. O estudo aborda também sobre iniquidades no que tange às tarefas domésticas com crianças e adolescentes que assumem responsabilidades de pessoas adultas no lar e até mesmo cuidando de outras crianças. Critica o incentivo sexual dos meninos, paralelamente a proibição às meninas, além de ser necessária a identificação dos grupos mais vulneráveis para estratégias de cuidados.
<b><i>Categoria 2 – Resistência e território (04 estudos)</i></b>					
12	Comparar se as medidas de psicopatologias utilizadas em Taubaté/Sudeste, funcionariam	<b>Estudo Comparativo</b> , com uso de <b>questionários e entrevistas estruturadas</b> : Questionário de Forças e Dificuldades (SDQ); Questionário Avaliação de	<b>Crianças</b> de 05 a 14 anos, porém, para comparação entre os dois estudos, a <b>idade foi de 07 a 14 anos</b> . Os <b>professores forneceram informações</b>	<b>Comparativo de regiões do Brasil</b> , uma relativamente branca e urbana ( <b>Taubaté/sudeste</b> ) e outra relativamente pobre e	Estudo realizado em 2005. Chega à conclusão que há diferença de prevalência entre os locais, já que as taxas de problemas de saúde mental diferem substancialmente entre o município do sudeste (potencialmente crianças brancas)

	satisfatoriamente na Ilha da Maré/ Nordeste e comparar a prevalência de problemas de saúde mental nos dois locais.	Desenvolvimento e Bem Estar (DAWBA); Amostragem aleatória de escolas públicas urbanas, rurais e escolas privadas.	consentidas <b>sobre as crianças.</b> 94% eram jovens entre 11 e 14 anos	com forte herança africana ( <b>Ilha da Maré/ Nordeste</b> ).	e do Nordeste (potencialmente crianças pretas). As crianças da Ilha, ou seja, as crianças pretas, apresentaram mais sintomas, porém menor impacto desses sintomas. O estudo relata diferenças de gênero, enfatizando que em meninas as taxas são mais altas para sintomas emocionais nos dois locais, enquanto em meninos a questão é a hiperatividade e o que é narrado como problemas de conduta. Os autores questionam se seria o ambiente rural mais adequado, ou se as pessoas pesquisadas apresentam um limiar mais baixo para relatar sintomas, ou ainda, um limite mais alto para relatar impacto. Estabelecem a necessidade de estudos capazes de demonstrar a prevalência de transtornos psiquiátricos infantis.
13	Apresentar as condições sanitárias e de saúde humana em Caiana dos Crioulos, que é uma comunidade remanescente de quilombo e de levantar o nível de conhecimento sobre algumas doenças com prevalência na população negra, além de discutir a variável “raça” na pesquisa em saúde	Extração de dados através do SIAB - Sistema de Informações de Atenção Básica; Questionário estruturado; entrevistas não estruturadas; abordagem qualitativa e quantitativa.	Comunidade remanescente de quilombo com 128 famílias, 562 pessoas, com equilíbrio entre o número de homens (50,19%) e mulheres (49,81%); mulheres em maior proporção nos grupos com mais de 60 anos (mulheres 7,47%, homens 4,79%); 94,08% se autodeclararam negros (negro 39,19%; preta 2,7%; morena 19,59%; mulata 14,86%; parda 17,57%).	Brasil, Caiana dos Crioulos, área rural, João Pessoa/ Paraíba.	Estudo de 2007. No local, existe equilíbrio numérico entre mulheres e homens, porém, entre o grupo com mais de 60 anos, as mulheres prevalecem consideravelmente (7,47% contra 4,79%). Se autodeclararam negros 94,08%, crianças e adolescentes são maioria, o sustento é via plantação de subsistência. Ainda que não haja condições sanitárias adequadas, não foram observadas doenças relacionadas à água. O problema de saúde que se destaca é o consumo de álcool, principalmente entre os homens que é de 4,23%, entre as mulheres é de 0,39%, já a hipertensão se destaca entre as mulheres (5,84% mulheres e 3,46% entre os homens) e problemas mentais. Desconhecem informações básicas sobre doenças e agravos prevalentes na população negra. As meninas apresentaram maior exposição a situações

					<p>de discriminação e desigualdade social principalmente na primeira fase do ensino fundamental. A maior parte da população não dispõe de banheiro (fossa séptica), as casas são em taipa ou madeira, sofrem por falta de abastecimento de água e descarte do lixo. A desnutrição é um grave problema. Como maneira de enfrentamento à falta de serviços básicos, as mulheres utilizam de conhecimento ancestral (benzedadeiras, parteiras, plantas medicinais para medicação), elas têm cuidado da saúde das pessoas da povoação. Observa-se uma correlação positiva entre a diminuição da diarreia, enquanto agravo, com a presença de rádio e televisão nos domicílios. Caiana dos Crioulos apresenta uma baixa qualidade de vida em razão das péssimas condições higiênico sanitárias. A categoria negra foi intensamente utilizada por mulheres e homens da comunidade em estudo, ainda que não seja utilizada pelo IBGE, o que pode demonstrar que o trabalho de ressignificação feito pelo movimento negro paraibano pode estar colhendo resultados, já que se opõe a ideologia da mestiçagem e da democracia racial. Aponta a importância da efetivação dos direitos constitucionais, principalmente no que cabe à habitação e saneamento, destaca que os princípios do SUS, como a equidade, não tem sido suficiente, que são necessários que os serviços públicos incluam sexo, gênero, raça/cor, classe social, e que os estudos façam recorte étnico-racial. Fortalecimento da sociedade civil e de suas formas plurais de organização,</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>permitindo a emergência de novas identidades e representações. Dados genômicos, ainda que sejam um importante suporte analítico a pesquisadores, não devem ignorar o contexto histórico, político-social, econômico e a raça como marcador social. Considera que para qualidade de vida, de acordo com a visão ampla de saúde que vigora, ter saúde não é apenas não estar doente, mas o resultado das condições alimentares, da educação, do meio ambiente, do transporte, do acesso à posse da terra e ao lazer. Destaca que em 2004 a FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) assinou um termo de cooperação técnica com a Fundação Cultural Palmares para obras de saneamento básico, no entanto, até a finalização deste estudo não houve, o perfil sanitário dessa comunidade permaneceu inalterado. Um grupo de moradoras oferece cursos de produção de medicamentos com uso de plantas medicinais (jatobá, cajueiro roxo, mulungu, aroeira, urtiga), além disso, valorizam a função de parteira.</p>
14	Investigar os fatores associados à depressão para homens e mulheres de comunidades quilombolas.	Estudo transversal, populacional; escala Patient Health Questionnaire (PHQ-9); Regressão de Poisson; entrevistas individuais.	Participantes aleatórios de cinco comunidades quilombolas de Vitória da Conquista/BA, foram incluídos todos os moradores maiores de 18 anos dos domicílios selecionados. Havia 2935 adultos elegíveis e a amostra foi definida em 884 indivíduos. O total de entrevistados foi de 764.	Vitória da Conquista/BA, conta com 25 comunidades quilombolas, certificadas pela Fundação Palmares, divididas em 5 distritos, para a amostra considerou-se uma comunidade por distrito	Estudo de 2015. Identifica que para as mulheres os fatores associados à depressão foram autodeclarar-se como não negra, inserção no mercado de trabalho antes dos 16 anos, ter uma autoavaliação de saúde ruim/ muito ruim, diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico, participar de trabalho voluntário, histórico de tabagismo e índice de acesso aos serviços de saúde ruim/razoável. No modelo multivariado foram: ter 41 anos ou mais, diagnóstico prévio de doença crônica, ter sofrido violência física ou sexual e não assistir

					<p>televisão. A depressão foi observada em 10,4% dos homens e 13,4% das mulheres, não mostrando diferenças estatísticas. Entre os homens, ter 41 anos ou mais, autoavaliação de saúde ruim/muito ruim, diagnóstico prévio de doença crônica, acesso ruim aos serviços de saúde e não praticar exercícios físicos. No modelo multivariado menor escolaridade, desemprego, inserção no mercado de trabalho antes dos 16 anos, acesso razoável aos serviços de saúde, não participar de atividades em grupo, consumir bebidas alcoólicas e tabagismo. Entende, ainda, que intervenções focadas em identificar doenças físicas crônicas podem contribuir mais para o combate à depressão entre homens, enquanto intervenções antitabagistas e que identifiquem outros transtornos psiquiátricos podem ser mais efetivas para as mulheres; sensibilizar as equipes de saúde para essas diferenças e capacitá-los para utilizar instrumentos de triagem. Aponta teoricamente explicações para a prevalência da depressão entre as mulheres, incluindo hipóteses de reação biológica ao estresse, dupla jornada de trabalho, estratégias de enfrentamento menos eficazes; mulheres quilombolas com postura mais submissa, enfrentamentos mais individuais, com o papel atribuído ao feminino mais cumprido, como cuidadoras do lar e da família; a forma como a pessoa percebe a sua condição de saúde como muito importante; doença crônica no trabalhador rural, preocupação com a manutenção do sustento familiar; mulheres utilizaram</p>
--	--	--	--	--	--

					mais os serviços de saúde que os homens.
15	Estimar a prevalência de TMC e sua associação com as características sociodemográficas, estilo de vida e doenças crônicas em adultos quilombolas.	Quantitativo, epidemiológico, de corte transversal. <i>Self Reporting Questionnaire-20</i> e formulário com questões sociodemográficas; Regressão de Poisson; sorteio dos quilombos (conglomerados, coleta censitária, sorteio aleatório dos quilombos.	850 adultos (amostra final), 86,5% negros; predomínio de mulheres, 61,2%; residentes em quilombos de região baiana; estimativa de 80 famílias por quilombo, com dois adultos por família, sinalizando uma população de 6.720 adultos	Microrregião geográfica de Guanambi/Bahia, composta por 18 municípios, com 42 quilombos contemporâneos certificados pela Fundação Palmares até 2016, distribuídos em 10 municípios	Estudo de 2019. Demonstra que três a cada dez adultos apresentaram TMC (29,61%). Significativamente associada ao sexo feminino, houve dor nas costas e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Os sintomas mais relatados de TMC entre as mulheres foram sentir-se nervosa, tensa ou preocupada (71,2%), assustar-se com facilidade (50,3%). Probabilidade de maior TMC entre mulheres com idade maior ou igual a 40 anos e que não possuem renda financeira relacionada ao trabalho. Enfatiza que a Organização Mundial de Saúde sugere a introdução dos cuidados em saúde mental na atenção primária, mas existe carência de dados epidemiológicos norteadores das políticas de saúde mental que dificultam o planejamento de intervenções para a promoção do bem-estar e qualidade de vida para grupos populacionais específicos.
<b><i>Categoria 3 – Sobre nós, mulheres negras (04 estudos)</i></b>					
16	Coletar narrativas de pessoas negras atendidas por psicoterapeutas brancas (os), suas vivências de racismo no cotidiano e sobre como se deu a escuta na terapia em diáde birracial	Pesquisa qualitativa com entrevistas mistas (livre e semiestruturada), realizada por meio de anúncios em redes sociais para coletivos negros do campus de uma universidade pública brasileira. Os critérios foram autodeclarar-se negra, ter passado ou estar em processo terapêutico com profissional branca (o). Utilizou-se o recurso da paridade racial (entrevistadora negra),	Sete mulheres, entre 22 e 30 anos, quatro declaradas pardas e três pretas, três hetero e quatro bissexuais. Cinco com graduação e duas com mestrado, quatro solteiras, uma casada e duas em união estável, quatro estudantes, uma funcionária pública, uma autônoma e uma professora. Rendas entre 1,500.00 e 15.000,00 reais. Duas delas já com diagnóstico de depressão e	Quatro mulheres do Distrito Federal, uma de Goiás e duas de Minas Gerais.	Artigo publicado em 2019, realizado com sete mulheres autodeclaradas pardas e pretas. Foram identificadas quatro categorias temáticas: 1 - <i>Razão para Buscar Terapia</i> - sofrimento amoroso (preterida, em solidão), perda de pessoas próximas (assassinatos), passagens da vida (situações ameaçadoras); 2- <i>Processo Psicoterapêutico</i> - parede de vidro (alheio a questões raciais), transferência/relação terapêutica inter/intra-racial; 3- <i>Fatores Terapêuticos Coadjuvantes</i> ; 4- <i>Formação do Psicoterapeuta para Atender Pessoas Negras</i> . Os temas considerados mais importantes foram à transferência

		<p>como forma de não induzir elementos perturbadores e potencial resistência comum em díades de raça/etnia dispare.</p>	<p>foram medicadas, com psicoterapias que variavam de 01 a 10 anos, todas com rede de apoio, cinco delas na religião; apenas três tiveram ou têm terapeutas negras</p>	<p>interracial no processo terapêutico e a falta de formação do psicoterapeuta para atender clientes negros, descontentamento com os serviços terapêuticos recebidos, já que questões raciais e suas experiências de racismo como fonte de sofrimento mental, quando e se relatadas em sessão, não foram em geral bem recebidas, consideradas ou exploradas pelo (a) profissional. O estudo aponta, ainda, que nenhuma das profissionais iniciou o assunto de relações raciais, nem utilizou situações para iniciar o assunto e que a abordagem sempre foi feita pela cliente, sendo que a continuidade do assunto não foi facilitada, sendo ignorado, minimizado, universalizado e de alguma forma descartado (parede de vidro como processo terapêutico). A entrevistada não toca no assunto por temor de que o terapeuta não iria dar conta, então nem tenta. A ausência de abordagem das questões raciais foi ressentida pelas mulheres como uma limitação do (a) psicoterapeuta. E o local identificado como apoio pela maioria dessas mulheres foi à família e amigas negras, com quem tem identidade racial (papel terapêutico coadjuvante). Também apontam que a relação terapêutica é tratada no universal e não no específico, como um encontro entre "dois seres humanos". Considera que apesar da inexistência do viés racial nas psicoterapias relatadas, nenhuma das mulheres percebeu racismo na situação terapêutica e todas relataram algum benefício, mesmo que mínimo e que tal benefício poderia ser maior se existisse a formação adequada, que considerasse a</p>
--	--	---	--	---

					<p>questão racial (na perspectiva de recorte). Entende raça enquanto uma categoria socialmente construída, uma ferramenta pra dominar e excluir, um marcador sociopolítico de desigualdades e chama a atenção para a ausência de dados que se inicia na captação do quesito raça nos censos e se estende aos formulários cadastrais em geral, relatando serem identidades raciais ignoradas por consequência também da resistência de profissionais em registrar autodeclarações raciais. O racismo é trazido enquanto estrutural e estruturante. Aponta as especificidades de países de baixa renda como África do Sul, Índia, Brasil em que a disparidade étnico racial em saúde é menos considerada na literatura empírica por mais que os indicadores em saúde sejam muito baixos. Reforça que a psicologia tem base hegemônica constituída com base na cultura e no funcionamento da população branca, para a pessoa branca e que o mito da democracia racial atrasa o debate sobre racismo e políticas públicas para o seu combate. A expressão: "isso é humano" ignora a violência que é o racismo, é como se o sofrimento não tivesse raça, gênero e classe. A formação do psicólogo no Brasil parece não trazer os elementos para o entendimento e atendimento da população específica do país, trata-se de uma psicologia colonizada em que se pratica o racismo por omissão.</p>
17	Narrar um relato de experiência de atendimento clínico feita por uma terapeuta	Relato de experiência que utiliza a terapia analítico comportamental, na perspectiva analítico	Relato de experiência de atendimento clínico de duas mulheres negras, universitárias, através de	Brasil, sessões semanais em consultório	Artigo publicado em 2019. O relato foi apresentado em três partes: acolhimento e estabelecimento de aliança terapêutica; identificação do racismo como origem do

	<p>branca (asiática) com duas mulheres autodeclaradas negras, universitárias, em que foi utilizado a técnica da Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) e Terapia de Aceitação e Compromisso (TAC).</p>	<p>funcional e Terapia de aceitação e compromisso.</p>	<p>técnica da Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) e Terapia de Aceitação e Compromisso (TAC)</p>		<p>sofrimento psíquico; e resultados das intervenções. Os principais resultados para os pesquisadores foram o estabelecimento de vínculo seguro e saudável, o aumento no repertório de habilidades sociais, a elevação da autoestima e o desenvolvimento de capacidade de autocompaixão/autocuidado. Compreende que o vínculo foi criado apesar das repercussões do racismo que fazem com que se tenha dificuldades em estabelecê-los, já que, para a autora, a população negra teria uma representação de si como inferior, desagradável, inadequado, sensação contínua de não pertencimento, além da percepção do mundo como potencialmente violento, o que influencia no estabelecimento de vínculo com o terapeuta. Relata ter observado nas clientes negras distanciamento afetivo e corporal, resposta curta, pouco contato visual, falta de espontaneidade ao manifestar emoções, expressões corporais e verbais de raiva, expressão facial agressiva, rigidez na forma de falar, frases curtas e manifestações corporais que provocavam sentimentos de medo na terapeuta. Medo este que apenas foi superado quando a paciente relatou situações em que mostrou-se vulnerável e sensível. Sintetizando que uma das clientes adotava a esquiva como distanciamento e a outra impunha o distanciamento. Mesmo tendo percebido estabelecimento de uma relação que titulóu como íntima, identificou que expressão facial de raiva e distanciamento se mantiveram. Pelo exposto, entendeu que falar sobre assuntos menos aversivos,</p>
--	--	--	---	--	---

					<p>mais triviais permitia respostas genuínas e espontâneas e contato com o próprio relato. Indicou tal estratégia para pacientes que não referem ou não associam sua baixa autoestima, desesperança e ansiedade social ao racismo estrutural, interpessoal. Já quando os pacientes apresentam a experiência de racismo, a estratégia de abordar outros assuntos pode ser interpretada como forma de desqualificação da sua queixa o que inviabilizaria a continuidade do processo terapêutico, ao mesmo tempo em que evitar abordar a questão racial pode ser interpretado como punição, defendendo que é frequente que pessoas negras sejam punidas sem que seja explicitada a causa da punição ou da inadequação em suas ações. Considera que a relação de confiança foi estabelecida através do que chamou de audiência não punitiva, livre de julgamentos, comparações, desqualificações. Entende que o sucesso vai depender do "letramento racial" do terapeuta numa perspectiva antirracista e do momento que o paciente se encontra em seu processo de tornar-se negro. E que lutar pela causa da mulher negra representou para uma das clientes uma excelente estratégia de produção de autoestima e socialização. Por ser uma terapeuta branca, com descendência asiática, entende que isso diminui as associações raciais negativas, porém que pode ser associada à raça branca por beneficiar-se de privilégios. Sugere que o desenvolvimento de sensibilidade e competência cultural entre profissionais da saúde mental pode diminuir as</p>
--	--	--	--	--	---

					disparidades na quantidade e qualidade do atendimento prestado, reconhecendo como comum que no cotidiano brasileiro a violência racial seja minimizada ou não reconhecida e que o racismo brasileiro faz uma distinção de raças baseadas em traços fenotípicos (cor da pele, nariz, lábios, cabelo), origem regional e social e sustenta o mito da democracia racial, que é a crença de inexistência de conflitos raciais ou de impedimento a ascensão social dos negros, e defende ainda um ideal de embranquecimento, que é a crença na gradual eliminação do negro, que seria assimilado pela população branca.
18	Relatar uma experiência profissional vivenciada em uma USF, com o objetivo de resgatar os saberes locais para produzir um campo de visibilidade.	Cartografia (método de pesquisa-intervenção em que os participantes mergulham em uma experiência de processo em movimento, na qual teoria e prática compartilham um mesmo plano de co-emergência e nesse percurso se produz conhecimento, Territórios simbólicos e linhas de fuga, diário cartográfico, momento zero, primeira dobra, segunda dobra, terceira e quarta.	Em torno de dez pessoas, majoritariamente mulheres negras, pobres, idosas, moradoras do local; Residentes, trabalhadores de saúde, pessoas usuárias da USF e da comunidade.	Unidade de Saúde da Família (USF); relato de experiência a partir da inserção em uma residência multiprofissional em Saúde da Família no sul da Bahia; entre 2017 e 2018	Artigo publicado em 2020. Trata-se de um relato de experiência profissional, realizado por um pós graduando em residência multiprofissional, em uma Unidade de Saúde da Família no sul da Bahia entre 2017 e 2018, que apresenta o percurso de uma horta comunitária com o objetivo de resgatar os saberes locais para produzir um campo de visibilidade. Foi realizado com cerca de dez pessoas sendo estas mulheres negras, pobres, idosas, moradoras do local, trabalhadores da saúde, pessoas usuárias da USF e da comunidade. O estudo analisa os efeitos do dispositivo "horta" na saúde dos participantes e na construção do vínculo dos trabalhadores de saúde com usuários do serviço. Relata que o grupo se transformou em um dispositivo de acompanhamento terapêutico, que a horta se constituiu como um dispositivo potente para o encontro de usuárias da USF, construção de vínculos, cultivo de plantas medicinais, redução no consumo de

					<p>medicações alopáticas e produção de legumes e frutas para a alimentação dos participantes. O momento zero, que parte do "nada", é um terreno apenas com areia, cascalho e descarte em que ocorre a limpeza, busca de recipientes e terra fértil, semeadura de mudas e sementes, cuidado com as plantas, possibilita encontros na horta para plantio e conversas (linguagem, ação e memória), encontro de conexões, apoio, bloqueios, jogos e estratégia, um poliedro de inteligibilidade, território subjetivo em constante movimento de desterritorialização-reterritorialização, desvela intencionalidades, desejos, projetos. As pessoas mais participativas referiam sofrimento mental relacionado a algum agravo, diagnóstico prévio ou perda familiar, econômica ou social. Concomitante à semeadura e crescimento das plantas, foi desenvolvido maior autonomia e paradoxalmente maior vínculo com a USF e a equipe de trabalhadores, horizontalizando a comunicação, buscando a instituição com mais frequência e transformando as queixas sintomáticas em cuidado com o espaço e consigo mesmas, transitando o dispositivo grupal para terapêutico. História de busca frequente por consultas, embora com baixa resolutividade em termos de diminuição de sintomas. Dois homens participaram e paulatinamente o espaço foi sendo ocupado por crianças. Durante as atividades, as participantes mostravam-se à vontade para conversar, expor os pensamentos, questionar a normalidade, a medicalização, o saber-saúde macropolítico e a própria concepção</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>institucional de loucura. O termo loucura foi sendo dissolvido e ampliado micro politicamente. O processo reverberou-se em risos, brincadeiras e autonomia inclusive para diminuir as prescrições institucionais de medicação alopática. O dispositivo horta na APS foi reconhecido pela equipe da USF e comunidade como produzindo saúde e deslocando conceitos hegemônicos, arraigados, fazendo inclusive com que participantes quisessem estudar as propriedades medicinais das ervas (re)conhecidas. Entende que Práticas Integrativas e Complementares (PIC), proporcionam transformações nos processos terapêuticos e ético-políticos referente às pessoas em sofrimento mental grave e corresponsabilização com as situações existenciais das pessoas. Alerta para o uso de fitoterápicos com foco na centralidade da pessoa e seus contextos sociais, a partir de uma visão ampliada de saúde, estímulo ao cuidado de si e da participação ativa na comunidade e que se pense os fitoterápicos como fruto de conhecimentos indígenas, quilombolas e científicos para que seja administrado no cotidiano. O grupo de horta na Atenção Primária à Saúde como uma aposta nas PICs de caráter micropolítico e antimanicomial, a ampliação da clínica objetivando a integralidade do cuidado, e que o trabalho-vivo gera brechas e linhas de fuga para um saber-saúde plural, ressignificação das cidades, das suas sobras, desperdícios e de sua dinâmica enquanto parte da produção de saúde. E que a loucura nesse contexto pode ser compreendida como desvio do mundo ou</p>
--	--	--	--	--	--

					estranhamento do normal, que se produz indissociavelmente enquanto linha de fuga e de transgressão, como devires múltiplos, fluxos. A possibilidade de ofertar outras maneiras de cuidado para além das prescrições alopáticas é resistência à indústria farmacêutica e também alimento e autonomia para quem produz e inventa devires.
19	<p>Discutir a respeito do cabelo afro-brasileiro seguindo um caminhodesde a sua inferiorização até seu empoderamento, abordando em interface o sofrimento psíquico como um trauma que delimita o não pertencimento das mulheres negras ao mundo branco e a transição capilar como autocuidado, autoestima e sobretudo pertencimento a uma perspectiva negra.</p>	<p>Foram entrevistados seis jovens, com idades entre 15 e 23 anos que residiam no bairro do equipamento, ou em bairros anexos, e que acessavam o serviço para quaisquer finalidades. Após as entrevistas, os jovens eram acompanhados durante a realização de alguma atividade significativa selecionada por eles próprios. Deste acompanhamento, foram produzidos diários de campo e registros fotográficos e/ou áudio-gravações. Para este relato, selecionamos a experiência de uma jovem mulher negra, que nos possibilitou fazer articulações teóricas para discutir sobre corporeidade, cabelos, saúde mental e negritudes. Através da escrevivência e narrativas. A escrevivência, como ferramenta metodológica, possibilita a enunciação de um eu coletivo que</p>	<p>Foram entrevistados seis jovens, com idades entre 15 e 23 anos, e para este estudo foi apresentada a vivência de uma das entrevistadas, uma jovem negra entendendo que a vivência apresentada produz diálogos epistêmicos e ontológicos.</p>	<p>Estação Cidadania-Cultura, anteriormente denominada CEU das Artes, num município no interior de São Paulo.</p>	<p>Artigo publicado em 2022. Identifica a associação da pessoa negra em um “lugar de não ser”, de “outro” que é associado às características inferiores e subalternas, condicionando a sua existência a viver em constante conflito com a supremacia branca. Enfatiza que as características que compõem os corpos racializados eram e permanecem sendo ridicularizadas e associadas a estereótipos tidos como feios, a exemplo: o cabelo pixaim, o cabelo ruim. O que colabora a negação de si e a construção do desejo pelo embranquecimento já que cabelo e corpo se tornam expressão da sociedade, carregando sinônimos de hierarquias representativas, símbolos de status, poder e riqueza entre grupos étnicos distintos. Ressalta a condição de exposição das crianças negras que na escola aprendem histórias simplificadas sobre seus antepassados ou convivem com o pacto do silenciamento e apagamentos da história e da cultura Africana e Afro-brasileira, através do discurso de igualdade entre todos. O que, conforme a autora, faz com que se sintam menos capazes, menos queridas, menos bonitas, menos amadas, recebem menos contato físico e cuidado dos professores, apontando para práticas</p>

		<p>compartilha histórias, narrativas e vozes de um ser-nós mulheres negras. Abordagem fenomenológica, como metodologia que nos permite captar vivências e subjetividades da experiência vivida por cada pessoa. As pesquisas fenomenológicas podem partir de diferentes perspectivas, assim, assumimos uma perspectiva crítica merleau-pontyana em diálogo com a fenomenologia histórico-racial fanoniana. A entrevista semiestruturada foi usada como instrumento de coleta. Essa escrita-vivência como estratégia de pesquisa convoca a solidariedade entre as mulheres negras na formação de redes de articulação pela libertação das estruturas sociais criadas pela supremacia branca.</p>			<p>de rejeição de abraço, beijo, carinho ou olhar, produzindo uma eliminação simbólica, material e pessoal de tudo que representa a negritude e que isso pode impactar diretamente na construção de suas identidades e autoestima. Entende que nesse contexto é preciso considerar a ação interseccional de gênero e raça e que os regimes de comportamentos, posturas e estéticas considerados adequados agem com mais intensidade sobre os corpos das mulheres do que sobre os corpos dos homens e que a identidade das mulheres negras é atravessada pela forma como seu cabelo é visto pelo outro. E estas por vezes optam por mudar sua própria estrutura capilar, através de alisamentos, como uma forma de romper com o sofrimento e com situações explicitamente racistas, porém alisar os cabelos não impede que o racismo opere em seus cotidianos. Por óbvio, conforme a autora, negar uma parte de si acarreta outros problemas de ordem emocional. O que se traduz em desagência, humanidade de concessão, auto ódio, em que a pessoa negra é excluída de ser protagonista em seu próprio mundo. Ressalta que na sociedade brasileira, negras e negros vivenciam uma constante tensão emocional, que oscila entre perceber-se perseguidas ou perseguidoras. Acredita que a ressignificação negra pode ocorrer a partir da identificação com o movimento de Negritude, superação e transposição das normatividades impostas pela colonialidade e pela branquitude, noções de saúde pautadas na afrocentricidade, deslocando as identidades negras de um</p>
--	--	---	--	--	---

					<p>processo de marginalização, para colocá-las na centralidade, o empoderamento como estratégia para desafiar e subverter a lógica dominante. Assim, o cabelo crespo, antes tido com negatividade e insatisfação, passa a figurar como elemento de representatividade e pertencimento. Apresenta como estratégias a arte, a cultura, a identificação com a musicalidade da família e a busca por referências negras nas artes, na expressão via religiosidade. Ressaltou que nos momentos mais graves a ajudar profissional e medicamentosa foram imprescindíveis. Houve por esta via tomada de consciência crítica de como o racismo e sexismo operam na sociedade. Ainda por estratégia diz que soltar o cabelo de crianças, principalmente de meninas negras, desde a infância, pode ser um ato não só revolucionário, mas de empoderamento e de pertencimento racial que pode servir como chave para libertação das amarras das violências raciais contra as estéticas negras.</p>
<i>Categoria 4 – Violência racial de gênero contra todas as mulheres negras (11 estudos)</i>					
20	<p>Analisar a hipótese de que a discriminação racial percebida estaria associada à depressão e sintomas depressivos em adolescentes de área urbana brasileira, considerando variáveis sociodemográficas.</p>	<p>Estudo de coorte, transversal com amostragem aleatória por conglomerados; entrevistas estruturadas; saúde mental avaliada por meio do Patient Health Questionnaire (PHQ); prevalências estimadas e comparadas usando o Pearson Chi Square e Método Delta para calcular os intervalos de confiança.</p>	<p>Indivíduos de 10 a 21 anos, maioria pobres, negros ou pardos. Foram elegíveis quem relatou exercer atividade remunerada ou ser responsável por tarefas domésticas não remuneradas; em sua maioria mulheres (68,9%); de cor preta (64,9%) pessoas entre 18 e 21 anos, de baixo nível</p>	<p>Salvador/Bahia, área urbana brasileira.</p>	<p>Estudo de 2007. Em sua maioria mulheres pretas, entre 18 e 21 anos, de baixo nível socioeconômico, em famílias nucleares e que relatam receber apoio social (92,4%). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para prevalência de depressão maior ou sintomas depressivos relacionados com a cor da pele, porém, adolescentes que relataram discriminação racial percebida, foram mais propensos a ter depressão maior (em 10,4%). Os sintomas relacionados à alimentação e anedonia se</p>

			socioeconômico (58,1%); em famílias nucleares (56,6%); que relatam apoio social (92,4%).		mostraram mais prevalentes do que planos suicidas e baixa autoestima, ou seja, a percepção de discriminação racial foi um fator de risco potencial. Indivíduos negros demonstraram conhecer muito mais o que é entendido por discriminação racial que os não negros. A baixa autoestima não foi associada à discriminação racial. Fala sobre uma possível subnotificação, pautada na falsa ideia de democracia racial, e entende que o constructo raça, quando separado das dimensões culturais e políticas, passa a ter pouco significado. Fala sobre uma literatura crescente que busca refinar e ampliar o conceito marxista de classe para considerar raça e etnia. Entende como necessário superar a ideia de que os jovens negros constituem um exército de reserva do trabalho, já que isso seria para países ocidentais industrializados e que não caberia em países pobres como o Brasil.
21	Compreender as consequências do racismo, intolerância e discriminação na saúde mental de gestantes negras através da análise de uma estratégia interventiva de rede grupal coletiva com fins terapêuticos, reparadores e profiláticos.	Pesquisa-ação e observação participante; Rede de Sustentação Coletiva (Guimarães, 2001) como estratégia de intervenção; encontros grupais semanais, palestras informativas por profissionais de saúde e idealizadores do projeto.	Participantes de um projeto dirigido a gestantes negras e não negras.	Brasil; Parceria entre o Posto de Saúde da Comunidade de Vigário Geral e Parada de Lucas, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a PUC/RJ; de 1999 a 2002; Comunidades periféricas do Rio de Janeiro/RJ	Estudo de 2008. Demonstrou que a Rede de Sustentação Coletiva contribui para a diminuição dos efeitos nocivos do racismo. Que tais mulheres sofrem um duplo processo de vulnerabilidade (gravidez e exposição ao racismo). Apoiase nos fatos de que há um maior índice de mortalidade entre as mulheres negras, menos chances de passar por consultas ginecológicas completas, consultas de pré-natal e exames ginecológicos no pós-parto, recebem menos anestesia no parto, menos informações sobre os sinais de parto. O grupo foi considerado uma forma de escoamento da tensão psíquica, uma barreira protetora de espaço seguro, profilático, experiência positiva de

					<p>identificação, para-choque e amortecedor para lidar com a vivência cotidiana de violências, já que permite a saída do estado de silêncio, isolamento, retraimento. Foi identificado haver, por parte das mulheres negras relatadas, uma postura onipotente ou um retraimento como forma de defesa. O fato de ter sido criança negra é identificado como uma criança refletida por estereótipos, expostas a uma "situação conflitual traumatizante", que se mantém durante a vida de forma constante e cumulativa, e que quando transborda as capacidades adaptativas instala-se uma situação traumática. Ressalta um elemento que não estava evidente ou "consciente" na metodologia do projeto e que é apresentado como categoria psicológica: a Resiliência Negra. Aponta que desigualdade social, econômica e a falta de acesso aos serviços de saúde é abordada, assim como, a crítica a ideia de democracia racial que propõem direitos constitucionais iguais, mas constrói estereótipos que desvalorizam a ancestralidade, o corpo e a subjetividade negra, dizendo ainda que está sociocultural provoca um esforço excessivo na manutenção e realimentação do campo subjetivo, colocando em evidência seu caráter de colocar em risco determinadas subjetividades.</p>
22	<p>Estudar a violência doméstica em mulheres em situação de aborto provocado e em processo de alta, que estavam internadas em uma maternidade</p>	<p>Estudo descritivo exploratório, quantitativo, com consulta aos prontuários para identificação dos sujeitos. Entrevista com formulário semiestruturado, variáveis</p>	<p>Mulheres internadas em uma maternidade pública de Salvador/BA por aborto provocado e em processo de alta hospitalar</p>	<p>Maternidade pública de Salvador/BA; período compreendido entre os meses de fevereiro e abril de 2006.</p>	<p>Estudo publicado em 2011. O estudo aconteceu através de consulta à prontuários e entrevistas, sobre/com 147 mulheres, faixa etária entre 19 e 24 anos, seguida de adolescente entre 12 e 18 anos; 90% negras, autodefinidas como pretas (54,5%) ou pardas (36%); primeiro grau</p>

	<p>pública de Salvador/BA entre os meses de fevereiro a abril de 2006. Além disso, objetivou caracterizar estas mulheres segundo as condições sociais, demográficas, obstétricas e a história de violência doméstica e descrever as formas de violência sofridas, identificando as repercussões para a saúde mental.</p>	<p>sociodemográficas (idade, cor, grau de escolaridade, estado civil, trabalho, dependência financeira), história obstétrica (gestações anteriores, abortamento provocado anteriormente) vivência de violência (algum momento na vida, na gestação atual), tipo de violência, tipo de agressor, motivos para o abortamento, consequências do aborto para a saúde das mulheres, sintomas de estresse pós traumático. Foi utilizada escala do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM IV) para sintomas do estresse.</p>			<p>incompleto (38,8%), após segundo grau incompleto (33,3%); 54,4% conviviam conjugalmente com o companheiro; 8,2% casadas e as demais em união consensual, solteiras (42,8%), viúvas 2,8%; 40% se ocupavam em atividades domésticas sem remuneração, 43,6% em ocupações remuneradas fora de casa, como empregada doméstica, manicure, babá, cuidadora de idosos em funções eminentemente domésticas; 80% em situação de dependência financeira (47,9% parcialmente e 52,1 totalmente); 60% recebem ajuda do companheiro, as demais dos familiares; 31% realizaram entre 2 e 3 abortos, 5% de quatro a sete, mais de um terço realizou pelo mais de um aborto. As mulheres em processo de aborto provocado foram principalmente mulheres jovens, negras, com baixo nível de escolaridade, a conjugalidade não interferiu na decisão de abortar. A pouca idade foi o terceiro motivo mencionado como justificativa. Quase metade da amostra não tem qualquer fonte de renda e as demais exercem atividades de baixa remuneração, o que leva a dependência total ou parcial de companheiro ou familiares. A situação econômica foi o principal motivo alegado, e o segundo foi a vivência de violência doméstica, a maioria tem história de violência doméstica praticada pelo cônjuge, expressas nas formas psíquica, física e sexual. Metade vivenciaram violência durante a gravidez atual e 67% relataram que este foi o motivo para o aborto, portanto, o estudo revela associação entre aborto provocado e vivência de violência</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>doméstica. As repercussões na saúde mental e geral foram sintomatologias depressivas como o TEPT, complicações para a saúde, como secreção fétida (32,6%); hemorragia (82, 9%), infecção (29,3%). A condição econômica (36,7%) foi o principal motivo, associado à falta de condições para cuidar do filho, como segundo motivo a violência doméstica (27,9%), e terceiro a pouca idade (19%), em seguida a possibilidade de a gravidez atrapalhar planos futuros (10%). O estudo mostra associação do aborto com sintomas de estresse pós-traumático, imagens em flashback que fazem reviver o trauma e a culpa em 35,2% das mulheres que não vivenciaram violência. Já naquelas com história de violência, foi 66,6% e naquelas com violência na gestação atual 83,6%. Foi identificado sentimento de desamparo e impotência maior em mulheres com história de violência; 17,6% e 29,4% apresentaram distúrbio do sono, sonhos que se repetiam, entre as com violência atual, sobe para 62,2 e 45,9%. A sensação de reviver o trauma gera angústia e sofrimento psicológico intenso e como consequência isolamento social, improdutividade no trabalho e piora na qualidade de vida. O estudo sinaliza a necessidade de trabalhos educativos que valorizem o campo da subjetividade com adolescentes, mulheres e homens, e que desenvolva consciência da vivência da sexualidade com entendimento do corpo fisiológico para gestar. Que a submissão da mulher ao homem a coloca em posição de aceitar sem questionar, inclusive relações sexuais desprotegidas. A</p>
--	--	--	--	--	--

					importância da atenção dos profissionais para os sinais de TEPT de forma a valorizar esta síndrome, sugere ainda a transformação no modelo de formação dos profissionais, e que se incorpore a violência doméstica como objeto da saúde e ações intersetoriais. Dupla jornada de trabalho, baixa remuneração, as complicações do abortamento incompleto representam a quinta causa de internações no SUS e 9% dos óbitos maternos e que por ser ilegal, as mulheres que abortam se encontram expostas a práticas não seguras.
23	Investigar a depressão pós-parto em Estados da Amazônia e no Nordeste do Brasil.	Pesquisa transversal. A amostra foi baseada em uma prevalência de 22% de qualquer complicação no parto, de acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 2006/2007. Foram realizadas entrevistas; utilizaram-se variáveis sociodemográficas, bem como a qualidade da assistência pré natal, parto e puerpério, qualidade da assistência à saúde de seus filhos; autoavaliação do atendimento e questões específicas sobre procedimentos, exames e exames laboratoriais essenciais durante a gestação.	23.399 mulheres deveriam ser investigadas, entretanto, foi possível avaliar aleatoriamente 16.863 mães com filhos menores de um ano.	Realizada em junho de 2010 em 252 municípios, localizados em 17 estados da Amazônia e Nordeste do Brasil, que assumiram o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil e Materna.	Esse estudo foi realizado em junho de 2010 em 252 municípios, localizados em 17 estados da Amazônia e Nordeste do Brasil. Foram avaliadas 3060 mulheres e dessas 597 (19,5%) relataram sintomas de depressão pós parto. Não houve diferença significativa entre as regiões. A análise mostrou que baixa escolaridade, etnia (não branca), poucas consultas de pré-natal e menor qualidade do pré-natal, foram fatores de risco significativos para sintomas de depressão pós-parto. As mulheres com sintomas de DPP tinham um nível educacional significativamente baixo e não eram brancas. A prevalência de DPP nessa população é maior em comparação com países desenvolvidos, bem como a vulnerabilidade social e econômica. Recomenda-se que a triagem e o tratamento de gestantes seja prioridade de saúde pública.
24	Investigar a associação entre TMCs e discriminação em nível pessoal e grupal	Estudo transversal que faz parte do programa Social Change, AsthmaandAllergy in LatinAmerica	1130 mulheres mães das crianças que fizeram parte de um estudo realizado pelo programa Social	Realizado em Salvador/BA; seleção realizada em 24 microrregiões	Estudo de 2017. Foi realizado com mães afrodescendentes (em sua maioria, 80%). Mulheres negras (43,3%) e com baixo apoio social (33,9%) relataram TMC mais

	relacionada à cor da pele.	(SCAALA); visitas domiciliares para aplicação de questionários, através de entrevista estruturada; autorrelato através do Instrumento Experience of Discrimination (EOD); Foram questionadas (INTERPESSOAL) se já sofreram discriminação, se foram impedidas de fazer algo, se foram incomodadas ou se sentiram inferiores por causa da raça em nove situações específicas (escola, trabalho, emprego, na obtenção de habitação, cuidados médicos, serviços, para obter crédito, na rua ou local público, polícia, tribunais) e a frequência; Sel-Reporting Questionnaire (SRQ-20); variáveis sociodemográficas: idade, renda, escolaridade, apoio social (esta através da Escala de Apoio Social), além de (EM NÍVEL DE GRUPO), o quanto se preocupavam com eles próprios e com o seu grupo racial no passado e no ano da entrevista. As formas de enfrentamento foram classificadas em engajadas, moderadas ou passivas; teste quiquadrado; regressão Poisson. A análise foi dicotomizada entre	Change, Asthma and Allergy in Latin America (SCAALA), no nordeste brasileiro, onde 80% da população é afrodescendente.	geográficas, selecionadas aleatoriamente; coleta entre janeiro e novembro de 2006	frequente. Cerca de 38,3% das mulheres entrevistadas relataram sintomas de TMCs, 8,5% relataram sofrer alta discriminação racial e 41,6% informaram ter grandes preocupações a respeito da discriminação. Entre as mulheres pardas altamente expostas às experiências discriminatórias, a prevalência de TMC foi maior. O efeito da discriminação sobre os TMCs foi menor entre as mulheres negras, sugerindo que estas desenvolveram outras estratégias de enfrentamento ao racismo. A maior parte da discriminação foi entendida como sutil e inclui atitudes "levemente preconceituosas" e outras práticas informais que naturalizam a hierarquia racial, além das situações de racismo explícito, insultos raciais e incidentes violentos, ora como vítimas diretas e/ou como espectadores da discriminação sofrida por membros de seu próprio grupo racial. Não foi encontrado diferença estatística para a associação entre discriminação e TMC de acordo com a cor da pele. Foi apontado como paradoxo a menor prevalência de sofrimento psíquico em mulheres negras em comparação com pardas. E os questionamentos foram: estariam às mulheres negras mais acostumadas a lidar com experiências estressantes, e por estarem mais expostas às adversidades estariam aprendendo a adotar um estilo de autorregulação emocional mais flexível? Conclui-se que aqueles que se identificam mais fortemente com o seu grupo étnico podem ser mais propensas a internalizar o estigma como estratégia ativa de enfrentamento. Entendem haver pouca
--	----------------------------	---	--	---	---

		nenhuma discriminação versus qualquer experiência de discriminação racial.			consciência negra entre "mulatos" brasileiros (pessoas que ainda se identificam como mulatos) e maior consciência entre os negros. Nesse contexto, ser negro pode significar um posicionamento político e ideológico de reivindicação da negritude e assunção de uma identidade racial, incentivada pelo movimento negro.
25	Descrever como a intersecção de raça, classe e gênero moldou o comportamento das mulheres negras em relação às suas experiências e iniquidades em saúde	Estudo qualitativo para documentar experiências interseccionais de mulheres negras; estudo com colaboração transdisciplinar e transnacional entre a Universidade Estadual de Feira de Santana (Bahia/Brasil) e a Universidade da Carolina do Norte (Chapel Hill/EUA). Aconteceram nove sessões de grupo focal com mulheres em idade fértil, mulheres profissionais de saúde e ativistas sociais recrutadas através de contato com uma maternidade e via técnica de amostragem bola de neve. Dados sociodemográficos obtidos através de formulário individual contendo: raça/cor, estado civil, nível de escolaridade, profissão, atual ocupação, número de pessoas no domicílio, número de filhos e renda familiar.	Mulheres de baixa renda e de comunidades urbanas periféricas (pretas e pardas), profissionais de saúde, gestores de serviços de saúde e mulheres sindicalizadas da indústria de serviços domésticos. Os grupos focais incluíram mulheres da comunidade rural, profissionais de saúde, movimento de mulheres ativistas e mulheres que foram internadas em uma maternidade.	Em 10 localidades de Salvador e Feira de Santana no Nordeste da Bahia.	Estudo publicado em 2017 e realizado entre outubro e novembro de 2012. Foi realizado com 68 mulheres de baixa renda e de comunidades urbanas periféricas (pretas e pardas), profissionais de saúde, gestores de serviços de saúde e mulheres sindicalizadas da indústria de serviços domésticos. Foram realizados grupos focais que incluíram mulheres da comunidade rural, profissionais de saúde, movimento de mulheres ativistas e mulheres que foram internadas em uma maternidade. As mulheres afro-brasileiras de renda média e alta foram entendidas como sofrendo uma intersecção de mão dupla, por estarem expostas tanto ao racismo quanto à discriminação de gênero, e pouca ou nenhuma discriminação de classe. Já mulheres afro-brasileiras de baixa renda sofrem por três vias (racismo, discriminação de gênero e classe). Não houve registro consistente de formas de privilégio na vida das mulheres negras. Perpetuou-se o predomínio de uma hierarquia de valor entre os grupos, já que sua posição é socialmente produzida e mantida pela distribuição seletiva do privilégio e este por sua vez, foi identificada como onipresente na vida das mulheres brancas. Tal condição (ser

					<p>branca) pressupõem automaticamente valor, riqueza e habilidade que se traduzem em oportunidades que podem ou não ser merecidas e que não estão disponíveis para outros grupos de mulheres. O gênero foi identificado como assumindo várias formas que dependem da presença ou ausência de fatores como renda e/ou privilégios para proteger as "responsabilidades de gênero", mas que independentemente do nível, vivenciam desigualdades em relação aos homens, ainda que não da mesma maneira. Para as mulheres de alta renda a diferença de remuneração em relação aos homens não afeta a sua capacidade de sobrevivência, já as mulheres negras relatam a responsabilidade de gênero de cuidar de outros membros da família, parceiros e/ou comunidade (filhos, pais, namorado, marido, família extensa, preocupações com vizinhança, comunidade, grupo racial inteiro). A responsabilidade do cuidar também difere conforme raça e renda, e é um exemplo de como se cruza com gênero. As mulheres negras e pobres têm mais possibilidades de serem solteiras o que aumenta as suas dificuldades. A renda é para sustentar muito além dela mesma, além do dispêndio de tempo, que custa o lazer, o autocuidado, melhor condição educacional, redução do estresse, manutenção da saúde, podendo sobrecarregar seus recursos econômicos e psíquicos. O nível de renda define onde as mulheres podem viver, quando de baixa renda estão destinadas aos bairros periféricos, distantes do centro da cidade, onde os empregos estão melhores</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>disponíveis. Bairros que muitas vezes carecem de infraestrutura básica, energia elétrica, saneamento adequado, centros de saúde. Tais bairros são desproporcionalmente compostos por comunidades afrodescendentes e suas famílias; o nível de renda definirá o tipo de trabalho que as mulheres encontrarão, ou o tempo que levarão para chegar ao trabalho; seus longos tempos de viagem reduzem o tempo para cuidados com a saúde e cuidado com suas próprias famílias, as crianças são as que mais sofrem; ciclo de pobreza criado e perpetuado quando as mulheres não têm acesso a oportunidades educacionais, forçadas a interromper os estudos para ajudar a sustentar as famílias, o que leva a empregos instáveis, empregos assalariados; opções limitadas de mobilidade social, pobreza transmitida de geração em geração (ciclo de intergeracionalidade). As barreiras são históricas, profundas e o racismo está presente nesse processo histórico de exclusão. As barreiras de acesso se dão não só com as unidades de saúde, mas também com os profissionais que atendem, em uma combinação de fatores; Mulheres negras de todas as classes enfrentam o racismo mediado pessoalmente, ensino superior ou renda não as protege, já que a concepção é a de que todas são pobre e sem instrução e as tratam com menos consideração, o que faz com que as mulheres negras tenham que investir tempo e energia provando merecimento e em seguida passam grande tempo se recuperando dos estressores</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>dessas experiências; a diferença entre mulheres negras de baixa renda e de média em relação ao racismo mediado é que as de renda média têm algumas ferramentas e recursos pra montar uma defesa, já as de baixa renda tem que suportar sem nenhum recurso para desafiar a discriminação. Essas virtudes se dão em decorrência da educação e do dinheiro, porém, o caminho percorrido após uma experiência de racismo acarreta o estresse em processá-lo; Além de necessitar suportar o racismo deferido a nível pessoal ou institucional, tem que gastar seus recursos psíquicos se preocupando e lidando com o racismo vivenciado por seus filhos, famílias, parceiros, comunidades; estão preocupadas com a sobrevivência, sustento da família, comer bem, manter todos funcionando corretamente, proteção em relação às drogas, e também sabem que a qualquer momento os seus filhos negros podem ser vistos como criminosos pela polícia, portanto, manter seus filhos vivos é uma grande preocupação. O trabalho doméstico também é uma experiência racializada de gênero; a intersecção é vista como camadas de desvantagem; a justaposição de normas impostas, somadas as opressões se tornam catalisadores que reproduzem e multiplicam os impactos danosos à saúde; a interseccionalidade como uma maneira mais precisa de analisar o padrão social da doença e a capacidade de proteger, manter e alcançar o bem estar. Acredita que com perfis de exposição mais precisos seria possível projetar intervenções para lidar com as desigualdades, para criar políticas eficazes</p>
--	--	--	--	--	---

					para lidar com exposições complexas. Para entender o contexto subjacente das diferenças de saúde em um ambiente com políticas universais de saúde, deve-se compreender como o racismo altera o contexto em cada intersecção; a saúde requer a moeda do poder; abordagem interseccional para a equidade em saúde.
26	Conhecer como práticas discriminatórias tais como o racismo e o sexismo, podem ser influentes na construção de um cenário suscetível à vulnerabilidade do direito à saúde mental das mulheres negras e conhecer como os profissionais da saúde lidam com as demandas causadas pelo preconceito de cor, raça e gênero no setor público e privado	Compôs um panorama histórico, utilizando o método misto (que faz uma proposta de análise pautada em exposições qualitativas e quantitativas), realizando um trabalho exploratório, por meio de pesquisa bibliográfica, documental e levantamento, na tentativa de traçar um perfil das mulheres negras mais suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos mentais comuns (TMC's);	Mulheres negras brasileiras / profissionais de saúde	Brasil	Artigo de 2018. Conclui que a mulher negra, por se encontrar com índices de desenvolvimento humano em descompasso com os dos outros indivíduos, encontra-se mais suscetível a desenvolver TMC's e que o SUS não possui políticas públicas de atendimento que abranjam de forma plena a mulher negra. Ressalta que a luta dessas mulheres por direitos sempre esteve presente, por mais que se apresente escassa na representação historiográfica, e que tem estado cada vez mais presente no contexto dos movimentos sociais, principalmente nas reuniões e debates nas redes sociais, formação de coletivos de mulheres. A violência também é identificada desde sempre na vida dessas mulheres, desde a construção de estereótipos relacionados à raça e gênero, a vinda e vida dos negros no período colonial e imperial que foram trazidos como escravos para a Terra de Vera Cruz, amontoados em condições paupérrimas e precárias para serem mão de obra escrava, o que não foi uma violência isolada. Essas pessoas foram arrancadas das suas terras, tiveram os seus laços familiares e fraternais rompidos, para virem para uma terra desconhecida, com hábitos, religião, e outros aspectos culturais distintos, para serem tratados

					<p>como objetos, como uma mercadoria. Mesmo após a Independência e a Proclamação da República, já no século XIX, o patriarcalismo, a influência da Igreja e os limites das ações voltadas aos, então, abolidos da escravidão, não tiveram caráter de inclusão e reconhecimento social. O que aconteceu foi à aplicação da legalidade, tornando não mais possível formalmente à escravidão. A figura da escravidão e as bases do racismo eram presentes e ratificadas, ambiente favorável ao preconceito racial predominava, além disso o ideal de uma sociedade civilizada, que tinha como modelo a cultura europeia, se instituía. Em relação ao papel exercido pela mulher negra, nesse contexto, a maior parte dos serviços prestados eram domésticos (dentre eles: cozinheira, arrumadeira, lavadeira e ama de leite). Contudo, ela também desempenhava atividades fora do ambiente da casa grande (nas lavouras e no comércio de quitutes, são exemplos). Mas, um dos fatores que mais chamam atenção é que, também, era vista como objeto sexual dos senhores da casa grande. A influência da combinação racismo e sexismo culminaram na construção de estereótipos contemporâneos sobre a mulher negra, como: a barraqueira, a submissa, a mulata exportação e as filhas de obá, que se constituem dos mais diversos fatores sociais e culturais expressos através da linguagem sobre a cobrança e expectativas exacerbadas e transpostas à mulher negra. "Como todo mito, o da democracia racial oculta algo para além daquilo que mostra e exerce sua violência simbólica de maneira</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>especial sobre a mulher negra. Pois o outro lado do endeuamento carnavalesco ocorre no cotidiano dessa mulher, no momento em que ela se transfigura na empregada doméstica. É por aí que a culpabilidade engendradora pelo seu endeuamento se exerce com fortes cargas de agressividade. É por aí, também, que se constata que os termos mulata e doméstica são atribuições de um mesmo sujeito e que a nomeação vai depender da situação em que esta mulher é vista (GONZALEZ, 1984, p.228). Mulheres que não têm direito nem mesmo às suas características de personalidade, pois são automaticamente engendradas em um paradigma social e que alicerça uma grande carga simbólica, tendo como consequências diretas: a violência física e a psicológica, além da exclusão. Características atuais: nos quesitos de maior nível de escolaridade e poderio econômico, a participação da população negra ainda é minoria; localização geográfica, as condições de moradia e trabalho, a mulher negra é elencada no ápice da pirâmide de afligimento dos fatores socioculturais nos quesitos de raça e gênero. A complementar os já elencados, como a sua situação conjugal, o não acesso aos atendimentos voltados à saúde (sejam eles públicos ou privados), a visão negativa sobre a sexualidade desse público, grau de maternidade elevado, demonstram que estas mulheres são mais afetadas ou, quando não são afetadas diretamente, encontram-se em maiores situações de vulnerabilidade. No que tange ao critério de localização geográfica, demonstra que a</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>maior concentração de pessoas negras está presente nas regiões Norte e Nordeste. A vulnerabilidade da população negra e pobre nos grandes centros urbanos é gigantesca, a localização geográfica juntamente com os fatores de não acessibilidade à saúde, educação e moradia formam um círculo vicioso que impedem o jovem negro de chegar na faixa etária adulta com plenas condições de disputar um espaço no mercado de trabalho, que se caracteriza pela competitividade. Mesmo na população negra, ainda há estratos bem tarjados que configuram que uns ainda possuem mais direitos do que outros em decorrência do seu gênero e da sua raça e, também, da sua capacidade econômica. Sofrimento mental e o SUS, considerando o exposto, as mulheres negras estão, cada vez mais, apresentando transtornos mentais comuns, decorrentes de fatores externos e internos. Externos, resultantes do menor nível de escolaridade, do baixo poderio econômico financeiro, da ausência de oportunidades e desvalorização. Os internos, que são, em sua maioria consequências da ação dos agentes externos, destacam-se: a solidão da mulher negra, a maior taxa de fecundidade, a construção da baixa autoestima, e as cobranças sociais advindas, especialmente, do enquadramento da mulher negra nos estereótipos racistas e sexista no mercado de trabalho, apesar de alguns marcos que, legalmente foram sendo construídos, mas, efetivamente, não foram implantados. No que tange ao sofrimento, em decorrência da forma dispare de atendimento, versus à</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>não identificação da violência ou não denúncia das agressões. Invoca o conceito de Saúde oferecido pela OMS que diz que “A saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”, dizendo que não há como desvincular a saúde de outros fatores que são partícipes da vida de qualquer ser humano. Por isso, mesmo que de forma breve, para a compreensão desse cenário, os princípios e as tentativas de melhorar as ações do SUS precisam ser analisadas. A necessidade de voltar às discussões de gênero e raça para o âmbito de formação dos profissionais de saúde, o treinamento destes profissionais para reconhecimento das doenças mais presentes na população negra, à contratação e acessibilidade aos profissionais negros no ambiente de atendimento público de saúde. Além disso, melhorar os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), ampliando a sua atuação e disponibilizando um atendimento mais próximo das pessoas em situação de sofrimento mental, englobando, desse modo, os mais diversos públicos da sociedade ao atendimento acessível e gratuito do SUS.</p>
27	<p>Estimar fatores associados ao bem-estar psicológico de travestis e mulheres transexuais, maioria pretas (os), entre 25 e 39 anos.</p>	<p>Estudo transversal, seleção amostral com abordagem consecutiva e técnica bola de neve. Variável dependente foi bem-estar psicológico através da escala World Health Organization Quality (WHOQOL-BREF) e as independentes foram:</p>	<p>602 travestis e pessoas transexuais. Maioria com cor da pele preta ou parda, entre 25 e 39 anos.</p>	<p>Sete municípios do Estado de São Paulo (São Paulo, Campinas, São Bernardo, Santo André, Santos, São José do Rio Preto, Piracicaba) entre 2014 e 2015.</p>	<p>Estudo de 2019. Foi associado ao menor bem-estar psicológico: não ter endereço fixo, ter menor escolaridade, estar insatisfeita com as relações pessoais, suporte de amigos ou procedimentos transexualizadores realizados e ter sofrido violência verbal ou sexual, ter ficado presa. Já sobre o que interfere positivamente em suas vidas está: realizar transformações corporais desejadas,</p>

		<p>características sociodemográficas, situação de moradia (endereço fixo ou não), anos de escolaridade, renda mensal individual, cor da pele, trabalho atual (não inclui o trabalho sexual como fonte de renda), ter religião, parceiro fixo; insatisfação com as relações pessoais, relação com família, insatisfação com procedimentos transexualizadores, mudança de nome, número de locais em que 'e tratada pelo nome social, violência categorizada, se já ficou presa, se trata HIV.</p>			<p>respeito ao nome social, ter maior renda mensal, algum trabalho, ser tratada pelo nome social foi associado ao maior bem-estar. A maioria tinha endereço fixo, oito anos ou mais de estudos, era preta ou parda, tinha alguma religião, não tinha parceiro fixo, renda mensal de até dois ou mais de dois salários mínimos, relatou ter algum trabalho naquele momento; 42% profissionais do sexo; a maioria se disse satisfeita em suas relações pessoais, relação aceitável ou boa com a família; 1,62 estavam satisfeitas e 29% insatisfeitas com o procedimento transexualizador; apenas 9% conseguiram mudar o nome em pelo menos um documento; 71% relataram ter sido tratadas pelo nome social em mais de 4 lugares; 28% declararam estar em tratamento de HIV e 22% estiveram presas por mais de 24 horas; 94% relataram violência; 57% relataram chantagem, extorsão ou violência policial. Aponta a violência simbólica como um tipo invisível de agressão que acontece através da dominação de grupos privilegiados sobre grupos socialmente estigmatizados, relações de poder que resultam em agressão e vitimização das minorias no ambiente familiar, institucional, político e econômico.</p>
28	<p>Avaliar o efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental das mulheres negras e o papel moderador da identidade social e mediador da autoestima nessa</p>	<p>Escala de Microagressões Raciais de Gênero; Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG-12); Escala de Identificação com o Grupo; Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR); Questões sociodemográficas; Os</p>	<p>76 mulheres negras, de 18 a 56 anos, maioria heterossexual (69,7%), solteira (53,9%), com ensino superior incompleto (47,4%) e renda familiar acima de quatro salários mínimos (36,8%).</p>	<p>Os instrumentos foram aplicados por meio eletrônico. Já os questionários impressos foram aplicados em locais públicos na cidade de Fortaleza (CE), como praças, shopping, eventos específicos relacionados à</p>	<p>Estudo de 2020. Foi realizado com 76 mulheres negras, de 18 a 56 anos, maioria heterossexual, solteira, com ensino superior incompleto. A alta frequência de microagressões raciais de gênero prediz piores níveis de saúde mental e autoestima. A autoestima parece mediar às relações entre as microagressões e a saúde geral, apresentando-se como fator protetor</p>

	relação.	instrumentos foram aplicados por meio eletrônico, com divulgação on-line e questionários impressos; foram enviados links para grupos específicos de mulheres negras, murais e caixas de mensagens de usuárias do Facebook; Análise via correlações de Pearson; análise de regressão (Método Enter); para mediação e moderação (H3 e H4) o macro PROCESS (versão 2.16); para a significância o bootstrapping (método computacional) e o teste de Sobel.		cultura afro-brasileira, também em uma universidade pública no interior do Ceará.	da saúde mental, a identidade parece moderar essa relação. A convivência com estressores ambientais crônicos prediz piores índices de saúde mental, afeta negativamente a autoestima de mulheres negras. O efeito direto das microagressões na saúde geral não foi significativo, mas o efeito indireto mediado pela autoestima, sim. Portanto, o efeito das microagressões é completamente mediado pela autoestima, que parece um importante fator protetor para a saúde mental no contexto da discriminação; a identidade social atua como moderador nessa relação. A identificação com grupos minoritários (identitários) pode facilitar a percepção de tratamentos negativos recebidos como sendo discriminatórios em função de sua pertença grupal, o que pode, por exemplo, levar a um estresse crônico que pode ocasionar menores índices de saúde mental. Discorre sobre as relações de poder assimétricas entre grupos refletidas em diferenças no status socioeconômico e no acesso à serviços, e que as pesquisas sobre racismo tratam frequentemente os negros como um grupo monolítico, deixando lacunas a compreensão dos potenciais diferenças de gênero.
29	Refletir sobre o surto causado pelo Zika vírus, que atingiu principalmente mulheres negras e pardas, pobres e com baixa escolaridade, a fim de traçar melhorias na atenção aos direitos reprodutivos e à saúde	Estudo etnográfico, mediante observação participante e realização de entrevistas (transcritas), com trechos organizados em núcleos de sentidos: 1) A gestação, o diagnóstico e o aborto como possibilidade; 2) Os corredores como espaços de resistência das	Seis mães com filhos diagnosticados com microcefalia em função do Zika Vírus (corresponde à totalidade das atendidas); com idades de 17 a 32 anos, a maioria casada ou em união estável, com renda inferior a um salário mínimo e com o Bolsa	Sala de espera do ambulatório de uma instituição de referência no atendimento à saúde da mulher e da criança no Estado do Pará, Brasil. De julho a dezembro de 2018. Mulheres procedentes dos municípios de	Estudo realizado de julho a dezembro de 2018, em uma sala de espera ambulatorial no estado do Pará. O estudo foi realizado através de observação participante e entrevistas com seis mães com filhos diagnosticados com microcefalia em função do Zika vírus, com idades de 17 a 32 anos, a maioria casadas ou em união estável, com renda inferior a um salário mínimo e com o Bolsa família como única

	<p>mental. Pretendeu-se compreender as vivências de mulheres sobre a infecção do Zika vírus.</p>	<p>mulheres; 3) Redes de apoio e cuidados.</p>	<p>Família como única renda fixa entre quatro delas. Duas com ensino fundamental incompleto, uma com ensino fundamental completo, e três com ensino médio completo; uma autodeclarada negra, quatro pardas, e uma branca.</p>	<p>Ananindeua, Abaetetuba, Barcarena, Belém, Garrafão do Norte e Moju.</p>	<p>renda fixa entre quatro delas. Duas com ensino fundamental incompleto, uma com ensino fundamental completo, e três com ensino médio completo. Uma autodeclarada negra, quatro pardas, e uma branca. Muitas dúvidas as cercam durante toda a gravidez. O modo como os profissionais pronunciam um diagnóstico pode causar, mais (ou menos) dor a essas mulheres e seus familiares; informações sobre limitações da criança e mesmo a possibilidade de morte, são dadas muitas vezes de forma desumanizada, sem preocupação com o acolhimento adequado. Foi perceptível que as mulheres com o papel de cuidadoras não possuem apoio referente à saúde mental, não houve registro de atendimento psicossocial, assim como as demandas de cunho social estavam desorientadas sobre os seus direitos, não houveram espaços proporcionados pela instituição para que compartilhassem suas dificuldades, medos, experiências; relatam terem tido a vida modificada radicalmente em função da necessidade de cuidar, abandonando os seus sonhos, porém para os serviços de saúde são invisíveis, dificilmente conseguem ser ouvidas, suas falas não são consideradas importantes (tom de voz médico que marca a distância/ barreiras invisíveis, posição hierárquica de valores sociais e saberes superiores que produzem autodesqualificação/ poder simbólico do jaleco, da caneta). Referem recorrentemente as perdas, seja de liberdade, do emprego, da rotina, da convivência com familiares, perdas de si mesmas. Sofreram frequente</p>
--	--	--	---	--	--

					<p>discriminação por serem consideradas pelo Estado como pessoas que engravidaram em um período inapropriado e acabam por serem responsabilizadas pela doença. Há a ideia de Estado paternalista que não foi ouvido e que agora "ajudará" por meio de auxílios como o BPC; mulheres violadas econômica, psicológica e socialmente. A família que toma conhecimento de alguma deficiência tem suas expectativas confrontadas e recai uma grande sobrecarga sobre as cuidadoras, os outros filhos acabam ficando muito tempo sozinhos. As mulheres exercem inúmeras atividades como consultas, reabilitação, marcação de exames, e nem todas tem acesso a todos os serviços devido à falta deles, o que piora para os que moram em zona rural. Existe desgaste com a viagem, preocupação com os outros filhos, dificuldades para receber o BPC devido a burocracia com documentos, o que torna o BF a única renda. Relato de que a família e outras pessoas olham para a criança como se fosse um monstro e que têm medo que criança passe mal e morra com eles. O poder público apenas atende pontualmente na assistência à saúde atendendo demandas da criança, nenhum serviço acolhia a demanda das mães. Acessaram a rede formal de atendimento especializado apenas após um longo e burocrático processo; 76,2% não estão inseridos em atendimentos de puericultura e estimulação precoce. As autoras atentam ao fato de que a infecção que colaborou a microcefalia atingiu principalmente regiões pobres, entre pessoas que apresentam a marca histórica da falta de</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>acesso e recursos para o diagnóstico e cuidados em saúde, o que é uma preocupação ética, além de política. Sugerem uma reflexão sobre os interesses considerados públicos no campo da saúde. Ainda que nenhuma das interlocutoras tenha falado sobre aborto, as autoras alertam os sentimentos e frustrações possíveis e que isso pode remeter pela busca por realização de um aborto inseguro, ilegal e que o aborto legal e seguro para estes casos não deve ser compreendido como uma forma de eugenia, mas sim livre exercício dos direitos reprodutivos, considerando a saúde mental dessas mulheres em sofrimento psíquico.</p>
30	<p>Caracterizar o perfil das violências, vítimas e dos prováveis autores de violências perpetradas contra adolescentes e notificadas ao SINAN entre 2011 e 2017, além de descrever o percentual de municípios notificantes por unidade da federação</p>	<p>Estudo transversal, realizado com dados de notificação fornecidos ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, alimentado pela ficha de notificação individual de violência interpessoal/provocada de 2011 a 2017; descrição realizada conforme as características sociodemográficas das vítimas: sexo; faixa etária (10 a 14 e 15 a 19 anos); raça/cor (branca, negra [preta + parda], amarela, indígena) escolaridade, presença de deficiência/transtorno (física, intelectual, visual, auditiva, transtornos</p>	<p>Adolescentes com idade entre 10 e 19 anos (convenção OMS/MS)</p>	<p>Brasil</p>	<p>Artigo de 2020. Estudo realizado com adolescentes entre 10 e 19 anos. Observou-se a notificação de 1.429.931 casos de violência, desse total 374.673 (26,2%) foram contra adolescentes. Percebeu-se que no período houve um aumento de 177,6% no número de notificações e que estas corresponderam a 4.202 municípios, ou seja, 75,4% dos municípios brasileiros. O avanço das notificações foi gradativo e entre as 10 UFs com porcentagem inferior a 50% em 2017, oito delas eram do Nordeste. Do total de casos notificados, 65,2% referiam-se ao sexo feminino, média de idade de 15,2 anos, a maior parte entre 15 e 19 anos (60,3%), 54,9% eram da raça/cor negra, 68,6% haviam concluído até oito anos de estudo, 7,9% possuía alguma deficiência física ou algum transtorno, 39,9% dos eventos tiveram caráter de repetição, 56,9% ocorreram na residência. As</p>

		<p>mentais, de comportamento e outros); Características das violências: histórico de repetição, local de ocorrência (residência, via pública, escola, outros locais), lesão autoprovocada, tipo de violência (física, sexual, psicológica, negligência, outros); meio usado na agressão (força corporal/ espancamento/ ameaça/envenenamento/ intoxicação/ objeto perfurocortante/ arma de fogo/objeto contundente/ enforcamento/objeto, substância quente/outros); Características do provável autor da violência: número de envolvidos, sexo, vínculo com a vítima (familiares, amigos/ conhecidos, desconhecidos, parceiros íntimos, outros vínculos), suspeita de consumo de bebida alcoólica pelo provável autor; Realizado significância estatística das diferenças entre as proporções, testada com o quiquadrado.</p>			<p>mulheres foram vítimas de violência de repetição e de violência no domicílio em maior proporção do que os homens. As lesões autoprovocadas corresponderam a 18,5% das notificações, em maior proporção entre as mulheres. Os tipos de violência mais notificados: física (64,7%), sexual (24,7%), psicológica (24,5%) e negligencia/abandono (12,2%), sendo que sexual e psicológica com mais frequência entre as mulheres, enquanto física e negligencia/abandono mais frequente entre os homens. Os meios foram força corporal (45,4%), ameaça (15,5%); objeto perfuro cortante (10,3%), arma de fogo (9,0%) com frequência maior entre os homens e envenenamento entre as mulheres; Sobre o provável autor da violência, em 73,1% houve envolvimento de um autor (mulheres mais à mercê dessa forma); 66,5% dos casos o agressor era do sexo masculino; 28,7% eram familiares (pais, namorado ou companheiro da mãe); 23,9% amigos/conhecidos; 19,4% pessoas desconhecidas; 16,4% parceiros íntimos; suspeita de consumo de bebida alcoólica pelo agressor em 28,5% das vítimas. A violência física foi significativamente superior na raça/cor indígena (1,15), negra (1,03) e amarela (1,03) e quando havia suspeita de ingestão de bebida alcoólica pelo agressor (1,21), foi significativamente inferior no sexo feminino, na idade de 10 a 14 anos, na violência de repetição, quando na residência e praticada por familiares. A violência psicológica foi significativamente superior no sexo feminino, no grupo entre 10 e 14 anos, quando repetitiva, por agressores</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>familiares, com suspeita de ingestão de bebida alcoólica, foi significativamente inferior no grupo de negros em comparação aos brancos. A violência sexual foi seis vezes mais frequente no sexo feminino, três vezes mais no grupo com idade entre 10 e 14 anos, mais frequente na raça cor indígena (1,40), negra (1,38) e amarela (1,28), quando de forma repetitiva, no domicílio, quando em suspeita de ingestão de bebida alcoólica pelo agressor, foi perpetrada por familiares em proporção significativamente inferior em relação aos não familiares. A negligência/abandono predomina no grupo entre 10 e 14 anos, quando de forma repetitiva, no domicílio, por familiares, significativamente inferior no sexo feminino, na raça/cor negra, amarela, indígena e quando havia suspeita de consumo de bebida alcoólica pelo agressor. Identifica as notificações de violência no setor saúde enquanto contributo a análise epidemiológica e subsídio para a organização de serviços e delineamento das políticas públicas de saúde; que a comunicação dos casos aos Conselhos Tutelares temo propósito de acionar a rede de proteção social; entende que a ampliação ascendente das notificações entre os anos de 2011 e 2017 vai ao encontro das estratégias de enfrentamento, mas que esta ampliação ocorreu de forma desigual entre as UFs e regiões, o que sugere a necessidade de delineamento de políticas públicas e estratégias específicas para ampliar a cobertura, tendo em vista as diferentes realidades regionais. Subnotificação</p>
--	--	--	--	--	--

					existente nos serviços de saúde como limitação do estudo. Sabe-se que os profissionais encontram dificuldades no registro das notificações, por dificuldades de diagnosticar as situações de violência em queixas difusas, pela recusa em lidar com a violência como problema de saúde, pela acumulação de atividades, falta de tempo no processo de trabalho, constrangimento que a abordagem pode causar, medo de retaliação e da exposição da atuação profissional e pela falta de capacitação. Estrutura de apoio e proteção aos profissionais que realizam as notificações, capacitação permanente; constituição da identidade masculina; porte de arma de fogo como responsável por 75% dos casos de homicídios nos países de baixa e média renda das Américas.
31	Pensar uma prática equiparável de atuação em psicologia frente à violência racial sofrida pela população negra brasileira. Identificar as principais consequências da violência racial, de gênero e de classe que atingem mulheres negras de modo a compor suas subjetividades através da análise do que está fomentado e produzido pelo Conselho Federal de Psicologia, pelas psicólogas e	Análise do que está fomentado e produzido pelo Conselho Federal de Psicologia, pelas psicólogas e pesquisadoras Clélia Prestes e Sueli Rolnik, também das intelectuais Helena Theodoro, Lélia Gonzalez e Sueli Carneiro, Terezinha Bernardo, Beatriz Nascimento e Márcia Figueiredo Tokita.	Mulheres negras	Brasil	Estudo produzido em 2021. Por resultado, refere histórias de sofrimento e adoecimento físico, moral e psíquico fundados nas violências de classe, gênero e étnico-raciais. Identifica-se resistência por meio de diversos processos de enfrentamento, como a resiliência, ofertando um posicionamento na luta social e política e identificação étnico-racial de mulheres negras brasileiras. Afirmam que os papéis sociais dados a essas mulheres permanecem desde a escravidão até a contemporaneidade intactos e que, de maneira atroz, as relações de gênero são racializadas. Ressalta, também, que essas mulheres sempre trabalharam na lavoura, nas ruas, como vendedoras, prostitutas e tantas outras mais ocupações e não entendiam

	<p>pesquisadoras Clélia Prestes e Sueli Rolnik, e também das intelectuais Helena Theodoro, Lélia Gonzalez e Sueli Carneiro, além de outras importantes referências autorais</p>				<p>quando as feministas lutavam pelo direito ao trabalho e pelo direito de ir às ruas, uma vez que já trabalhavam e ocupavam as ruas há muito tempo. Afirma que pensar as subjetividades de mulheres negras é entender que “vivemos em um país antinegro e isso tem nocivos efeitos sobre as subjetividades negras”. Já que a partir do colonialismo, as pessoas constituíram uma linguagem, uma ciência, uma expressão e também uma forma de entendimento. Discorre que a população afrodescendente que vivencia a violência racial, poderá passar por transtornos de pensamento e comportamentos, além de sentimentos de inferioridade e comportamentos de caráter isolado, que serão compreendidos por agressividade ou timidez. Trata-se de uma subjetividade afetada pelo racismo. E que isso se expressa de três formas: institucional, intersubjetivo e internalizado. A mulher negra enquadra-se no grupo que mais sofre violência e que mais está em estado de vulnerabilidades. Destaca que o adoecimento psíquico oriundo das práticas da violência racial, presente nessas três formas de expressão discriminatórias, adoce a população afrodescendente, porém tal sofrimento não é valorado, haja visto o argumento que somente a população da classe dominante se encontra suscetível ao processo de adoecimento pela depressão. Enfatiza que os mais de 500 anos de sofrimento ou “Banzo” da população negra são desqualificados pela população branca, trivializado e estereotipado, afetando potencialmente o agravo da doença (depressão), tornando-a</p>
--	---	--	--	--	---

					<p>ilegítima. Diz que os efeitos psicossociais na mulher negra que sofre o racismo podem ser entendidos através de mecanismos psíquicos de defesa, como o da negação e a identificação com o agressor, que ocorrem para manter a integridade psíquica e intersubjetiva. Sendo que um segundo efeito pode ser o de dilaceramento psíquico, no qual tais mulheres vivenciam a violência de modo catastrófico, necessitando de ajuda para se refazer do trauma experienciado, conforme destacado através de terapia individual, familiar e uso das políticas públicas. O estudo conclui que o racismo interfere na dinâmica intra e intersíquica do indivíduo em suas relações individuais, institucionais, familiares, afetivas e sociais. Defende que, do ponto de vista emocional, econômico, cultural, sanitário, programático, educacional, profissional e cidadania, a população negra terá diversos prejuízos. Por isso, em função do racismo, ela tenta e afasta-se das circunstâncias que a aproxima da sua negritude, do seu grupo, do contato com outros negros e de características fenotípicas (cabelo crespo, pele negra, cultura afro-brasileira. As autoras chegam ao limite de entender que apesar de todo este sofrimento psíquico e violência subjetiva, a Psicologia, como ciência, historicamente se omitiu perante as humilhações e todas as consequências desse processo, sejam no âmbito clínico, escolar, organizacional, na saúde ou em outras áreas e que tal postura tem causado significativo atraso no combate ao racismo e fortalecimento psíquico da população afrodescendente. E que apesar de toda a</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>violência, a mulher negra tem seus modos de enfrentamento, ou seja, sua resistência, que experiencia um sofrimento ético-político e que leva à reflexão sobre os conceitos de subjetividade nômade, resiliência (pela perspectiva de como as mulheres negras têm enfrentado a violência racial e de gênero), trazendo um efeito menos devastador das fontes de stress intenso, podendo chegar à exaustão, mas não sucumbindo a ela. Outro conceito é o de guerreiras, enquanto aspecto subjetivo quando encaram bravamente a junção de estereótipos atrelados à objetificação de seus corpos. E o conceito de mulheres faróis responsáveis por tornar suportável quando não se pode mais ser confortável o ambiente deste lar. Em outra posição de luta, ressalta a participação nos movimentos sociais que auxiliam na construção da identidade negra positivamente através da reivindicação de direitos e melhoria na condição de vida.</p>
--	--	--	--	--	--

As variáveis analisadas, categorizadas e aprofundadas para síntese foram: ano e número de publicações; periódicos; local de realização dos estudos; método (s); população participante, objetivo, contexto, conceito e perspectiva teórico-política e social apontadas como possibilidades pelos autores.

#### 4.3.1 Ano e número de publicações

Considerando que esta pesquisa não teve filtro quanto à periodicidade das publicações, podemos observar que através deste método de busca o retorno foi de 29 artigos entre 2005 e 2020, e que a média máxima de publicações se concentrou nos anos de 2019 e 2020, em que seis publicações por ano foram extraídas (figura 3). É necessário enfatizar que nos anos de 2021 e 2022 foram realizadas apenas as buscas por literatura de difícil alcance nos bancos de dados da ABPN, com retorno e elegibilidade de apenas dois artigos concentrados na ABPN (de 2021 e 2022). O que reafirma a incipiência de estudos publicados e/ou alcançados ainda que através de estratégia de busca sistemática rigorosa.

**Figura 3** - Número de publicações por ano.



Fonte: elaborado pela autora (2023).

### 4.3.2 Periódicos

A revisão contou com 31 estudos, distribuídos em 25 periódicos, sendo 17 nacionais e oito internacionais (figura 4). **Nacionais:** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (01); Revista de Saúde Pública (01); Revista Brasileira de Psiquiatria (01); Jornal Brasileiro de Psiquiatria (01); Saúde e Sociedade (03); Thieme Revinter (1); Cadernos de Saúde Coletiva (1); Revista Latino Americana de Enfermagem (01); Revista Brasileira de Enfermagem (02); Psicologia em Estudo (01); Psicologia & Sociedade (01); Psicologia, Ciência e Profissão (01); Revista de Políticas Públicas (01); Caderno de Saúde Pública (02); Ciência e Saúde Coletiva (01); Revista Brasileira de Epidemiologia (02); Revista Brasileira de Pesquisadores Negros (02).

Despontam como principais conglomerados de publicações, com sede nacional, principalmente as Associações (Associação Brasileira de Psiquiatria, Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Psicologia Social, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Associação Brasileira de Pesquisadores Negros), seguida pelas Universidades (USP, UFRJ, Fiocruz, UFMA, Universidade Estadual de Maringá), editora (ThiemeRevinter), Institutos (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira Recife/PE), e Conselhos (Conselho Federal de Psicologia/SP).

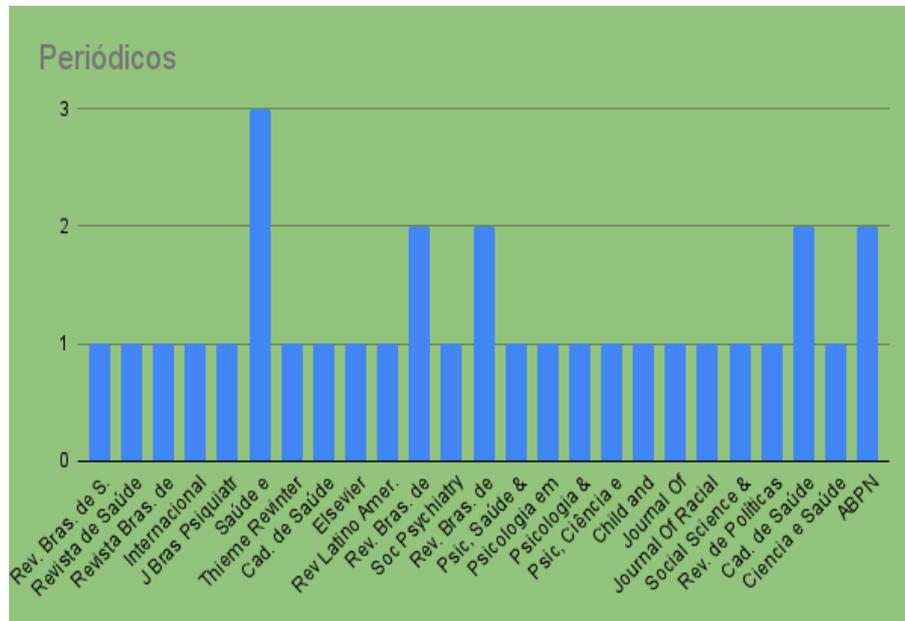
Em âmbito **Internacional**, destacam-se: International Society for Sexual Medicine (01); Elsevier (01); Soc Psychiatry Psychiatry (01); Child and Adolescent Mental Health (01); Journal of Affective Disorders (01); Journal of Racial and Ethnic Health Disparities (01); Social Science & Medicine (01); Psicologia, Saúde & Doenças (01). Como principais conglomerados de publicações, observamos: a Elsevier<sup>14</sup>, que é uma companhia de publicações multimídia internacional, com secretaria em Amsterdã, Holanda, que publica o estudo concentrado na Social Science & Medicine, no Journal Of Affective Disorders e na própria Elsevier, ou seja 03 publicações; a Springer Nature ou Springer Nature Group<sup>15</sup>, que é uma editora mundial sediada na Alemanha, que publica o estudo concentrado na Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology e no Journal Of Racial and Ethnic Health Disparities, portanto, 02 publicações; a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, sediada em Lisboa/Portugal, que concentra o estudo feito pela revista Psicologia, Saúde & Doenças; a International Society for Sexual Medicine, com secretarias nos EUA e Holanda; e a organização independente, sem fins lucrativos, Child and Adolescent Mental Health,

<sup>14</sup> Fonte: <https://en.wikipedia.org/wiki/Elsevier>

<sup>15</sup> Fonte: <https://www.springernature.com/gp>

vinculada a Association for Child and Adolescent Mental Health, com sede em Londres, Reino Unido.

**Figura 4 - Periódicos e número de publicações sobre o tema.**



Fonte: elaborado pela autora (2023).

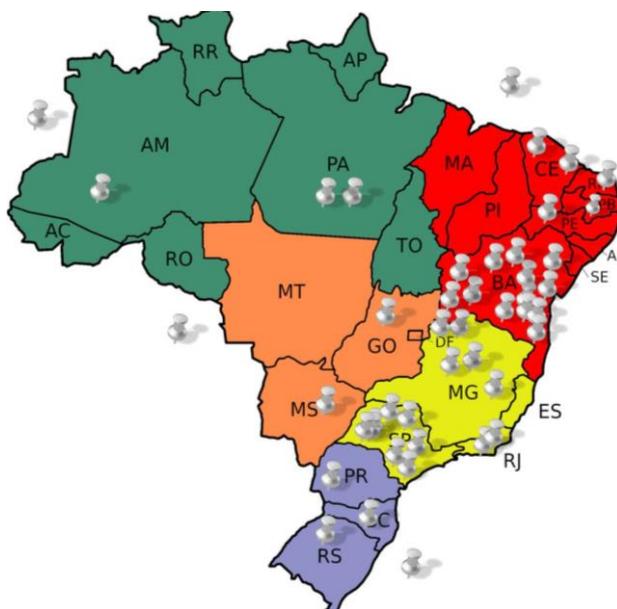
### 4.3.3 Local de realização dos estudos

Os estudos retrataram majoritariamente as condições das mulheres negras residentes no Nordeste, especificamente no Estado da Bahia, seguidos pela região Sudeste, em percentual bastante reduzido nas demais regiões (figura 5 e 6). Foram decorrentes de contextos diversos como: coorte de nascimento, análise de notificações, trabalho doméstico, trabalho em saúde, pessoas moradoras ou internadas em hospitais psiquiátricos, clientes em circunstâncias de psicoterapia, experiências de projetos sociais grupais e de serviços de saúde (maternidade, USFs, posto de saúde), estudantes universitários, estudantes universitários que cursam medicina, adolescentes e crianças estudantes (escolares), comunidades quilombolas e pesquisas por conglomerados aleatórios urbanos e rurais.

**Figura 5 - Publicações por região.**



**Figura 6 - Publicações por Estado.**



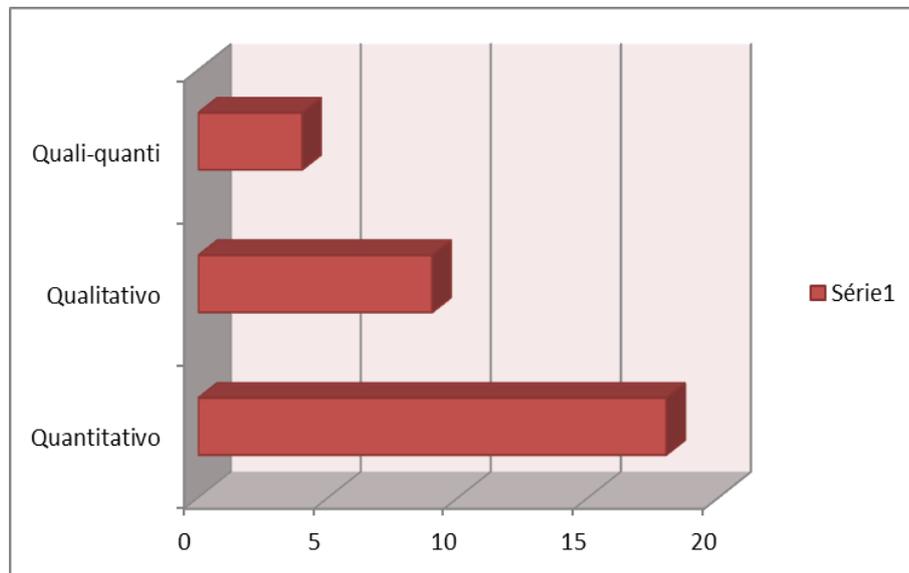
Fonte: elaborado pela autora (2023).

#### 4.3.4 Método (s)

Os métodos foram quantitativos 58%, qualitativos 29% e quali-quantitativos 13% (figura 7). Os questionários e entrevistas estruturadas foram os instrumentos de pesquisa mais utilizados. O uso de diferentes escalas de triagem também se fez presente, principalmente da escala SRQ-20, que foi utilizada em seis estudos, seguida pela Escala Qualidade de Vida da OMS

(WHOQOL-BREF), utilizada por dois estudos, assim como as escalas *Rosenberg Self-EsteemScale* e *Patient Health Questionnaire (PHQ)*. Os estudos (14 deles) utilizaram de maneira complementar questionários sociodemográficos (quadro 14). Portanto, a extração de dados através de questionários estruturados pode ser observada em 20 artigos, já os semiestruturados em um, por meio de entrevista livre em três, por grupo focal em dois, por meio eletrônico em cinco, por levantamento bibliográfico em dois e por relato de caso ou experiência em três estudos. Alguns utilizaram mais do que um método de extração. O quadro 11 detalha os métodos, técnicas e instrumentos utilizados em cada estudo, assim como, cada uma das escalas utilizadas.

**Figura 7** - Divisão dos artigos entre quali-quanti, qualitativo e quantitativo.



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Quadro 11 - Métodos, técnicas e instrumentos.

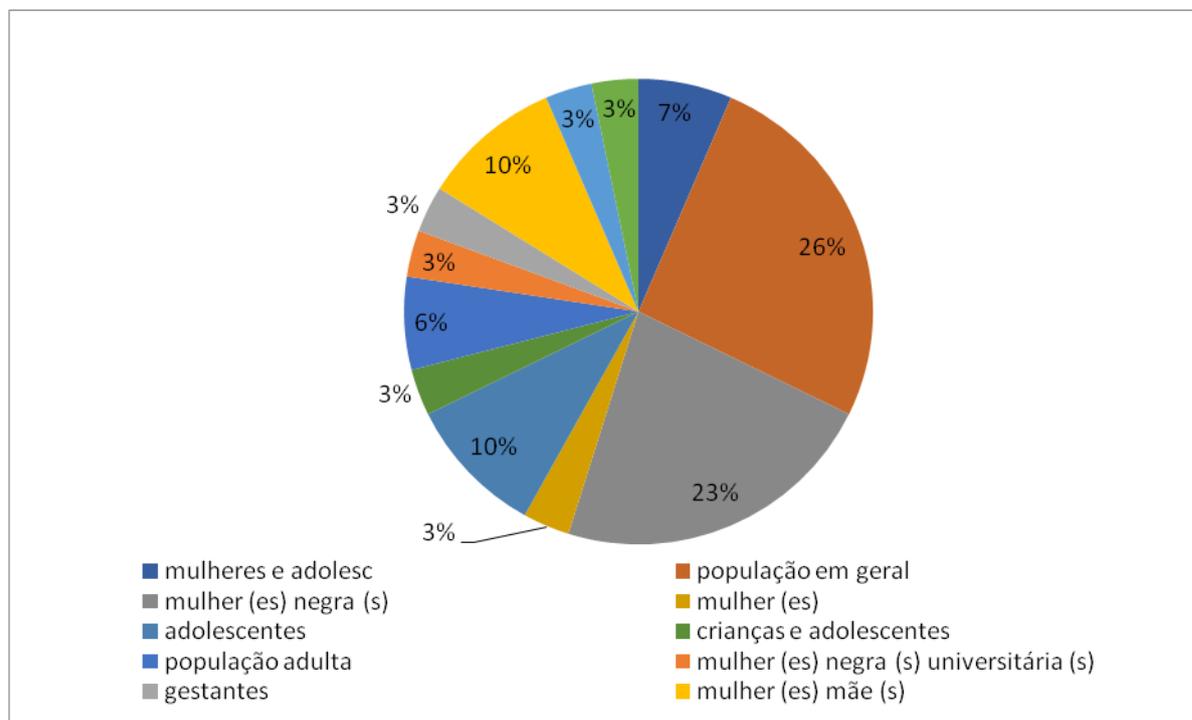
Ano	Cód do Est	Método, técnica e instrumentos	Questionário (s) / Formulário/Escalas	Meio eletrônico	Questionário estruturado	Questionário semiestruturado	Entrevista Estruturada	Entrevista semiestruturada	Entrevista livre	Transcrição da entrevista	Grupo/Grupo focal	Levant. bibliogr./do caso	Relato de caso/Exp/Estudo de caso
2005	Cat 1/1	Estudo de corte transversal	1- coleta por ficha domiciliar; 2- questionário individual; 3- Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) (para uso em populações de países em desenvolvimento)		X		X						
2008	Cat 2/1	Estudo de corte transversal ; uso da regressão de Poisson.	1- Self-Report Questionnaire (SRQ-20); 2- questionário perinatal		X		X						
2009	Cat 3/1	Estudo transversal	1- questionário anônimo e autoaplicável comparativo		X								
2009	Cat 4/1	Estudo qualitativo, Relato de caso											X
2011	Cat 5/1	Análise de prontuário eletrônico, quantitativo	1- questionário sociodemográfico (aos profissionais)	X	X		X						
2014	Cat 6/1	Estudo descritivo, quantitativo, com dados secundários de um banco de dados; observação do entrevistador	1- Instrumento de coleta; banco de dados		X								
2017	Cat 7/1	Estudo qualitativo, Estudo caso											X
2019	Cat 8/1	Estudo transversal; modelo Demanda Controle; programa STATA e pacote R; Regressão de Poisson.	1- Job Content Questionnaire; 2- Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20); 3 - Questionário sociodemográfico		X		X						
2019	Cat 9/1	Estudo observacional, longitudinal; quali-quantitativo	1- Questionário sociodemográfico; 2- DASS 21 Escala de Estresse e Ansiedade Depressiva); 3- Escala Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref); 4- Escala Duke University Religion Index (DUREL); 5- Satisfação em ser médico via pergunta.		X		X						
2020	Cat 10/1	Estudo transversal, quantitativo; estatística descritiva, teste de associação e comparação de médias; Teste Exato de Fisher; Teste t-Student.	1- Questionário sociodemográfico e hábitos de vida; 2- Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale)		X			X					
2020	Cat 11/1	Estudo transversal; amostra aleatória simples; regressão logística	1 - Formulário de aspectos sociodemográficos; 2- Self Report Questionnaire (SRQ-20)		X		X						
2005	Cat 1/2	Estudo Comparativo; com avaliação de prevalência - quantitativo	1- Questionário de Forças e Dificuldades (SDQ); 2- Questionário Avaliação de Desenvolvimento e Bem Estar (DAWBA)		X		X						
2007	Cat 2/2	Abordagem qualitativa e quantitativa	1- Extração de dados através do SIAB Sistema de Informações de Atenção Básica	X	X				X				
2015	Cat 3/2	Estudo transversal, populacional	1- Patient Health Questionnaire (PHQ)		X		X						
2019	Cat 4/2	Estudo de corte transversal, epidemiológico, Regressão de Poisson, conglomerados aleatórios	1 - Self Reporting Questionnaire-20; 2 - Questionário sociodemográfico		X		X						
2019	Cat 1/3	Qualitativa		X				X	X				
2019	Cat 2/3	Estudo qualitativo, Relato de experiência											X
2020	Cat 3/3	Estudo qualitativo, Cartografia											
2022	cat 4/3	Estudo qualitativo, Escrivência, perspectiva crítica merleau-pontyana, em diálogo com a fenomenologia histórico-racial fanoniana						X					
2007	Cat 1/4	Estudo de corte transversal; amostragem aleatória; prevalência estimadas e comparadas usando o Pearson Chi Square e Método Delta	1- Patient Health Questionnaire (PHQ)		X		X						
2008	Cat 2/4	Estudo qualitativo, Pesquisa-ação e observação participante									X		
2011	Cat 3/4	Estudo descritivo exploratório, quantitativo; consulta a prontuários para identificação dos sujeitos	1- Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM IV) para sintomas do estresse			X		X					
2016	Cat 4/4	Estudo transversal, amostra por prevalência	1- questionário com variáveis sociodemográficas e outras		X		X						
2017	Cat 5/4	Estudo transversal; parte do Programa Social Change, Asthma and Allergy in Latin America (SCAALA)	1- B-Instrumento Experience of Discrimination (EOD); 2- Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20); 3- questionário sociodemográfico		X		X						
2017	Cat 6/4	Estudo qualitativo, técnica de amostragem bola de neve	1 - formulário de dados sociodemográficos		X		X				X		
2018	Cat 7/4	Panorama histórico utilizando o método misto, via pesquisa bibliográfica, documental e levantamento											X
2019	Cat 8/4	Estudo transversal, seleção amostral com abordagem consecutiva e técnica bola de neve.	1- World Health Organization Quality (WHOQOL-BREF); 2- Características sociodemográficas		X		X						
2020	Cat 9/4	Por meio eletrônico (Rede social), com divulgação on-line e questionários impressos; Análise via correlações de Pearson; análise de regressão (Método Enter); para mediação e moderação (H3 e H4) o macro PROCESS (versão 2.16); para a significância o bootstrapping (método computacional) e o teste de Sobel; Quantitativo	1- Escala de Microagressões Raciais de Gênero; 2- Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG-12); 3- Escala de Identificação com o Grupo; 4- Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR); 5- Questões sociodemográficas	X	X								
2020	Cat 10/4	Estudo qualitativo, Etnográfico, mediante observação participante						X	X				
2020	Cat 11/4	Estudo transversal, realizado com dados de notificação fornecidos por um sistema de notificação,	1 - ficha de notificação individual de violência interpessoal/provocada	X	X								
2021	Cat 12/4	Pesquisa bibliográfica, documental e levantamento										X	

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

#### 4.3.5 População participante

As informações sobre a saúde mental das mulheres negras brasileiras estão distribuídas principalmente entre estudos que retratam a condição de saúde da população em geral (26%) e estudos que tratam especificamente da condição das mulheres negras + mulheres negras universitárias (somadas 26%), seguido por estudos sobre mulheres mães em geral (10%), adolescentes (10%), mulheres e adolescentes (7%), população adulta (6%), e em menor proporção (3%) mulher(es), crianças e adolescentes, mulheres universitárias, mulheres negras e profissionais de saúde, assim como mulheres transexuais e travestis (3%), que não foram apontadas pelos estudos como fazendo parte das estatísticas da população em geral, ou do grupo mulheres.

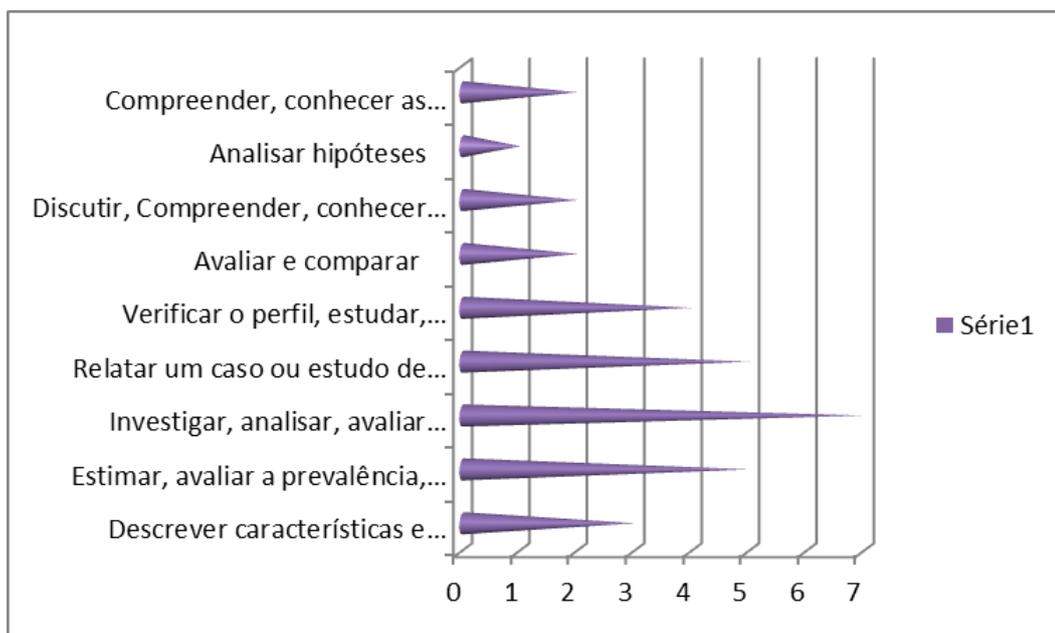
**Figura 8 - População participante.**



Fonte: elaborado pela autora (2023).

#### 4.3.6 Objetivo (s)

Os objetivos vão desde analisar, investigar associações, comparar, descrever o perfil, estimar prevalências, até coletar narrativas e relatar experiências sobre diversas formas de sofrimento mental.

**Figura 9** – Síntese dos Objetivos.

Fonte: elaborado pela autora (2023).

**Quadro 12 - Síntese dos objetivos detalhada.**

Descrever caract e fatores assoc	Prevalência Transtornos mentais comuns,
Estimar a prevalência e assoc fatores de risco	Prevalência Transtornos mentais comuns,
Investigar associações	Comportamentos sexuais n convencionais
Relatar um caso	Esquizofrenia/disforia de gênero
Analisa se há relação	Taxa de permanência hospitalar PQU
Verificar o perfil	Verificar o perfil hospitalar PQU
Estudo de caso	Neurosarcoidosis
Avaliar associação	saúde mental e estressores ocupacionais
Avaliar a incidência e prevalência de fatores associados	Qualidade de vida, depressão, ansiedade e estres
Avaliar e comparar	autoestima
Identificar prevalencia e fat assoc	Prevalência Transtornos mentais comuns
Comparar funcionamento e prevalência de medidas psicopatológicas	Problemas de saúde mental
Apresentar as condições sanitárias e de saúde, levantar o nível de conhecimento sobre algumas doenças com prevalência na população negra, discutir a variável “raça” na pesquisa em saúde	Condição sanitária, saúde, conhecimento e variável raça
Investigar os fatores associados	depressão
Estimar a prevalência e associação	transtornos mentais comuns
Coletar narrativas, vivências de racismo no cotidiano e sobre a escuta na terapia em díade birracial.	psicoterapia, raça, racismo, experiências e percepções
Narrar o relato de experiência de uma atendimento clínico	manejo clínico, repercussões do racismo
Relato de experiência profissional	relato de experiência
Discutir a respeito do cabelo afro-brasileiro, da sua inferiorização até seu empoderamento	sofrimento psíquico, reflexões sobre o adoecimento, autoestima, empoderamento
Analisar a hipótese de que a discriminação racial percebida estaria associada	discriminação racial percebida, percepção de depressão e sintomas depressivos racismo, depressão
Compreender as consequências	saúde mental, racismo, intolerância e discriminação
Estudar a violência doméstica, caracterizar mulheres em situação de aborto provocado e em processo de alta	saúde mental, aborto provocado, obstetrícia, violência doméstica
Investigar a depressão pós parto	sintomas depressão pós-parto
Investigar a associação entre TMCs e discriminação em nível pessoal e grupal relacionada a cor da pele.	transtorno mental comum e discriminação pessoal e grupal
Descrever como a intersecção de classe, raça e gênero molda	comportamento, experiências e iniquidades em saúde
Conhecer como influencia e como lidam os prof de saúde	influencia no direito a saúde, transtorno mental comum, racismo, sexismo, saúde mental
Estimar fatores associados ao	bem-estar psicológico
Avaliar o efeito	saúde mental, autoestima, microagressões raciais de gênero
Compreender as vivências	saúde mental, mães de crianças com zika vírus
Caracterizar o perfil das violências, vítimas, e dos prováveis autores de violências perpetradas	contra adolescentes, violências, vítimas e autores
Pensar uma prática equiparável da psicologia diante da violência racial e identificar consequências	consequências, violência racial

Fonte: elaborado pela autora (2023).

## 5. DISCUSSÃO

Considerando o que foi apresentado e através da análise dos estudos, é possível discutirmos de maneira relevante alguns pontos. O primeiro deles refere-se a reafirmar o quanto permanece incipiente a publicação de estudos que tem por objeto de análise a saúde e o sofrimento mental, especialmente no que se refere às mulheres negras brasileiras. Ainda que a estratégia de busca tenha sido abrangente, o resultado das buscas permanece corroborando com o que já foi exposto por outros estudos sobre o tema e que se refere a sua baixa produção científica (DAMASCENO; ZANELLO, 2018; WERNECK, 2016; MENEZES, et al., 2018). Ainda assim, vale destacar que houve um aumento de 300% no número de publicações se comparados os anos de 2019 e 2020 em relação aos anteriores (de 2005 a 2018). Os anos de 2021 e 2022 não foram analisados por esta perspectiva por que apenas a revista da ABPN foi inserida nesse período.

Menezes et al. (2018) entende haver um baixo índice de sistematização na produção científica nacional, o que pode estar relacionado à qualidade da produção em relação ao rigor metodológico, e que é entendido pela autora como uma barreira que compromete a participação brasileira no debate internacional. Já Werneck (2016) afirma que não há como saber os motivos do baixo índice de publicações, visto que estes podem estar relacionados ao desinteresse, à falta de estímulo, ou ainda estar associado a restrições explícitas das instituições de pesquisa, como as barreiras colocadas pelos conselhos editoriais, ou até mesmo pela combinação de tudo isso.

Aqui, já temos uma importante lacuna de pesquisa que pode ser reveladora em relação à produção científica brasileira ou latino-americana. Através desta revisão de escopo, identificamos que em âmbito internacional os principais conglomerados de publicações se situam: 1) na companhia multimídia internacional (Elsevier), 2) na editora mundial (Springer Nature Group), 3) a Sociedade Portuguesa de Psicologia, sediada em Portugal, 4) a International Society for Sexual Medicine, com secretarias nos Estados Unidos da América (EUA) e Holanda; e 5) uma organização independente, sem fins lucrativos com sede em Londres, Reino Unido. O desafio, nesses termos, seria pensar a internacionalização e o acesso à produção científica como engendrados por processos de autodeterminação político-científica em um campo de disputas e que tem uma dimensão geopolítica ainda pouco discutida (GOULART; CARVALHO, 2008).

No que cabe a produção nacional, uma lacuna identificada poderia ser o aprofundamento sobre a relevância do papel das Associações, que se mostraram um importante meio para publicação de conteúdos relacionados à saúde mental das mulheres negras brasileiras, seguido pelas Universidades, Institutos e Conselho de profissão.

Sobre os métodos de pesquisa utilizados, os estudos com utilização de método quantitativo (58%) se sobressaíram em relação ao qualitativo (29%) e quali-quantitativo (13%). Assim como, o uso de escalas de triagem. A escala SRQ-20 foi a mais utilizada. Trata-se de uma escala desenvolvida pela OMS, com o objetivo de avaliar transtornos mentais, em países periféricos (SANTOS, et al 2010). Além disso, 45% dos estudos utilizaram de maneira complementar questionários socioeconômicos. O que demonstra que os pesquisadores estão em grande número correlacionando à saúde e o sofrimento mental às condições materiais e sociais de existência. Porém, também é perceptível que não houve por parte dos pesquisadores um aprofundamento nas questões que envolvem análise de orçamento público, análise econômico-social, ou ainda alguma crítica contundente que discuta a perspectiva de classe, Estado-Nação, ou até mesmo, a política governamental e os tantos retrocessos que impactam os direitos sociais, as citações foram genéricas.

A crise econômica no mundo em suas dimensões sanitária, ecológica e econômica, acrescida da forma política Estatal no Brasil e intensificada por políticas ultraneoliberais tem expropriado os direitos sociais e a saúde tem sido bastante atacada. Carnut e Mendes (2023) chamam a atenção para além da crise capitalista de longa duração, após o crash de 2007/2008, às diversas ofensivas contra a Atenção Primária à Saúde (APS) desde 2020, à nova forma de alocação dos recursos federais do Sistema Único de Saúde (SUS) para os municípios, o “Previne Brasil”, enquanto contrarreformas para fortalecer o Estado Capitalista. De 2018 a 2022 a SUS perdeu R\$ 36,9 bilhões em financiamento, a emenda constitucional 95/2016 que congelou os gastos públicos por 20 anos permanece vigente, ou seja, fomos do subfinanciamento de décadas ao desfinanciamento (CARNUT; MENDES, 2020). E para Carnut e Mendes (2023) não é possível compreender esse cenário sem ultrapassar os limites factuais mais conjunturais. É preciso acrescentar que as pesquisas em saúde necessitam enfaticamente compreender esse cenário e a maneira de impacto nos direitos sociais e consequentemente na saúde e saúde mental da população em geral, com contornos muito mais dramáticos na vida da população negra.

Em relações aos objetivos contidos nos artigos alcançados por esta revisão, a maioria se colocou a analisar, investigar e estimar prevalência em torno do que foi descrito como TMC. Também chama a atenção o número de relatos de experiência.

Uma enorme lacuna reafirmada por este estudo é a quase inexistência de publicações que identifique as mulheres transexuais e travestis enquanto mulheres. Além de não terem sido apontadas pelos estudos como fazendo parte das estatísticas da população em geral, ou do grupo de mulheres, existe um silêncio ensurdecido em relação à sua existência, inclusive estatística. As mulheres trans ainda não são retratadas pela literatura científica como parte dos estudos gerais sobre mulheres, ganhando relevo a escassez de estudos tendo esse público-alvo (PANIZA; MORESCO, 2021). Para esta revisão, apenas dois estudos tiveram as pessoas trans como ponto de análise. Um de maneira explícita e outro numa lógica “médico-psiquiátrica experimental”, projetando a transexualidade ainda como sinônimo de transexualismo, demarcando a conotação de doença que necessita ser tratada de maneira medicamentosa (BALTIERI, 2009; ZUCCHI, 2019). Os estudos alcançados explicitaram que as mulheres trans negras encontram-se em piores condições dentre este grupo populacional.

Em seguida, vale destacar que esta revisão retratou majoritariamente as mulheres negras residentes nas regiões do Nordeste, em grande número no Estado da Bahia, e no Sudeste, que teve o estado de São Paulo em destaque. As regiões do Norte, Centro-Oeste e Sul foram minimamente alcançadas porque houveram estudos publicados que estenderam a abrangência para estes locais. E é justamente a Bahia, no Nordeste do país, que concentra 80,9% da população negra brasileira, onde, conforme observamos através dessa revisão, também se concentra o maior número de estudos publicados. Por isso, em alguns estudos com população nordestina ficou subtendido tratar-se de população negra, já que o estudo não detalhou necessariamente a raça/cor. Já São Paulo, região Sudeste, conta com 39,9% de população negra (DIEESE, 2022) e também despontou como segunda alternativa em relação ao número de publicações. Prevalece como lacuna a identificação do porquê desse fenômeno de concentração dos estudos nessas regiões específicas.

Identificamos que é possível encontrar informações sobre a saúde mental das mulheres negras brasileiras em estudos que têm essas mulheres como única população analisada, o que representa 26% dos estudos alcançados por esta revisão, mas também em estudos que tem a saúde da população em geral como público-alvo, ou seja, homens brancos, mulheres brancas, homens negros, crianças e adolescentes, exceto a população transgênero. Isso tanto ajuda

quanto dificulta a análise das informações, pois a condição específica das mulheres negras pode ficar prejudicada, assim como o aprofundamento sobre tal condição.

Ficou evidente o imbricamento entre saúde geral e saúde mental, assim como as condições sociodemográficas e a violência racial de gênero e classe a que mulheres negras permanecem expostas, enquanto determinando as condições da sua saúde ou sofrimento mental. De igual teor o impacto da precarização de países de capitalismo dependente (como o Brasil) em comparação a países de capitalismo central, ficando em destaque piores índices de saúde que impactam nas condições de vida e sobrevivência das mulheres negras.

Para uma melhor organização da discussão sobre os principais aspectos trazidos pela produção científica alcançada (conforme relatado no método) mostrou-se necessário a divisão dos estudos em quatro categorias: 1- sofrimento psíquico, sobrecarga e saúde mental; 2- resistência e território; 3- sobre nós mulheres negras; 4- violência racial de gênero contra todas as mulheres negras e posteriormente em subcategorias organizadas da seguinte maneira: a) questões de gênero e papéis sociais na vida das mulheres negras; b) a condição de vida, trabalho e classe; c) as violências, racismo, exclusão e estigmatização; d) os impactos e repercussões sintomáticos disso e) as formas de atenção ao fenômeno e as estratégias de resistência. Inicialmente será apresentado e discutido características gerais das quatro categorias e em seguida o detalhamento na seção Subcategorias.

**A categoria 1 (Sofrimento Psíquico, Sobrecarga e Saúde Mental)** teve 11 artigos incluídos. Desses, alguns se propuseram a identificar a prevalência de transtornos mentais comuns, suas características e fatores associados, outros, no entanto, se propuseram a avaliar a qualidade de vida, autoestima, saúde mental, estressores ocupacionais, perfil e a taxa de permanência de pessoas internadas ou moradoras de hospitais psiquiátricos, ou ainda relatar casos que envolvem a sexualidade, esquizofrenia e doença entendida como prevalente na população negra, como a neurosarcoïdose.

Vale destacar que grande parte dos estudos dessa categoria se concentrou em analisar, investigar e estimar a prevalência e a associação do TMC com as condições sociodemográficas das mulheres negras. Tal correlação mostra-se fundamental, porém, é necessário uma ressalva analítica ao termo. O TMC é identificado pela literatura como uma categoria nosológica que inclui sintomas depressivos não-psicóticos, se estendendo a estados de ansiedade, queixas somáticas, transtornos de humor, sintomas psicossomáticos como fadiga, insônia, irritabilidade, dificuldades de concentração e esquecimento, que são considerados transtornos somatoformes insuficientes para o diagnóstico de doenças mentais

(GOLDBERG; HUXLEY, 1992; MARCELINO; ARAÚJO, 2015). Sendo assim, o termo “transtorno” para relacionar pessoas em sofrimento mental parece necessitar de questionamento, uma vez que, a concepção predominante sobre pessoas entendidas com transtorno mental ainda confere condição de anormalidade, periculosidade, incapacidade e transgressão das normas morais sociais (CANDIDO et al., 2012). Tal fato se torna ainda pior quando há a associação da palavra “comum”, não alcançando a complexidade desse fenômeno social, conforme podemos também observar através dos resultados desta pesquisa.

As mulheres negras foram identificadas com maior prevalência para os sofrimentos mentais (TMC, qualidade de vida, saúde mental e estressores ocupacionais), à baixa renda, o empobrecimento, o baixo controle sobre o próprio trabalho, à alta sobrecarga doméstica, ser chefe de família, ter elevada demanda psicológica, baixa escolaridade, não ter nível superior ou estar em estágios iniciais de graduação, não manter algum tipo de atividade física ou de lazer, foram apontados como colaborando para isso.

Não foi encontrada associação significativa entre autoestima e cor ou raça autorreferida, por mais que jovens negras apresentem escores médios de autoestima inferiores ao de jovens não negras (ARAÚJO et al., 2005; ANSEMI et al., 2008; CAMPOS, 2019; MOUTINHO, 2019; SILVA; MONTEIRO, 2020; MONTEIRO et al., 2020).

No que se refere ao perfil e a taxa de permanência de pessoas internadas ou moradoras de hospitais psiquiátricos, um dos artigos identificou que as mulheres negras tiveram uma maior taxa de permanência hospitalar e que a idade preponderante foi entre 40 e 49 anos, viúvas ou divorciadas, morando com outras pessoas. Os estudos identificaram que as mulheres negras recebem menos visitas durante a internação. Também é retratado que a maioria dos internados foram pessoas brancas (60,29%), e que na condição de moradores os *pretos e pardos* representaram 38% e 36% respectivamente, são majoritariamente homens 62,17%, solteiros, de 35 a 49 anos. Já entre as mulheres pretas e pardas a faixa etária é de 50 a 64 anos.

É apontado também que a esquizofrenia, entre pessoas internadas ou moradoras de hospitais psiquiátricos, prevalece como principal diagnóstico, seguida por esquizotípicos e delirantes, e retardo mental. O que é chamado de retardo mental esteve presente em 36,3% das mulheres *pardas* e 35,2% das *pretas*. Os principais motivos da permanência da institucionalização são o transtorno mental ou as doenças clínicas (65,30%), não ter renda e para onde voltar (8,2%), dentre as mulheres no geral esse percentual é de 8,2%, entre as mulheres pretas 6,3%, o que difere significativamente das mulheres brancas com 4,7%. Um dos artigos entende como viés (limitação) de pesquisa, o fato de que as informações sobre

raça/ cor, dados clínicos e psiquiátricos vieram das anotações em prontuários, o que reafirma como lacuna a fundamental importância do quesito raça/cor e da seriedade e responsabilidade na coleta e autodeclaração. (BARROS et al., 2014; MACHADO; SANTOS, 2011). Existe lacuna em relação ao exposto devido a incipiência de estudos alcançados sobre o assunto.

**A categoria 2 (Resistência e Território)** corresponde a quatro artigos, sendo que o primeiro deles compara diferentes regiões do Brasil (Nordeste e Sudeste) e os outros três relatam as condições das comunidades quilombolas (realizados em 2007, 2015 e 2019), investigando, estimando e apresentando-as, de maneira a correlacionar com aspectos associados aos TMCs, depressão, condições sanitárias, de saúde, conhecimento, variável raça e condições sociodemográficas.

O primeiro estudo, realizado com crianças e adolescentes escolares em 2005, compara regiões do Sudeste e Nordeste brasileiro quanto aos problemas de saúde mental e conclui que há diferenças substanciais de prevalência entre os locais. Destaca, ainda, que meninas apresentaram taxas mais altas para sintomas emocionais (nos dois locais), enquanto em meninos, a questão foi à hiperatividade e o que é narrado como problemas de conduta. Conclui que crianças do município nordestino (pretas), apresentaram mais sintomas, porém, curiosamente, menor impacto sobre esses mesmos sintomas. O que leva a questionamentos por parte dos autores sobre o que as “protegeria”? Seria o ambiente rural? Seria um limiar mais baixo pra relatar sintomas? Ou ainda um limite mais alto para relatar impactos? (R-GOODMAN et al., 2005).

Os estudos que retratam as condições específicas de comunidades quilombolas, como por exemplo, o estudo de 2007, apontou que 94,08% da população nordestina se autodeclara negra e correlaciona isso com o trabalho de ressignificação realizado pelo movimento negro paraibano. Crianças e adolescentes mostraram-se como maioria numérica. Diz ainda que, por mais que haja equilíbrio numérico entre mulheres e homens, no grupo com mais de 60 anos as mulheres prevalecem consideravelmente (7,47% contra 4,79%). Com tal dado, podemos correlacionar desde já a necessidade de maior atenção ao envelhecimento das mulheres negras quilombolas, assim como, a importância de ações que fortaleçam a identificação étnico-racial enquanto fator de proteção à saúde mental. (SILVA, 2007).

Entre as mulheres, a hipertensão é um destaque importante, seguida por problemas de saúde mental que não foram especificados em detalhes pelo artigo. A desnutrição também é

apresentada como um grave problema. Desconhecem informações sobre doenças e agravos prevalentes na população negra. As condições das moradias são apresentadas como precárias, a fossa séptica enquanto principal alternativa para a maioria da população, casas em taipa ou madeira, falta de abastecimento de água e descarte de lixo (SILVA, 2007).

Em sequência, o estudo de 2015 não mostra diferenças estatísticas entendidas como relevantes para depressão, ainda que se apresente maior em mulheres do que em homens (13,4% das mulheres, 10,4% dos homens). Nesse estudo, os fatores que se associaram à depressão foram: autodeclarar-se como não negra; iniciar trabalho antes dos 16 anos; ter uma autoavaliação de saúde ruim/muito ruim; ter 41 anos ou mais; diagnóstico prévio de doença crônica, ter sofrido violência (física ou sexual) e não assistir televisão (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Já o estudo realizado em 2019, relata que três a cada dez adultos apresentaram TMC (29,61%), não especificando a maneira com que o fenômeno se apresenta nas mulheres negras, mas informando que os sintomas mais relatados por elas foram: sentir-se nervosa, tensa ou preocupada (71,2%) e assustar-se com facilidade (50,3%). Aqui, a idade de risco foi também entre mulheres com 40 anos ou mais e que não possuem renda financeira relacionada ao trabalho. Portanto, observamos uma crescente no que se relaciona a depressão, já que a depressão pode ser enquadrada como TMC. Porém, dada à incipiência de estudos no campo, este dado necessita de maior aprofundamento (MUSSI; ROCHA; ALVES, 2019). Também se necessário apontar como viés a incipiência de estudos alcançados sobre o assunto.

**A categoria 3 (Sobre Nós, Mulheres Negras)**, também corresponde a quatro artigos dedicados a coletar narrativas de e sobre mulheres negras brasileiras, em relação às suas vivências em psicoterapia, manejo clínico, sofrimento mental, diagnóstico prévio, adoecimento, repercussões do racismo e também seu empoderamento.

Os principais aspectos foram, por exemplo, a constatação de que a perda de pessoas próximas, familiares (assassinato), perda econômica, social, ser preterida em relacionamentos amorosos, sentir-se solitária e passagens da vida em que tenha havido situações entendidas como ameaçadoras, levaram algumas mulheres negras (universitárias e graduadas) a buscar por alternativas terapêuticas.

Um dos artigos, de 2019, desvela que as clientes negras têm a sensação de haver simbolicamente uma *parede de vidro* (enquanto ato de ser alheio às questões raciais), entre

cliente e terapeuta, em relações birraciais, ainda que existam relatos de alguns benefícios no processo terapêutico (GOUVEIA; ZANELLO, 2019).

O terapeuta é entendido (a) pela cliente como *sem formação para atender clientes negros*, pois, ignora a violência e os atravessamentos do racismo, o que é visto como uma psicologia colonizada, em que se pratica o racismo por omissão. Há uma ausência de abordagem sobre questão racial, tanto pelo terapeuta, quanto pela cliente, que parte do pressuposto de que o terapeuta não iria dar conta de compreendê-la, por isso nem chega a falar (GOUVEIA; ZANELLO, 2019).

Existe ainda um descontentamento com os serviços terapêuticos recebidos, já que a relação terapêutica é tratada no universal e não no específico, como se fosse um encontro entre "dois seres humanos" supostamente iguais (GOUVEIA; ZANELLO, 2019).

O segundo artigo é narrado por uma terapeuta que se identifica como branca-asiática, atendendo duas mulheres negras universitárias. A terapeuta analisa haver inicialmente um distanciamento afetivo e corporal por parte das clientes negras, com *respostas curtas, pouco contato visual, falta de espontaneidade ao manifestar emoções, expressões corporais e verbais de raiva, expressão facial agressiva e rigidez na forma de falar* o que em determinado momento do processo terapêutico *provoca sentimentos de medo na terapeuta*, sentimento este que diminui à medida que a paciente passa a demonstrar sua vulnerabilidade e sensibilidade (TAVARES, J. S., KURATANI, S.M.A., 2019).

A terapeuta analisa que foi criado vínculo com as clientes *apesar das repercussões do racismo*, por entender que o racismo dificulta tal estabelecimento. Parte do pressuposto de que mulheres negras têm uma representação de si como *inferior, desagradável, inadequada, sensação contínua de não pertencimento, além da percepção do mundo como potencialmente violento*, e que isso impacta no estabelecimento de vínculo com o terapeuta. Acredita que o *sucesso* do processo terapêutico vai depender do *letramento racial* do terapeuta numa perspectiva antirracista e do *momento* que o (a) paciente se encontra em *seu* processo de tornar-se negro.

Como técnica, salienta que a estratégia de explorar trivialidades, como *falar sobre assuntos menos aversivos, mais triviais*, permitiria *respostas genuínas e espontâneas e contato com o próprio relato* para pacientes que não referem ou não associam sua baixa autoestima, desesperança e ansiedade social ao racismo estrutural, interpessoal. Já quando pacientes apresentam a experiência de racismo entende que a estratégia de abordar outros

assuntos pode ser interpretada *como forma de desqualificação da sua queixa*, o que inviabiliza a continuidade do processo terapêutico. Diz, ainda, que *evitar abordar a questão racial pode ser interpretado como punição*. Acredita que dessa maneira, houve o estabelecimento de relação de confiança, e que a sua *audiência não punitiva, livre de julgamentos, comparações, desqualificações*, colaborou para isto. Além disso, fala da importância da identificação do racismo como origem do sofrimento psíquico. (TAVARES; KURATANI, 2019).

O referido estudo avança ao debate trazendo elementos analíticos bastante significativos, ainda que não se aprofunde no porquê do medo por parte da terapeuta, assim como, sobre a existência real da violência constante e concreta na vida de mulheres negras, o que as coloca potencial e justificadamente em alerta e que é reafirmado através dos dados introdutórios dessa revisão.

O terceiro artigo (2020), desta vez em um contexto de USF com usuárias classificadas como mulheres negras, pobres, idosas e trabalhadores da saúde, quando narrado enquanto experiência de trabalho, foi trazido como tendo produzido campo de visibilidade ao *dispositivo horta*, enquanto maneira de oferta de cuidado para além das prescrições alopáticas, capaz de gerar encontros, conexões e um saber-saúde plural, com potencial de ressignificar as cidades, os desperdícios e sobras, enquanto parte da produção de saúde. Nessa concepção a colaboração para com a saúde mental das usuárias é trazida numa perspectiva extramuros, que interage com o território e que repercute sobre ele e que também sofre influências positivas (enquanto instituição) construídas em relação (DANIELEVICZ, 2020). Pensar promoção e produção de saúde mental em território (extramuros institucionais) se mostra uma estratégia com potencial revolucionário. Lancetti (2008) defende a necessidade de “deformação” enquanto condição *sine qua nom* para formar um operador de saúde mental, diz que é preciso superar o senso comum e o bom senso, estar aberto para pensar e entender a formação como combate. E entender ainda que o processo de produção de saúde mental seria talvez o que tem o potencial de nos unir.

O último artigo da categoria (2022) discute a relação da mulher negra com o seu cabelo, partindo da sua *inferiorização* ao seu *empoderamento* em interface com o sofrimento,

entendendo que o processo de negar uma parte de si acarreta problemas de ordem emocional, demandando noções de saúde pautadas na afrocentricidade<sup>16</sup> (AMBROSIO, 2022).

**A categoria 4 (Violência Racial de Gênero Contra Todas as Mulheres Negras)**, avança o debate em torno do racismo enquanto violência estrutural. Fizeram parte 12 artigos, que discutiram a percepção da discriminação racial, da intolerância, da violência racial e do sofrimento mental na vida de mulheres negras gestantes, mães, transexuais, em situação de aborto provocado e sofrimento mental. Esta categoria será detalhada na discussão em correlação com as subcategorias por ter sido compreendida como basal à compreensão do cenário e da pergunta de pesquisa.

**Subcategorias analíticas:** a) questões de gênero e papéis sociais na vida das mulheres negras; b) a condição de vida, trabalho e classe; c) as violências, racismo, exclusão e estigmatização; d) os impactos e repercussões sintomáticos disso e) as formas de atenção ao fenômeno e as estratégias de resistência

**Subcategoria a) *Influência das questões de gênero e papéis sociais*** na vida das mulheres negras, assim como, a sua condição de vida e trabalho:

O gênero é considerado em um dos estudos como capaz de assumir várias formas a depender da presença ou ausência de fatores, como renda e privilégios para proteger as ditas "responsabilidades de gênero". Mas que, mesmo diante de "privilégios-protetivos", vivenciam desigualdades em relação aos homens, porém, não dá mesma maneira, a exemplificar o trabalho doméstico enquanto experiência racializada de gênero (HOGAN; et al., 2017).

Os papéis sociais enquanto construção social, com divisão do trabalho no interior das famílias, demonstrou afetar as mulheres negras, de forma a colaborar para prevalência maior de TMC (ARAÚJO et al., 2005). Estas mulheres foram apontadas *com maiores responsabilidades e alta sobrecarga doméstica* (CAMPOS et al., 2019), o que inclui o trabalho com o cuidado, seja de crianças, adultos, ou ainda crianças que cuidam de crianças (MONTEIRO et al., 2020), o que dispende tempo, custa o lazer, o autocuidado, a melhor condição educacional, redução do estresse, manutenção da saúde, podendo, ainda, sobrecarregar seus recursos econômicos e psíquicos. A complementar, as mulheres negras estendem a responsabilidade de gênero sobre o cuidar para o seu grupo racial inteiro, sejam

---

<sup>16</sup> A afrocentricidade é compreendida nesse artigo como uma maneira de humanidade afro-diaspórica que produz práticas civilizatórias e de liberdade que desloque as identidades negras de um processo de marginalização para a centralidade, rompendo com padrões hierárquicos.

estes membros da família, parceiros e/ou comunidade, alcançando, portanto, filhos, pais, namorado, marido, família extensa, preocupações com a vizinhança, comunidade e grupo racial (HOGAN et al 2017).

Já na infância, as meninas negras são colocadas em maior exposição e risco. É enfatizado que as taxas são mais altas para sintomas emocionais tanto em meninas (brancas) do Sudeste, quanto em meninas (negras) do Nordeste (R-GOODMAN et al., 2005), e que a primeira fase do ensino fundamental é propícia a maior exposição às situações de discriminação e desigualdade (SILVA, 2007). As crianças são as que mais sofrem em relação ao ciclo de pobreza criado e perpetuado, quando as mulheres negras são restritas de acessos. A pobreza acaba por ser transmitida de geração em geração, ou seja, ciclos de intergeracionalidade (HOGAN; et al 2017).

As mulheres negras de comunidades quilombolas demonstraram prevalência para depressão, incluindo hipóteses de reação biológica ao estresse, dupla jornada de trabalho e estratégias de enfrentamento menos eficazes para combate. Também foram entendidas como mais “cumpridoras do papel atribuído ao feminino” em relação aos cuidados com o lar e com a família. Apresentaram posturas interpretadas como mais submissas, com enfrentamentos mais individuais (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2015). Inclusive, a submissão da mulher ao homem a coloca em posição de aceitar sem questionar, até mesmo no que se refere a relações sexuais desprotegidas (DINIZ et al., 2011).

E na condição de gestantes, as mulheres negras são compreendidas como imersas a um duplo processo de exposição, que é o fato de estar grávida, acrescido pela exposição ao racismo (GUIMARÃES; PODKAMENI, 2008).

A solidão da mulher negra é destacada, assim como a sua situação conjugal. O não acesso aos atendimentos voltados à saúde (sejam eles públicos ou privados), a visão negativa envolta à sexualidade, o grau de maternidade elevado. O que demonstra que estas mulheres são mais afetadas ou propícias a experienciarem contextos vulnerabilizantes (SILVA; CHAI, 2018).

O regime de comportamento, postura e estética também é imposto sobre o corpo das mulheres com mais intensidade, e de maneira particular e comum às mulheres negras. Afeta a maneira com que esta mulher constrói a relação (histórica), especialmente com o seu cabelo. Relação que é atravessada pelo processo de subjetivação e produção de identidades (AMBROSIO et al., 2022).

Nessa perspectiva, nos cabe fortalecer a máxima de que as histórias de sofrimento e adoecimento físico, moral e psíquico guardam relação intrínseca com violências de classe, gênero e étnico-raciais que se arrastam pela contemporaneidade, ainda que com roupagens mais sofisticadas. Além de reafirmar que de maneiras atroz, as relações de gênero permanecessem racializadas (COSTA; ROSA, 2021).

**Subcategoria b) a condição de vida, trabalho e classe**, em síntese, a maioria dos estudos destacaram a renda ou a falta dela como problemática.

Um dos artigos entende que as vias de sofrimento a que mulheres negras com baixa renda estariam expostas são o racismo, a discriminação de gênero e classe. Dizendo ainda que, mulheres afro-brasileiras de renda média e alta estariam expostas apenas ao racismo e a discriminação de gênero, e a pouca ou nenhuma discriminação de classe (HOGAN et al 2017). Porém, reafirma que o racismo está presente nesse processo histórico de exclusão, o que acaba por afetar mulheres negras de todas as classes. No quesito raça, ensino superior ou renda não as protege. Já que a concepção é a de que todas são pobres e sem instrução (a sua cor chega primeiro) e as tratam com menos consideração, o que faz com que as mulheres negras tenham que investir tempo e energia provando merecimento e em seguida, estas mesmas mulheres passam grande tempo se recuperando dos estressores dessas experiências (HOGAN et al., 2017).

Ter acesso à renda, ainda que média, fornece algumas ferramentas como acesso à educação e recursos pra montar uma defesa. Já quando de baixa renda, os recursos para desafiar a discriminação ficam praticamente inviáveis (HOGAN et al., 2017).

Ter renda é entendido como protetivo em relação a ter a sua capacidade de sobrevivência inalterada por contingências diversas, já que essa renda serve para sustentar muito além dela mesma.

A renda também é trazida como definidora em relação ao local onde esta mulher vai viver. Quando a renda é baixa, o seu destino são as periferias da cidade, limitando os seus acessos a melhores empregos, prejudicando o tempo para chegar ao trabalho, o que vai afetar diretamente o tempo para cuidado com os seus (filhos, etc.). Por vezes, terá dificultado o acesso a uma melhor infraestrutura, mesmo que básica (como banheiro com encanamento), energia elétrica, saneamento adequado, acesso a serviços de saúde (HOGAN et al., 2017).

Vale destacar, com efeito, no que se relaciona ao aborto provocado, um dos estudos enfatizou que quase metade da amostra não tem qualquer fonte de renda e as demais exercem

atividades de baixa remuneração, o que leva a dependência total ou parcial do companheiro ou familiares e que a situação econômica foi apontada como o principal motivo alegado para abortar. O segundo motivo foi à vivência da violência doméstica, seguido pela pouca idade e por atrapalhar planos futuros (DINIZ et al., 2011).

Um segundo estudo trouxe também que em relação à depressão pós-parto, a prevalência em países desenvolvidos é menor (CORREA et al., 2016). Portanto as condições socioeconômicas interferem diretamente nos desfechos de países de capitalismo dependente e tardio.

Houve o apontamento de maior prevalência de TMC entre mulheres com idade maior ou igual a 40 anos e que não possuíam renda financeira relacionada ao trabalho (MUSSI; ROCHA; ALVES, 2019). Um outro estudo relata que mulheres negras exercem um baixo controle sobre o próprio trabalho com alta demanda psicológica, o que foi associado ao maior risco para adoecimento físico e mental (CAMPOS et al., 2019).

As juventudes negras não estão isentas, ao contrário, são localizadas juntamente com os fatores de não acessibilidade à saúde, educação e moradia e fazem parte de um círculo vicioso que impede jovens negros de chegarem na faixa etária adulta em plenas condições de disputar um espaço no mercado de trabalho, caracterizado pela competitividade (SILVA; CHAI, 2018).

Aspectos que relacionam infecções, epidemias, pandemias, com influência nacional, internacional ou global, também foram abordados. Um dos estudos enfatizou as condições de vida de mulheres negras que tiveram os seus filhos contaminados pelo Zika Vírus e estes acabaram por nascer com microcefalia. Essa infecção atingiu principalmente regiões pobres, entre pessoas com marca histórica de falta de acesso e recursos para diagnóstico e cuidado em saúde (SILVA, D.A; SILVA, E.Q, 2020).

Fechando a subcategoria, é abordado que histórias de sofrimento e adoecimento físico, moral e psíquico mostram-se fundadas nas violências de classe, gênero e étnico-raciais. E que a partir do colonialismo, se concebeu maneiras de expressão e entendimento, assim como, linguagem e ciência. Defende que do ponto de vista emocional, econômico, cultural, sanitário, programático, educacional, profissional e de cidadania, a população negra terá diversos prejuízos. Identifica que as mulheres negras no país experienciam um *sofrimento ético-político*, ou seja, caracterizado pela sua situação social. Situação essa de uma sociedade conflituosa, que abarca as violências que as ferem, especificamente na vivência enquanto

sujeitos em posição subalterna no processo de luta de classes. E que por mais que o feminismo, principalmente o feminismo negro, permaneça lutando pela saúde das mulheres negras, seus objetivos ainda não foram alcançados (COSTA; ROSA, 2021).

**Subcategoria c) violências, racismo, exclusão e estigmatização**, essa subcategoria organiza informações que relacionam a saúde mental de mulheres negras com violências que vivenciam pela vida, alguns destaques se mostraram essenciais. Mais uma vez, às violências se mostram presente em todos os aspectos e fases de vida das mulheres negras brasileiras.

A violência racial perpetrada pelo racismo brasileiro tem na branquitude sua porta de ação e costuma ser minimizada ou não reconhecida. A distinção à brasileira tem características específicas, que este estudo classifica como baseadas em traços fenotípicos como cor da pele, nariz, lábios, cabelo, origem regional e social e que sustenta o mito da democracia racial (TAVARES; KURATANI, 2019).

Partindo da infância, o estudo relata que as crianças negras costumam ter, na escola, as primeiras experiências de identificação e diferenciação racial, e interiorizam o ensinado, inclusive sobre seus antepassados. Normalmente, as crianças negras têm acesso a informações pouco aprofundadas sobre suas origens e descendência, que nesses espaços costumam ser projetado por dois vieses, ou que descendem de povos bárbaros, não civilizados e que foram escravizados por um longo período de tempo ou convivem com um pacto de silenciamento. O estudo também retrata que essas crianças recebem menos contato físico e cuidado por parte dos professores, apontando para práticas de rejeição de abraço, beijo, carinho ou olhar, produzindo uma eliminação simbólica, material e pessoal de tudo que representa ser negro, visto que a branquitude é fóbica (AMBROSIO et al., 2022). Outro estudo que também reflete sobre o ser criança negra, identifica que tal criança é refletida por estereótipos e exposta a uma “*situação conflitual traumatizante*”, que se mantém durante a vida de forma constante e cumulativa, e que quando transborda as capacidades adaptativas instala-se uma situação traumática (GUIMARÃES; PODKAMENI, 2008).

A estereotipação da pessoa negra é, dessa forma, associada a tais características tidas como inferiores e subalternas, e a sua existência é condicionada a viver em constante conflito com a supremacia branca. Suas características são ridicularizadas e associadas ao que é feio (ou exótico, exagerado). Os autores nomeiam esse fenômeno como *esquema corporal epidérmico-histórico-racial* construído a partir dos estereótipos negativos atribuídos ao corpo negro, carregando sinônimos de *hierarquias representativas, símbolos de status, poder e riqueza de grupos étnicos diferentes* (AMBROSIO et al., 2022).

Por viverem experiências racistas relacionadas ao cabelo, já que o cabelo africano passou a ser representado como símbolo de *primitividade, desordem, inferioridade e não-civilidade, cabelo-ruim*, as mulheres negras optaram por mudar sua própria estrutura capilar, através de alisamentos, como uma forma de romper com o sofrimento e com situações explicitamente racistas. Porém, alisar os cabelos não impede que o racismo opere em seus cotidianos. Tais manifestações de racismo, a partir dessa projeção do mundo dos brancos via estereótipos inferiorizantes, discriminatórios e excludentes, produzem violências físicas, simbólicas e, sobretudo, civilizatórias que marcam emocionalmente as pessoas negras, distorcendo os sentimentos e as percepções de si (AMBROSIO et al., 2022). São mulheres que não têm direito nem mesmo às suas características de personalidade, pois, são automaticamente engendradas em um paradigma social que alicerça uma grande carga simbólica, tendo como consequências diretas a violência física, psicológica e a exclusão (SILVA; CHAI, 2018).

Ainda na chave do racismo, as instituições brasileiras retroalimentam princípios entendidos pelo estudo, como seguindo padrões eugênicos e profiláticos que ainda se referenciam ao final do século XIX, silenciando formas particulares de existência (BARROS et al., 2014).

É cabível, mais uma vez apontar, que a segunda principal causa mais identificada como motivo para o aborto, conforme identificado nesta revisão, é a violência doméstica, e que a maioria das participantes do estudo apresentaram histórias de violência (psíquica, física e sexual) praticadas pelo cônjuge, e inclusive, metade delas vivenciaram violência ainda durante a gravidez (DINIZ et al., 2011). O aborto permanece criminalizado no Brasil, e tal criminalização é protegida pelas instituições, que na chave Basagliana podem continuar sendo pensadas como *instituições da violência* (BASAGLIA, 1985).

As mulheres trans e travestis sofrem violência simbólica como um tipo invisível de agressão que acontece através da dominação de grupos privilegiados sobre grupos socialmente estigmatizados. Tais relações de poder resultam em agressões e vitimização das ditas minorias no ambiente familiar, institucional, político e econômico. Essa violência se manifesta na vida das mulheres trans e travestis as ceifando em diversos campos. Neste estudo, conclui-se que não ter endereço fixo, ter menor escolaridade, estar insatisfeita com as relações pessoais, suporte de amigos ou procedimentos transexualizadores realizados, ter sofrido violência verbal ou sexual e estar em situação de cárcere, interfere de maneira negativa em suas vidas (ZUCCHI et al., 2019). As relações de poder mostram-se assimétricas nesse grupo, refletidas sem diferenças no status socioeconômico e no acesso a bens e serviços

(MARTINS; LIMA; SANTOS, 2020). A vida e sofrimento das mulheres trans necessita de fortes holofotes, tamanha as barbáries a que estão expostas cotidianamente.

Dado o contexto, as violências se fazem presentes na vida das mulheres negras, desde o sequestro em África, a vinda e vida na terra de Vera Cruz, passando pelo período colonial e imperial, quando foram trazidas amontoadas em condições paupérrimas e precárias, para servirem de mão de obra escravizada. O que não pode ser visto como uma violência isolada, pois foram arrancadas de suas terras, juntamente com os homens negros, seus laços familiares e fraternais foram rompidos, assim como hábitos, suas religiões, e outros aspectos culturais distintos, para serem tratadas como objetos, como mercadoria de uso geral, inclusive sexual. A violência permanece após a Independência e Proclamação da República, uma vez que não houve ações com caráter de inclusão e reconhecimento social. Apenas a legalidade foi aplicada, não tornando mais possível formalmente à escravidão (SILVA; CHAI, 2018).

Outro estudo pontua que, por muito tempo, as diversas violências cometidas contra mulheres negras davam-se por invisíveis e inexistentes, e que a violência de gênero só passou a ser entendida como atravessamento concomitante e paralelo à violência de raça na vida de mulheres negras no século XX, tornando-se evidente a partir da década de 1970, com o surgimento da terceira onda do feminismo – em que o recorte de raça é levado para dentro do debate de gênero nos movimentos feministas, havendo um aumento na visibilidade e no reconhecimento das segregações vivenciadas entre tais mulheres. Esse contexto reafirmou que na construção subjetiva das mulheres negras está presente a violência racial e também de gênero, tratando-se de uma subjetividade afetada pelo racismo. Isso se expressa de três formas: institucional, intersubjetivo e internalizado. A mulher negra enquadra-se no grupo que mais sofre violência e que mais está em estado de vulnerabilidade (COSTA; ROSA, 2021).

#### **Subcategoria d) *impactos e repercussões sintomáticos***

Chama muito a atenção o estudo que discorre sobre a prevalência de problemas de saúde mental e compara municípios do Nordeste e Sudeste brasileiro, concluindo que as crianças (pretas) da Ilha da Maré, apresentaram mais sintomas, porém menor impacto desses sintomas. E que nas meninas, de ambos os locais, as taxas foram mais altas para sintomas emocionais (R-GOODMAN et al., 2005).

Ao apresentar as condições sanitárias e de saúde de uma comunidade quilombola, levantar o nível de conhecimento sobre algumas doenças com prevalência na população negra e discutir a variável “raça” na pesquisa em saúde, este o estudo de Silva (2007) concluiu que

existe uma baixa qualidade de vida em razão das péssimas condições higiênico-sanitárias. A hipertensão e problemas mentais se destacaram entre as mulheres, a desnutrição mostrou-se como um grave problema e desconhecem informações básicas sobre doenças e agravos, ainda que utilizem de conhecimentos ancestrais para cuidar das pessoas da povoação (SILVA, 2007).

Ao estimar a prevalência de TMC e sua associação com as características sociodemográficas, estilo de vida e doenças crônicas em adultos quilombolas, este estudo (2019) concluiu que os sintomas mais relatados de TMC entre as mulheres foram sentir-se nervosa, tensa ou preocupada (71,2%) e assustar-se com facilidade. Houve maior TMC entre mulheres com idade maior ou igual a 40 anos e que não possuem renda financeira relacionada ao trabalho (MUSSI; ROCHA; ALVES, 2019).

Sobre as narrativas de pessoas negras atendidas por psicoterapeutas brancos (a), suas vivências de racismo no cotidiano e sobre como se deu a escuta na terapia em díade birracial por mulheres negras, estudantes graduadas ou pós-graduadas, a ausência de abordagem das questões raciais, foi ressentida pelas mulheres como uma limitação do (a) psicoterapeuta. Com psicoterapias que variavam de um a 10 anos, poucas das entrevistadas tiveram contato com terapeutas negras. Relatam um fenômeno que foi intitulado como parede de vidro durante o processo terapêutico, ou seja, o terapeuta branco (a) alheio às questões raciais. Há transferência/relação terapêutica inter/intra-racial e descontentamento com os serviços terapêuticos recebidos, entendendo que a relação terapêutica é tratada no universal e não no específico, como um encontro entre “dois seres humanos”. Apesar da inexistência do viés racial nas psicoterapias relatadas, nenhuma das mulheres percebeu racismo na situação terapêutica e todas relataram algum benefício, mesmo que mínimo (GOUVEIA; ZANELLO, 2019).

Ao narrar a própria experiência de trabalho em terapia, enquanto terapeuta branca-asiática, atendendo clientes negras universitárias (2020) e utilizando técnicas de trabalho específicas, retrata inicialmente ter havido distanciamento afetivo e corporal por parte das clientes, resposta curta, pouco contato visual, falta de espontaneidade ao manifestar emoções, expressões corporais e verbais de raiva, expressão facial agressiva, rigidez na forma de falar, frases curtas e manifestações corporais que provocaram sentimentos de medo na terapeuta. O desenvolvimento da relação terapêutica mudou ambas (paciente-psicóloga).

Entende que o sucesso da técnica vai depender do “letramento racial” do terapeuta numa perspectiva antirracista e do momento que o paciente se encontra em seu processo de

tornar-se negro. O vínculo foi criado apesar das repercussões do racismo que fazem com que se tenha dificuldades em estabelecê-los, já que a terapeuta analisa que existe por parte da população negra uma *representação de si como inferior, desagradável, inadequado, sensação contínua de não pertencimento, além da percepção do mundo como potencialmente violento*, o que influencia no estabelecimento de vínculo com o terapeuta (TAVARES; KURATANI, 2019).

O estudo projeta a necessidade de uma prática profissional em psicologia no mínimo equiparável diante à violência racial sofrida pela população negra brasileira, buscando identificar as principais consequências da violência racial, de gênero e de classes que atingem as mulheres negras, de modo a compor suas subjetividades. Os efeitos psicossociais na mulher negra que sofre o racismo podem ser entendidos através de *mecanismos psíquicos de defesa, como o da negação e a identificação com o agressor*. Tais mecanismos ocorrem para manter a integridade psíquica e intersubjetiva (TAVARES; KURATANI, 2019).

Um segundo efeito pode ser o de dilaceramento psíquico, no qual tais mulheres vivenciam a violência de modo catastrófico, necessitando de ajuda para se refazer do trauma experienciado a partir de terapia individual, familiar e uso das políticas públicas (COSTA; ROSA, 2021). Quando há, então, uma produção social e cultural em função de lutar e desvelar o racismo, isso pode afetar as pessoas negras positivamente, o que possibilita o fortalecimento psíquico e político, além de oferecer ao indivíduo branco a consciência do lugar beneficiário que ele ocupa na sociedade e como esses privilégios perpetuam o lugar dos negros na linha de frente das desigualdades e violências (COSTA; ROSA, 2021).

Nesta subcategoria também é retomada um relato de experiência em que se apresenta o percurso de uma horta comunitária enquanto dispositivo terapêutico utilizado especialmente com mulheres negras, usuárias de uma USF, e a horta constituiu-se como um dispositivo potente. O termo loucura foi sendo dissolvido e ampliado micro politicamente. O dispositivo horta na Atenção Primária à Saúde (APS) foi reconhecido pela equipe da USF e comunidade como produzindo saúde e deslocando conceitos hegemônicos, arraigados, estimulando, inclusive, com que as participantes quisessem estudar as propriedades medicinais das ervas (re)conhecidas. Houve construção de vínculos, cultivo de plantas medicinais, redução no consumo de medicações alopáticas e produção de legumes e frutas para a alimentação das participantes (DANIELEVICZ, 2020).

Havia história de busca frequente por consultas, embora com baixa resolutividade em termos de diminuição de sintomas. O processo reverberou-se em risos, brincadeiras e

autonomia, inclusive, para diminuir as prescrições institucionais de medicação alopática. Corresponsabilização com as situações existenciais das pessoas, alerta para o uso de fitoterápicos com foco na centralidade da pessoa e seus contextos sociais, a partir de uma visão ampliada de saúde, estímulo ao cuidado de si e da participação ativa na comunidade (DANIELEVICZ, 2020).

Sugere que se pense os fitoterápicos como fruto de conhecimentos indígenas, quilombolas e científicos para que seja administrado no cotidiano. A possibilidade de ofertar outras maneiras de cuidado para além das prescrições alopáticas é resistência à indústria farmacêutica e também alimento e autonomia para quem produz e inventa devires (DANIELEVICZ, 2020).

Quando discutido sobre o cabelo afro-brasileiro seguindo um caminho desde a sua inferiorização até o seu empoderamento, abordando em interface o sofrimento psíquico de uma jovem negra (2022), conclui-se que negar uma parte de si acarreta outros problemas de ordem emocional, e que buscar ajuda profissional e medicamentosa nos momentos mais graves do adoecimento foram imprescindíveis para a recuperação.

O cabelo crespo, antes tido com negatividade e insatisfação, passa a figurar como elemento de representatividade e pertencimento (AMBROSIO et al., 2022).

Ao analisar a hipótese de que a discriminação racial percebida estaria associada à depressão e sintomas depressivos em adolescentes de área urbana brasileira, sendo a maioria mulheres pretas entre 18 e 21 anos, de baixo nível socioeconômico (2007), os sintomas relacionados à alimentação e anedonia se mostraram mais prevalentes do que planos suicidas e baixa autoestima, ou seja, a percepção de discriminação racial foi um fator de risco potencial, porém não de maneira significativa para autoestima (SANTANA et al., 2007).

Buscando compreender as consequências do racismo, intolerância e discriminação na saúde mental de gestantes negras através da análise de uma estratégia interventiva de rede grupal coletiva com fins terapêuticos, reparadores e profiláticos (2008), foi identificado ter, por parte das mulheres negras relatadas, uma postura onipotente ou um retraimento como forma de defesa. Ressalta um elemento que não estava evidente ou “consciente” na metodologia do projeto e que é apresentado como categoria psicológica: a Resiliência Negra.

O estudo apoia-se nos fatos de que há um maior índice de mortalidade entre as mulheres negras, menos chances de passar por consultas ginecológicas completas, consultas

de pré-natal e exames ginecológicos no pós-parto, recebem menos anestesia no parto e menos informações sobre os sinais de parto (GUIMARÃES; PODKAMENI, 2008).

Objetivando estudar a violência doméstica em mulheres em situação de aborto provocado e em processo de alta que estavam internadas (2011), um dos estudos conclui que as repercussões na saúde mental geral foram sintomatologias depressivas como o TEPT, complicações para a saúde, como secreção fétida (32,6%), hemorragia (82,9%) e infecção (29,3%). O estudo mostra associação do aborto com sintomas de estresse pós-traumático, imagens em flashback que fazem reviver o trauma e a culpa em 35,2% das mulheres que não vivenciaram violência, já naquelas com história de violência foi 66,6%, e naquelas com violência na gestação atual 83,6%. Foi identificado sentimento de desamparo e impotência maior em mulheres com história de violência; 17,6% e 29,4% apresentaram distúrbio do sono, sonhos que se repetiam, entre as com violência atual, sobe para 62,2 e 45,9%. A sensação de reviver o trauma gera angústia e sofrimento psicológico intenso e como consequência isolamento social, improdutividade no trabalho e piora na qualidade de vida (DINIZ et al., 2011).

Ao investigar a depressão pós-parto em municípios do Nordeste e da Amazônia (2016), foram avaliadas 3060 mulheres e dessas 597 (19,5%) relataram sintomas de depressão pós-parto, não houve, no entanto, diferença significativa entre as regiões. A prevalência de Depressão Pós-Parto (DPP) nessa população é maior em comparação com países desenvolvidos (CORREA et al., 2016).

Investigando a associação entre TMCs e discriminação em nível pessoal e grupal relacionada à cor da pele (2017), em mães negras com baixo apoio social, relataram TMC mais frequente (33,9%). No geral, 38,3% das entrevistadas relataram sintomas de TMCs; 8,5% relataram sofrer alta discriminação racial e 41,6% informaram ter grandes preocupações a respeito da discriminação.

Não foi encontrado diferença estatística para a associação entre discriminação e TMC de acordo com a cor da pele. Entre as mulheres pardas altamente expostas às experiências discriminatórias, a prevalência de TMC foi maior. O efeito da discriminação sobre os TMCs foi menor entre as mulheres negras, sugerindo que estas desenvolveram outras estratégias de enfrentamento ao racismo. E o questionamento dos autores gira em torno de pensar que é um paradoxo a menor prevalência de sofrimento psíquico em mulheres negras em comparação com as que se identificam como pardas. Estariam às mulheres negras mais acostumadas a lidar com experiências estressantes, e por estarem mais expostas a adversidades, estariam

aprendendo a adotar um estilo de autorregulação emocional mais flexível? O estudo também entende haver pouca consciência negra entre “mulatos” brasileiros (pessoas que ainda se identificam como mulatos) e maior consciência entre os que se identificam negros (FATTORE et al., 2017).

Um dos estudos defende a necessidade de buscar estratégias para melhorar a saúde mental e a qualidade de vida dos estudantes de medicina (70,4% brancos), bem como métodos para ajudá-los a enfrentar os fatores desencadeadores para uma melhor forma de viver durante a faculdade. Os níveis de qualidade de vida e saúde mental permaneceram em sua maioria estáveis, os problemas de saúde mental são de natureza cíclica e fatores basais como depressão, ansiedade, estresse, baixa renda e ser do sexo feminino, assim como, estar em estágios iniciais de formação médica, e não ser branca, foram associados à pior saúde mental e qualidade de vida (MOUTINHO, 2019).

Objetivando descrever como a intersecção de raça, classe e gênero, moldou o comportamento das mulheres negras em relação às suas experiências e iniquidades em saúde, o estudo descreve que não houve registro consistente de formas de privilégio na vida das mulheres negras, perpetuou-se o predomínio de uma hierarquia de valor entre os grupos, já que sua posição é socialmente produzida e mantida pela distribuição seletiva do privilégio e este por sua vez está de forma onipresente na vida das mulheres brancas. Além de necessitar suportar o racismo deferido em nível pessoal ou institucional, tem que gastar seus recursos psíquicos se preocupando e lidando com o racismo vivenciado por seus filhos, famílias, parceiros, comunidades, bem como estarem preocupadas com a sua sobrevivência, sustento da família, comer bem, manter todos funcionando corretamente, proteção em relação às drogas, e também saber que a qualquer momento os seus filhos negros podem ser vistos como criminosos pela polícia, portanto, manter seus filhos vivos é uma grande preocupação. A intersecção é vista como camadas de desvantagem, a justaposição de normas impostas, somadas às opressões se tornam catalisadores que reproduzem e multiplicam os impactos danosos à saúde (HOGAN et al., 2017).

Ao estimar fatores associados ao bem-estar psicológico de travestis e mulheres transexuais, conclui que o menor bem-estar psicológico está associado a não ter endereço fixo, ter menor escolaridade, estar insatisfeita com as relações pessoais, suporte de amigos ou procedimentos transexualizadores realizados e ter sofrido violência verbal ou sexual, ter ficado presa. Já sobre o que interfere positivamente em suas vidas, destacam-se as transformações corporais desejadas, o respeito ao nome social, ter maior renda mensal, algum

trabalho e ser tratada pelo nome social foi associado ao maior bem-estar (ZUCCHI et al., 2019).

Caracterizando o perfil das violências (2020), vítimas, e dos prováveis autores de violências perpetradas contra adolescentes entre 2011 e 2017, observou-se que 26,2% foram contra adolescentes; que no período houve um aumento de 177,6% no número de notificações e que estas corresponderam a 4.202 municípios. A violência física foi significativamente superior na raça/cor indígena (1,15), negra (1,03) e amarela (1,03) e quando havia suspeita de ingestão de bebida alcoólica pelo agressor (1,21), a violência psicológica foi significativamente superior no sexo feminino no grupo entre 10 e 14 anos. Quando repetitiva por agressores familiares, com suspeita de ingestão de bebida alcoólica, foi significativamente inferior no grupo de negros em comparação aos brancos. A violência sexual foi seis vezes mais relatada no sexo feminino, três vezes mais no grupo com idade entre 10 e 14 anos, mais frequente na raça cor indígena (1,40), negra (1,38) e amarela (1,28), quando de forma repetitiva, no domicílio, quando em suspeita de ingestão de bebida alcoólica pelo agressor, foi perpetrada por familiares em proporção significativamente inferior em relação aos não familiares (PEREIRA; PINTO; MASCARENHAS, 2020).

**Subcategoria e) *As principais formas de atenção ao fenômeno e as estratégias de resistência*** apontadas, apresentadas e/ ou pensadas como saída, possibilidade ou perspectiva pelos autores foram diversas e direcionam para o que já dizia Evaristo (2020):

Parcelas da sociedade estão dizendo pra você que este é o cenário. As leituras que se fazem dele traz possibilidades em extremos: pode se ver tanto a mulher destituída, vivendo o limite do ser-que-não-pode-ser, inferiorizada, apequenada, violentada. Pode se ver também aquela que nada, buscando formas de surfar na correnteza. A que inventa jeitos de sobrevivência para si, para a família, para a comunidade. Pode se ver a que é derrotada, expurgada. Mas, se prestar um pouco mais atenção, vai ver outra. Vai ver Caliban (o escravo de Sheakespeare em *A Tempestade*) atualizado, vivo, pujante. Aquele que aprende a língua do senhor e constrói a liberdade de *maldizer!* (EVARISTO, 2020).

O estudo de Araújo (2005) entende que se faz necessário políticas públicas que criem redes de apoio para socialização de parcela do trabalho direcionado às mulheres.

O estudo de Machado e Santos (2011) entende como necessário ter rede de apoio social, que a alta hospitalar da unidade psiquiátrica considere o estado clínico, a existência de suporte social e de serviço ambulatorial responsável pelo acompanhamento extra-hospitalar e que seja considerado a pressão da rede (socioassistencial) por vaga em unidade hospitalar psiquiátrica.

O estudo de Barros et al. (2014) entende que as instituições conveniadas pelo SUS para atender as internações psiquiátricas, e que por vezes se tornam local de moradia aos internados, ainda possuem uma lógica permeada pela ideia de instituição total, inclusive, impedindo encontros e censurando desejos através da vigilância, fazem a crítica a tal postura institucional.

O estudo de Campos et al. (2019) que relaciona estressores ocupacionais entende que é necessário a implementação de políticas públicas no monitoramento e controle dos aspectos psicossociais no trabalho, com olhar diferenciado para as mulheres, em especial negras.

O estudo de Moutinho (2019) defende a necessidade de buscar estratégias para melhorar a saúde mental e a qualidade de vida dos estudantes de medicina (70,4% brancos), bem como métodos para ajudá-los a enfrentar os fatores desencadeadores para uma melhor forma de viver durante a faculdade.

O estudo de Silva e Monteiro (2020) fala que por mais que haja um crescente ingresso da população negra nas universidades, em algumas, o espaço continua sendo majoritariamente ocupado por pessoas de pele branca. E que é necessário estratégias que fortaleçam a autoestima das jovens universitárias para prevenir prejuízos à saúde física, mental e desempenho acadêmico e que a cultura de fortalecimento da identidade racial ainda é pouco estimulada e o senso de coletividade racial não é tão natural, possibilitando que o racismo e o sexismo tenham efeitos deletérios sobre sua autoestima, afetando sua saúde física e mental. Chama a atenção para a necessidade de se produzir dados científicos que caracterizem a população negra.

O estudo de Monteiro et al. (2020) aponta que a atenção aos adolescentes escolares se faz necessário, em especial a identificação dos grupos mais vulneráveis para estratégias de cuidados.

O estudo de Silva (2007) fala que em 2004 a FUNASA assinou um termo de cooperação técnica com a Fundação Cultural Palmares para obras de saneamento básico, no

entanto, até a finalização deste estudo, não houve tal mobilização. O perfil sanitário dessa comunidade permaneceu inalterado.

Ainda que dados genômicos sejam um importante suporte analítico para pesquisadores, não se deve ignorar o contexto histórico, político-social, econômico e a raça como marcador social. Fala da importância da efetivação dos direitos constitucionais, principalmente no que cabe a habitação e saneamento (SILVA, 2007).

Destaca que os princípios do SUS, como a equidade, não tem sido suficiente, que é necessário que os serviços públicos incluam sexo, gênero, raça/cor, classe social, e que os estudos façam recorte étnico-racial. Fortalecimento da sociedade civil e de suas formas plurais de organização, permitindo a emergência de novas identidades e representações (SILVA, 2007).

O estudo de Barroso, Melo e Guimarães (2015) entende como importante sensibilizar as equipes de saúde para identificar características de depressão em comunidades quilombolas e capacitá-los para utilizar instrumentos de triagem. Fala que as intervenções focadas em identificar doenças físicas crônicas podem contribuir mais para o combate à depressão, dizendo que entre homens intervenções antitabagistas seriam importantes, enquanto que para mulheres identificar outros transtornos psiquiátricos pode ser mais efetivo.

O estudo de Mussi, Rocha e Alves (2019) acredita ser necessário seguir a orientação da OMS e sugere a introdução dos cuidados em saúde mental na atenção primária à saúde, porém reconhece que existe carência de dados epidemiológicos norteadores das políticas de saúde mental.

O estudo de Gouveia e Zanello (2019) destaca a ausência de dados que se inicia na captação do quesito raça nos censos e se estende aos formulários cadastrais em geral. Há resistência de profissionais em registrar autodeclarações raciais (as identidades raciais são ignoradas).

A disparidade étnico-racial em saúde é menos considerada na literatura empírica, ainda que os indicadores em saúde sejam muito baixos. O mito da democracia racial atrasa o debate sobre racismo e políticas públicas para o seu combate. Conseqüentemente a “parede de vidro” na terapia (ser alheio às questões raciais), gera descontentamento com os serviços terapêuticos recebidos. A relação terapêutica é tratada no universal e não no específico, como um encontro entre “dois seres humano”. Existe falta de formação do psicoterapeuta para atender clientes negros. Daí a necessidade de descolonizar a psicologia.

A família e amigas negras com quem se tenha identidade racial (papel terapêutico coadjuvante), foi identificado como um importante fator protetivo, assim como, em situações de crise, o apoio na religião e da intervenção médica.

Tavares e Kuratani (2019) analisam como importante estratégia para o atendimento terapêutico o desenvolvimento de sensibilidade e competência cultural entre profissionais da saúde mental, como forma de diminuir as disparidades na quantidade e qualidade do atendimento prestado. Entende ainda que o sucesso vai depender do “letramento racial” do terapeuta numa perspectiva antirracista e do momento que o paciente se encontra em seu processo de tornar-se negro. Acredita que falar sobre assuntos menos aversivos, mais triviais, permita respostas genuínas e espontâneas, o contato com o próprio relato indica tal estratégia para pacientes que não referem ou não associam sua baixa autoestima, desesperança e ansiedade social ao racismo estrutural, interpessoal. Já quando pacientes apresentam a experiência de racismo, a estratégia de abordar outros assuntos pode ser interpretada como forma de desqualificação da sua queixa, o que inviabiliza a continuidade do processo terapêutico, ao mesmo tempo em que evitar abordar a questão racial pode ser interpretado como punição. Relata que a relação de confiança foi estabelecida através de audiência não punitiva, livre de julgamentos, comparações, desqualificações por parte da terapeuta. Diz ainda que é importante identificar o racismo como origem do sofrimento psíquico.

O estudo de Danielevicz (2020), como citado, traz a aposta no “*dispositivo horta*” na APS como incentivo às PICs de caráter micropolítico e antimanicomial, enquanto trabalho-vivo que gera brechas e linhas de fuga para um saber-saúde plural, ressignificação das cidades, das suas sobras, desperdícios e de sua dinâmica enquanto parte da produção de saúde. Há a ampliação da clínica objetivando a integralidade do cuidado. A horta possibilita encontros para plantio e conversas (linguagem, ação e memória), encontro de conexões, apoio, bloqueios, jogos e estratégia, além de ser uma possibilidade de ofertar outras maneiras de cuidado para além das prescrições alopáticas. A horta é resistência à indústria farmacêutica e também alimento e autonomia para quem produz e inventa devires.

O estudo de Ambrósio et al. (2022) fala que a ressignificação negra pode ser alcançada a partir da identificação com o movimento de negritude enquanto cultura de resistência e de superação e transposição das normatividades impostas pelas colonialidades e pela branquitude.

É preciso compreender que a construção da identidade e da autoestima para as pessoas negras carrega os estigmas, as exclusões, as rupturas, as identificações e diferenciações que

são vivenciadas desde a infância, já que a identidade negra vai se constituindo nos espaços de convivência social e relacional, de educação, de lazer, de práticas religiosas e outros, sempre a partir da experiência, do olhar, da negação e da rejeição branca e acabam por vivenciar uma constante tensão emocional, que oscila entre ora perceber-se perseguidas ou perseguidoras.

É sinalizado que o uso de turbantes, enquanto elemento cultural, ajuda as mulheres negras na transição capilar, e que através da ressignificação estética, essas mulheres também ressignificam as suas vivências, assumindo a sua história e ancestralidade, além de construir lugar para a beleza negra, assumindo os cabelos crespos e naturais, contribuindo enquanto novas referências, novas formas de existência, e que isso torna viável edificar às próximas gerações uma nova relação com seus corpos. Soltar os cabelos de crianças, principalmente de meninas negras, desde a infância, pode ser um ato não só revolucionário, mas de empoderamento e de pertencimento racial. A aceitação dos cabelos naturais transcende a experiência e a liberdade individual e transforma-se em ato político, ancestral e coletivo, de resistência, celebração e respeito com nós mesmos, com nossa identidade e com o grupo étnico-racial ao qual pertencemos. Neste processo, toda a corporeidade, a autoimagem, a percepção de si e autoaceitação foram atravessadas pela tomada de consciência crítica de como o racismo e o sexismo operam na sociedade. Ao tomar essa consciência crítica a estratificação de classe ficará muito mais evidente.

A produção de saúde mental para a população negra demanda noções de saúde pautadas na afrocentricidade, ou seja, na humanidade afro-diaspórica, amefricana. O deslocamento da desumanização para a humanidade afrocentrada, da marginalização para a civilidade amefricana.

É identificado uma potência otimista sobre os movimentos de Negritude e valorização da identidade afro-brasileira. O empoderamento como estratégia para desafiar e subverter alógica dominante, composto por quatro dimensões igualmente importantes: a Cognitiva, referente à visão crítica da realidade; a Psicológica, referente ao sentimento de autoestima; a Política, referente à consciência das desigualdades e capacidade de se mobilizar contra elas; e a Econômica, referente à capacidade de gerar renda de forma independente.

O processo de cura e empoderamento de Dandara, relatado por um dos estudos, demandou diferentes estratégias e recursos que foram buscados por ela ou oferecidos por familiares ou amigas. Entre as estratégias buscadas por ela, destaca-se a arte, a cultura, a identificação com a musicalidade da família e a busca por referências negras nas artes, foram

afetividades significativas. Uma amiga também ofereceu à Dandara buscar a espiritualidade, e junto da música, ela encontrou espaço na religiosidade para se expressar.

O estudo de Santana et al. (2007) sobre discriminação racial percebida, fala sobre uma possível subnotificação. Indivíduos negros demonstraram conhecer muito mais o que é entendido por discriminação racial que os não negros, portanto há a necessidade dos não negros passarem a conhecer o que se entende por discriminação racial.

O estudo de Guimarães e Podkameni (2008) sobre a saúde mental de mulheres negras gestantes, diz sobre o impacto da desigualdade social, econômica e a falta de acesso aos serviços de saúde, faz a crítica à ideia de democracia racial que propõem direitos constitucionais iguais, mas constrói estereótipos que desvalorizam a ancestralidade, o corpo e a subjetividade negra, o que provoca um esforço excessivo na manutenção e realimentação do campo subjetivo, colocando em evidência seu caráter de colocar em risco determinadas subjetividades.

A Rede de Sustentação Coletiva contribui para a diminuição dos efeitos nocivos do racismo. O grupo foi considerado uma forma de escoamento da tensão psíquica, uma barreira protetora de espaço seguro, profilático, experiência positiva de identificação, para-choque e amortecedor para lidar com as experiências cotidianas de violências, já que permite a saída do estado de silêncio, isolamento, retraimento.

O estudo de Diniz et al. (2011) discorre sobre a necessidade de atenção dos profissionais para os sinais de TEPT de forma a valorizar esta síndrome. Necessidade de transformação no modelo de formação dos profissionais, que incorpore a violência doméstica como objeto da saúde e ações intersetoriais.

As complicações do abortamento incompleto representam a quinta causa de internações no SUS e 9% dos óbitos maternos, por ser ilegal as mulheres que abortam se encontram expostas às práticas não seguras, portanto, a descriminalização do aborto é uma importante estratégia-ação para a saúde mental das mulheres negras brasileiras.

O estudo sinaliza a necessidade de trabalhos educativos, que valorizem o campo da subjetividade com adolescentes, mulheres e homens, e que desenvolva consciência da vivência da sexualidade com entendimento do corpo fisiológico para gestar.

O estudo de Fattore et al. (2017) conclui que aqueles que se identificam mais fortemente com o seu grupo étnico podem ser mais propensos a internalizar o estigma como estratégia ativa de enfrentamento. Nesse contexto, ser negro pode significar um posicionamento político

e ideológico de reivindicação da negritude e assunção de uma identidade racial, incentivada pelo movimento negro.

O estudo de Hogan et al. (2017) entende que as barreiras de acesso se dão não só com as unidades de saúde, mas também com os profissionais que atendem, em uma combinação de fatores. Fala ainda sobre a necessidade de perfis de exposição (dados) mais precisos, objetivando projetar intervenções para lidar com as desigualdades, e criar políticas eficazes para lidar com exposições complexas.

Para entender o contexto subjacente das diferenças de saúde em um ambiente com políticas universais de saúde, deve-se compreender como o racismo altera o contexto em cada intersecção (classe, raça, gênero), portanto, reivindica a interseccionalidade como uma maneira mais precisa de analisar o padrão social da doença e a capacidade de proteger, manter e alcançar o bem estar. Ressalta que a saúde requer a moeda do poder.

O estudo Silva e Chai (2018) conclui como necessário a atenção aos índices de desenvolvimento humano em descompasso com relação às mulheres negras e outros indivíduos, já que estão mais suscetíveis a desenvolver TMC'. Que o SUS não possui políticas públicas de atendimento que contemplem de forma plena a mulher negra, sendo assim, os princípios e as tentativas de melhorar as ações do SUS precisam ser analisados.

Existe a necessidade de direcionar as discussões de gênero e raça para o âmbito de formação dos profissionais de saúde. O treinamento destes profissionais para reconhecimento das doenças mais presentes na população negra, a contratação e acessibilidade aos profissionais negros no ambiente de atendimento público de saúde.

Melhorar os CAPS, ampliando a sua atuação e disponibilizando um atendimento mais próximo das pessoas em situação de sofrimento mental, englobando, desse modo, os mais diversos públicos da sociedade ao atendimento acessível e gratuito do SUS. Assim como, atenção à forma dispare de atendimento e a identificação da violência ou não denúncia das agressões.

O estudo de Zucchi et al. (2019) estima os fatores associados ao bem-estar psicológico de travestis e mulheres transexuais e revela que 29% da população pesquisada encontra-se insatisfeita com o procedimento transexualizador. Apenas 9% conseguiram mudar o nome em pelo menos um documento; 71% relataram ter sido tratadas pelo nome social em mais de 4 lugares; 28% declararam estar em tratamento de HIV e 22% estiveram presas por mais de 24 horas; 94% relataram violência; 57% relataram chantagem, extorsão ou violência policial.

O estudo de Martins, Lima e Santos (2020) identifica o papel moderador da identidade social e mediador da autoestima nessa relação. O efeito do que é chamado no estudo como *microagressões* é completamente mediado pela autoestima, que parece como um importante fator protetor para a saúde mental no contexto da discriminação. A identidade social atua como moderadora nessa relação.

O estudo Silva e Silva (2020) sobre mães de crianças infectadas pelo Zika vírus diz que o modo como os profissionais pronunciam um diagnóstico pode causar, mais (ou menos) dor nas mães e seus familiares e que informações sobre limitações da criança e mesmo a possibilidade de morte, são dadas muitas vezes de forma desumanizada, sem preocupação com o acolhimento adequado. Relatam terem tido a vida modificada radicalmente em função da necessidade de cuidar, abandonando os seus sonhos, porém para os serviços de saúde são invisíveis, dificilmente conseguem ser ouvidas, suas falas não são consideradas importantes, o tom de voz do médico marca a distância/ barreiras invisíveis, posição hierárquica de valores sociais e saberes superiores que produzem autodesqualificação/ poder simbólico do jaleco, da caneta.

O poder público, no que cabe a assistência à saúde, atende as demandas da criança pontualmente e nenhum serviço acolhe a demanda das mães. O acesso à rede formal de atendimento especializado aconteceu apenas após um longo e burocrático processo. 76,2% não estão inseridos em atendimentos de puericultura e estimulação precoce, além de sugerirem uma reflexão sobre os interesses considerados públicos no campo da saúde.

Muitas dúvidas cercam as mulheres negras, em especial as mães, durante toda a gravidez. As mulheres com o papel de cuidadoras não possuem apoio referente à saúde mental e não houve registro de atendimento psicossocial, assim como para sanar as demandas de cunho social. Estavam desorientadas sobre os seus direitos, não houveram espaços proporcionados pela instituição para que compartilhassem suas dificuldades, medos, experiências.

Houveram relatos de que a família e outras pessoas olham para a criança com microcefalia *como se fosse um monstro* e com medo que a criança passe mal e morra enquanto estiverem com eles, portanto, redes de apoio efetivas para mães com crianças que necessitam de cuidados intensos em saúde, se fazem urgentes. Os autores defendem que por mais que não tenha havido, neste estudo, relatos sobre abortar, tais situações podem sim remeter às mulheres a prática do aborto, e que o fato do aborto necessitar acontecer de maneira insegura e ilegal é um problema de grande proporção.

O estudo de Pereira, Pinto e Mascarenhas (2020) identifica as notificações de violência no setor saúde enquanto contributo à análise epidemiológica e subsídio para a organização de serviços e delineamento das políticas públicas de saúde. Discorre que a comunicação dos casos aos Conselhos Tutelares tem o propósito de acionar a rede de proteção social, além de existir a necessidade de delineamento de políticas públicas e estratégias específicas para ampliar a cobertura, tendo em vista as diferentes realidades regionais.

A subnotificação existente nos serviços de saúde como limitação do estudo. Sabe-se que os profissionais encontram dificuldades no registro das notificações, por dificuldades de diagnosticar as situações de violência em queixas difusas e também pela recusa em lidar com a violência como problema de saúde, bem como pela acumulação de atividades, falta de tempo no processo de trabalho, constrangimento que a abordagem pode causar, medo de retaliação e da exposição da atuação profissional e pela falta de capacitação. A estrutura de apoio e proteção aos profissionais que realizam as notificações, capacitação permanente.

Constituição da identidade masculina por outra via (isenta de machismo). Limitar o porte de arma de fogo, que é responsável por 75% dos casos de homicídios nos países de baixa e média renda das Américas também é trazido como estratégia.

O estudo de Costa e Rosa (2021) pensa uma prática equiparável de atuação em Psicologia diante à violência racial e defende a implementação de leis que definam o racismo como crime.

Também é estratégico a inclusão da história africana no ensino público, a criação de movimentos sociais, de políticas de ações afirmativas em universidades e serviços públicos, através de cotas nos Concursos Públicos e Universidades por exemplo.

O estudo identifica que existe uma forma de resiliência (processo de superação e fortalecimento psíquico frente a eventos traumáticos) nas mulheres negras, que pode ser encontrada nos grupos e individualmente. Foi encontrada, também, outra tática de enfrentamento por parte dessas mulheres denominada “mulheres-faróis”, responsáveis por tornar suportável, quando não se pode mais ser confortável o ambiente deste lar, através do amparo.

As redes de apoio são a família e a participação nos movimentos sociais, a participação das mulheres negras nos movimentos sociais feministas auxilia na construção da identidade negra positivamente, o que propõe a reivindicação de direitos e melhoria na condição de vida destas, ou seja, o enfrentamento.

Porém, por mais que permaneçam lutando, guerreando e utilizando dos processos de resiliência, os danos psíquicos continuam presentes.

Pelo exposto, ainda que os estudos sobre o campo sejam considerados incipientes, é visível um maior alcance através de estratégias de buscas aplicadas em um maior número de bases. Vários pontos chamam a atenção para os rumos da Psicologia enquanto ciência e utilidade pública. Ao mesmo tempo que também precisa ser enfatizado um movimento crescente de produção de conteúdo científico por parte dessa categoria profissional, relacionado ao conteúdo étnico-racial, inclusive com número significativo de estudos compondo esta revisão.

As diversas violências com repercussões e a própria reprodução pelas instituições também são pontos de atenção, assim como o fato de que desde o sequestro em África as mulheres negras permanecessem sendo estrutural e sistematicamente violentadas. Existe demanda urgente pela descriminalização do aborto, que afeta diretamente a vida e a saúde mental das mulheres negras, assim como contra a violência materna e obstétrica. As demandas do trabalho com o cuidado permanecessem afetando a vida das mulheres negras de maneira adoecedora.

As mulheres trans e travestis continuam vivenciando situações de violência extremada, além de uma forte e presente invisibilização, especialmente no que se relaciona ao nome social, ao acesso ao processo transexualizador e ao mercado de trabalho. Destaca-se que não apenas estão em alta esses quesitos quando em relação à violência e extorsão policial, mas também quando se trata de encarceramento. Se faz necessário a inclusão das mulheres trans em dados estatísticos gerais e específicos, afinal elas existem.

O combate ao machismo e preconceito também é demanda urgente que afeta a vida das mulheres negras. A ideia de democracia racial ainda está vigente, já que por mais que o número de brasileiros que reconheçam a existência do racismo seja expressiva, ainda assim, não existe um reconhecimento de que são racistas, e quando o fazem existe um risco de extremismo e violência.

Deve-se destacar a importância da identificação das condições das mulheres negras a partir da coleta do quesito raça/cor em todo e qualquer instrumento de utilidade pública. É urgente a implementação de uma educação antirracista e de ações efetivas de combate ao racismo. A autoestima de pessoas que se identificam como negras é mediadora para o avanço político dessa pauta e de pautas que envolvem todas as pessoas.

Crianças negras necessitam de redobrada atenção por estarem em risco constante, inclusive no ambiente escolar. É necessário ressignificar a sua existência através da história real que envolve a ancestralidade negra, assim como, soltar os seus cabelos em contexto de valorização pode proteger e ressignificar as futuras gerações. A ressignificação do cabelo e da estética negra se mostra como potencial revolucionário. O movimento negro, a família, os grupos raciais e antirracistas, são protetores em relação à identidade racial.

Existe uma grande necessidade de atenção às comunidades quilombolas, principalmente no que se relaciona às suas condições objetivas de vida, como saneamento e acessos diversos. Sociedades com características como a do Brasil (com capitalismo tardio, dependente e combinado) apresentam piores índices em relação às sociedades de capitalismo central no que cabe as condições objetivas de sobrevivência.

Houveram poucos avanços pela via institucional, porém houveram avanços significativos no que se relaciona à comunidade racial em conexão. As políticas de atenção estão muito longe de serem efetivas em relação ao combate ao racismo e a inclusão de mulheres negras e de sua comunidade racial, ou seja, tudo está devidamente alinhado em relação à manutenção do *status quo*, conseqüentemente permanece importando mais o lucro do que a vida.

Ao fazer a crítica Pachukanis (1998) brilhantemente já alertava:

Numa sociedade onde existe dinheiro e onde, por conseguinte, o trabalho privado individual só se torna trabalho social pela mediação de um equivalente geral, encontram-se já estabelecidas as condições de uma forma jurídica com as suas oposições entre o subjetivo e o objetivo (PACHUKANIS, 1998, p. 11).

Ou seja, aqui estão expressas necessidades que não são de hoje, que não são de difícil percepção em relação à urgência e necessidade, mas que quando encapsuladas na “forma-direito”, em que ser sujeito significa apenas e somente ser “sujeito-jurídico”, estão estabelecidas as condições para tornar-se humano. Nessa direção, a desumanização na vida das mulheres negras faz parte do jogo.

Concluimos que todas as mulheres negras brasileiras, cotidiana, ciclicamente e intergeracionalmente, têm a saúde mental exposta de maneira cruel, por estarem envoltas à violência-racial-estrutural de gênero e classe. E que na sociabilidade capitalista, nenhuma condição a blinda, ou seja, ainda que criança, adolescente, idosa, gestante, mãe, universitária, graduada, trabalhadora institucionalizada, ou mesmo estando na condição de “mulher negra no topo pela renda”, não será poupada de tamanha violência engendrada na sociedade capitalista e pela manutenção da “forma” dessa mesma sociedade. Portanto, estão em

constante risco para o adoecimento e sofrimento mental, já que todos os seus territórios existenciais, estão encapsulados na “forma-estado” e conseqüentemente na “forma-direito”. E se o direito apenas lhe é possível através do Estado, e este mesmo Estado serve aos interesses do capital, questioná-lo e superá-lo se faz urgente.

Nessa direção e dada a complexidade de atravessamentos que perpetuam tamanha violência-racial-estrutural de gênero e classe na vida das mulheres negras e que afeta sobremaneira principalmente a sua saúde e saúde mental, a *interseccionalidade* enquanto chave analítica torna-se uma possibilidade. Kimberle Crenshaw, feminista negra norte-americana, resgata essa categoria projetando-a no campo jurídico para “complexificar as experiências de discriminação”, justamente no momento em que “a luta de classes volta à cena internacional, colocando a luta antirracista no centro das preocupações da burguesia” (ASSIS, 2021, p. 254). A palavra passa a ser frequente no meio acadêmico, por profissionais, por militantes de políticas públicas, no ativismo feminista, nos movimentos sociais (MARTÍNEZ, 2019; COLLINS; BILGE, 2021)

Com a preocupação de fazer ressalvas fundamentais à compreensão crítica da categoria *interseccionalidade*, Assis (2021) resgata a tradição do marxismo revolucionário que tem por legado teórico e prático pautar a intrínseca relação entre exploração e opressão. E chama a atenção às artimanhas das teorias liberais que se reatualizam mesclando a mecânica e dogmática visão stalinista relacionada a gênero e raça com o marxismo e vendendo uma falsa ideia de ascensão de negros e negras através, por exemplo, da existência de empresas e instituições que se projetam como antirracistas (como o judiciário) forjando-se como aliadas na luta. Nessa linha de pensamento a *interseccionalidade* seria “um método e um instrumento utilizado pelas mulheres negras para combater as teorias colonizadoras [...] sobretudo no terreno discursivo e representativo [...] sob o prisma da pós modernidade, que vai deixando de lado o conteúdo radical e anticapitalista” (ASSIS, 2021, p. 255) e concentra-se na desconstrução dos sujeitos e nas políticas de identidade via influencia da ideologia neoliberal que busca retirar a política de classes de cena. Sobre isso Martínez (2019) afirma que a classe foi ficando diluída ou convertida em mais uma identidade, como se fosse uma categoria da estratificação social (por renda), ou um tipo de ocupação do trabalho (MARTINEZ, 2019).

Pelo exposto, ao utilizar a *interseccionalidade* é necessário considerar que este também é um conceito em disputa e que a alternativa que vincula interseccionalidade e marxismo, ou seja, ligada a perspectiva crítica, que tem por base as defesas contidas no

Manifesto do Coletivo Combahee River<sup>17</sup>, de Angela Davis, Lélia Gonzalez, que retira a exploração do âmbito de “mais uma opressão”, e a reconhece enquanto relação de apropriação do trabalho excedente utilizando-se das “diferenças para colocar em desvantagem um determinado grupo social” (ASSIS, 2021, p. 255), coaduna com a direção emancipatória e consequentemente com a libertação de todas as mulheres.

Essa perspectiva reconhece que os contornos da opressão sofrida por alguém, sempre estará delimitada pelo seu pertencimento de classe (ASSIS, 2021, p. 256). O que não implica em hierarquizar as queixas, ou determinar qual delas é mais importante para a experiência subjetiva das pessoas, mas sim compreender a relação entre opressão e exploração (MARTÍNEZ, 2019).

---

<sup>17</sup> Coletivo Combahee River, “Manifesto do Coletivo Combahee River”, PLURAL, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP, São Paulo, v.26.1, 2019, p. 201.

## 6. CONCLUSÃO

Esta revisão de escopo reafirma o quanto permanece incipiente os estudos que possuem por objeto de análise a saúde e o sofrimento mental de mulheres negras brasileiras. Podemos verificar, no entanto, que a produção é diversa, apesar de limitada. E que, em se tratando de produções nacionais, as Associações demonstraram maiores índices de publicações na temática, bem como as Universidades. Já em cenário internacional, destaca-se uma companhia multimídia e uma editora mundial. Werneck (2016) é crítica ao tema e diz que não há como saber os motivos do baixo índice de publicações, visto que estes podem estar relacionados tanto a um possível desinteresse quanto a falta de estímulo, ou ainda, por haver restrições explícitas das instituições de pesquisa – como as barreiras colocadas pelos conselhos editoriais, ou até mesmo pela combinação de todos esses fatores.

Quanto às mulheres transgênero e travestis, os resultados dos dados obtidos foram ainda piores. As mulheres trans ainda não são retratadas pela literatura científica como parte dos estudos gerais sobre mulheres e também não estão representadas minimamente em estudos específicos direcionados a elas. O alcance por esta via não foi satisfatório e ganha relevo mais uma lacuna de pesquisa.

Os dados analisados foram organizados em quatro categorias (sofrimento psíquico, sobrecarga e saúde mental; resistência e território; sobre nós mulheres negras; violência racial de gênero contra todas as mulheres negras). Nesse âmbito, a categoria *Violência Racial de Gênero Contra Todas as Mulheres* teve maior expressividade. As violências se revelaram das mais diversas formas, assim como sua correlação com questões de gênero e papéis construídos socialmente, condições de vida, de trabalho, classe, estigmatização, racismo e exclusão.

Vale destacar, ainda, que grande parte dos estudos se concentraram em analisar, investigar e estimar a prevalência e a associação dos transtornos mentais comuns com as condições sociodemográficas das mulheres negras. Tal correlação mostrou-se fundamental, porém, é necessário uma ressalva analítica ao termo. “Transtorno” para relacionar pessoas em sofrimento mental parece necessitar de questionamento, uma vez que a concepção predominante sobre pessoas com transtornos mentais ainda confere condição de anormalidade, periculosidade, incapacidade e transgressão das normas morais sociais (CANDIDO et al., 2012). Tal fato se torna ainda pior quando há a associação da palavra

“comum”, já que não alcança a complexidade desse fenômeno social, pelo contrário, conforme podemos também observar através dos resultados desta pesquisa.

Ademais, as mulheres negras foram identificadas com maior prevalência para TMC, pior qualidade de vida, associadas à baixa renda, ao empobrecimento e ao baixo controle sobre o próprio trabalho, à alta sobrecarga doméstica, ser arrimo de família, ter elevada demanda psicológica, baixa escolaridade, não ter nível superior ou estar em estágios iniciais de graduação e não manter algum tipo de atividade física ou de lazer. Os estudos retrataram dados majoritariamente das regiões do Sudeste e Nordeste do Brasil.

A exposição ao sofrimento perpetrado incide sobre todos os aspectos da vida das mulheres negras, mas também existem resistências que vão para além da sobrevivência e se expandem no cuidado com os seus e com a sua comunidade racial. O conceito “*Mulheres Farol*” é um exemplo disso, pois se trata de mulheres que tornam suportável quando não se pode mais ser confortável o ambiente deste lar (COSTA et al, 2021). Conceitos como “resiliência”, “empoderamento”, “mulheres guerreiras”, são projetados numa perspectiva afrocentrada e inevitavelmente embebidos de criticidade.

A reconciliação com o *cabelo* mostrou-se como um fator protetivo e ato político. Inclusive projetado às crianças como uma maneira de mudar a relação com o corpo e a estética desde a infância e construir novos devires.

Por mais que não tenha sido encontrado prevalência significativa entre pertencer a raça negra em correlação com um prejuízo significativo a *autoestima*, esta mostrou-se mediando as relações de violência racial e saúde geral, além da capacidade de potencializar ações coletivas conscientes sobre o ser mulher negra no Brasil. Tal lacuna necessita de aprofundamento através de pesquisas direcionadas a conhecer os rumos das estratégias de resistência que parte das mulheres negras e suas comunidades numa perspectiva potencializadora e revolucionária.

Também chamou a atenção, o fato de que alguns estudos relevaram que a mulher que se identifica como parda ou mulata, sofre maiores danos em relação ao sofrimento psíquico quando comparadas às mulheres negras. Pois, estas últimas têm como fator protetivo o reconhecimento enquanto negra e conseqüentemente, uma maior autoestima e uma militância pela causa que se torna política e/ou consciente.

Os estudos alcançados demarcam um movimento de denúncia das condições sociodemográficas e sua correlação com a saúde mental das mulheres negras brasileiras, comparando, inclusive, com sociedades de capitalismo central e reafirmando o não alcance de condições ideais e a não efetividade das políticas públicas na direção de real atenção às demandas postas. O quesito raça/cor em todos os instrumentos é extremamente reivindicado.

Pelo exposto, concluímos que todas as mulheres negras brasileiras, cotidiana e ciclicamente, têm a saúde mental exposta, de maneira cruel, por estarem envoltas à *violência-racial-estrutural de gênero e classe*. E que na sociabilidade capitalista-imperial, nenhuma condição a blinda, ou seja, ainda que seja criança, adolescente, idosa, gestante, mãe, universitária, graduada, trabalhadora institucionalizada, ou mesmo estando na condição de “mulher negra no topo pela renda”, não será poupada de tamanha violência engendrada na sociedade capitalista e pela manutenção da forma dessa mesma sociedade. Portanto, encontram-se em constante risco para o adoecimento e sofrimento mental, já que quase todos os seus territórios existenciais estão encapsulados na “forma-estado” e conseqüentemente na “forma-direito”. E se o direito apenas lhe é possível através do Estado, e este mesmo Estado serve aos interesses do capital, questioná-lo e superá-lo se faz urgente, assim como a retomada da direção emancipatória e conseqüentemente a libertação de todas as mulheres.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. Marxismo e Questão Social. In: **Dossiê Margem Esquerda**, ed. n. 27. São Paulo: Boitempo, 2016.

ALMEIDA, S. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019. 183 p.

ALMEIDA, M. S. Desumanização da população negra: genocídio como princípio tácito do capitalismo. **Em Pauta**, v.12, n. 34, p. 131-154, 2 semestre. 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/15086/0>

AMBROSIO, L.G., FONSECA, L.G., ANDRADE, A.B.F., SOUSA, D.P., SILVA, C.R. Cabelos crespos, tranças e blackpower: Reflexões sobre o adoecimento de mulheres negras, autoestima e empoderamento. **Revista da ABPN**. [s/l], v.14, n.39, p.453-477, 2022. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1274>

ANDRADE, D.; VERGUEIRO, W. **Aquisição de materiais de informação**. Brasília, DF: Briquet de Lemos, 1996.

ANSEMI, L., BARROS, F.C., MINTEN, G.C., GIGANTE, D.P., et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública**. [s/l], v.42, suplementar, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/StxvrK5WTM3Qykg8gCWDfTz/?lang=pt#>

ASSIS, O. **Introdução: alguns debates sobre interseccionalidade e marxismo**. In: PARKS, L.; ASSIS, O.; CACAU, C. (orgs.). **Mulheres Negras e Marxismo**. São Paulo: Iskra, 2021.

ASSIS, O.; HELENA, D. Formação e anatomia da classe trabalhadora feminina e negra no Brasil. In: PARKS, L.; ASSIS, O.; CACAU, C. (orgs.). **Mulheres Negras e Marxismo**. São Paulo: Iskra, 2021.

ARAÚJO, T.M., et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. [s/l], v.5, n.3, p.337-348, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/6vSkSdfMXfDsWj9q9RFymcd/?lang=pt>

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Estudos de escopo: Rumo a um quadro metodológico. **International Journal of Social Research Methodology**. [v/l], v.8, n.1, p.19-32, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

BALTIERI, D. A.; ANDRADE, A.G. Schizophrenia Modifying the Expression of Gender Identity Disorder. **J Sex Med**. [s/l], v.6, n.4, p.1185-1188, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18069992/>

BARROS, S., BATISTA, L.E., DELLOSI, M.E., ESCUDER, M.M. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva

racial. **Saúde Soc.** [s/l], v.23, n.4, p. 1235-1247, 2014. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nF4PdVbQJz3thK9sPThVkwP/abstract/?lang=pt>

BARROSO, S.M., MELO, A.P., GUIMARÃES, M.D.C. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [s/l], v.18, n.2, p.503-514, 2015. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/hxdS9SswFqcKLRBcDyLBPSst/?format=pdf&lang=pt>

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

bell hooks. **E eu não sou uma mulher?** Mulheres Negras e Feminismo. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

BENTO, M.A.S. A mulher negra no mercado de trabalho. **Revista de Estudos Feministas**. [s/l], v.3, n.2, p.479-488, 1994. Disponível em:  
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16466/15036>.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez Editora, v.2, 2009.

BRASIL. LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2001.

CAMPOS, F. M., ARAUJO, T.M., VIOLA, D.N., OLIVEIRA, P.C.S., et al. Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. **Cad. Saude Colet.** [s/l], v.28, n.4, p.579-589, 2020. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/DWdMHv3Ty8556HXRmcbTDC/?format=pdf&lang=pt>

CÂNDIDO, M.R.; OLIVEIRA, E.A.R.; MONTEIRO, C.F.S.; COSTA, J.R., et al. Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** [s/l], v.8, n.3, p.110-7, 2012. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762012000300002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000300002&lng=pt&nrm=iso)

CARNUT, L; MENDES, A. Ofensivas contra a saúde pública à luz do debate derivacionista: o caso da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). **Textos & Contextos Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 22, p. 1-19, 2023.

CARNUT, L; MENDES, A. Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, Niterói, v. 57, p. 174-210, 2020.

CARNUT, L., MENDES, A., GUERRA, L.D.S. ¿De qué “promoción de la salud” estamos hablando? una crítica marxista para reorientación hacia un horizonte estratégico. **Interface**. Botucatu, v.27, s/n, p. 1-15, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220255>.

CARDOSO, L.M.; SOUZA, M.M.C.F.; GUIMARES, R.U.C. Morte materna: uma expressão da “questão social”. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 244-268, 2010. Disponível em:  
<https://periodicos.uepa.br/index.php/rescx/article/view/2261>.

CARTA DE BAURU. **Manifesto Bauru**. In II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Bauru, 1987. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>>. Acessado em: 20 jan. 2021.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Boitempo, São Paulo, 2021.

CORREA, H., COUTO, T.C., SANTOS, W., ROMANO-SILVA, M, et al. Postpartum depression symptoms among Amazonian and Northeast Brazilian Women. **Journal of affective Disorders**. [s/l], v. 204, s/n, p.214-218, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27372408/>.

CORREIA, M.O.G. Por uma crítica imanente sobre os limites das políticas públicas de direitos sociais e o Estado na produção do bem comum no modo de produção capitalista **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, supl.1, p.55-65, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/hkqFwbJyZK46crm6s7LRVmF/?lang=pt&format=pdf>.

COSTA, T.S., ROSA, L.A. Compreensões Sobre a Construção Subjetiva de Mulheres Negras. **Revista Brasileira de Pesquisadores Negros**. [s/l], v.13, n.38, p.22-45, 2021. Disponível em: <https://abpnews.org.br/site/article/view/1309>.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**. [s/l], v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://10.1590/1981-7746-sol00285>

DAMASCENO, M. G.; ZANELLO, V.M.L. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**. [s/l], v.38 n.3, p. 450-464, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-37030003262017>

DANIELEVICZ, V. M. Semeaduras: Uma Cartografia na Atenção Primária em Saúde. **Psicologia & Sociedade**. [s/l], v.32, s/n, p.1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/FZyDSM7PnGCxvmYRTL5Vffk/?format=pdf&lang=pt>

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. 1º ed, São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVIS, K.; DREY, N.; GOULD, D. O que são estudos de escopo? Uma revisão da literatura de enfermagem. **International Journal of Nursing Studies**. [s/l], v.46, n.10, p.1386-1400, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.2009.02.010>.

DEIAB, R. A. A mãe preta na literatura brasileira: a ambiguidade como construção social (1880-1950). São Paulo: **Universidade de São Paulo**, 2006.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **Levantamento Nacional de INFOPEN. INFORMAÇÕES PENITENCIÁRIAS**: mulheres e grupos específicos. 2019. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoib2ZlZWVmNzktNjRlZi00MjNiLWZhYmYtNjExNmMyNmYxMjRkIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MwYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>

**DIEESE.** DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2022. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/infografico/2023/infograficosMulheres2023.pdf>

DINIZ, N.M.F, GESTEIRA, S.M.A., LOPES, R.L.M., MOTA, R.S, et al. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. **Rev. Bras. Enferm.** [s/l], v.64, n.6, p.1010-1015, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/pBSzt3JnXnMkyWV8t3JSL4D/#>.

DOSSIÊ ASSASSINATOS E VIOLÊNCIA CONTRA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS BRASILEIRAS EM 2020. BENEVIDES, B.G.; NOGUEIRA, S.N.B (Organizadora). **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020** – São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, 2021, 136p.

EVARISTO, C. **Olhos D`água**. Rio de Janeiro: Pallas: Fundação Biblioteca Nacional, 2020.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. São Paulo: UBU Editora, 2020.

FANON, F. **Alienação e Liberdade**: escritos psiquiátricos. 1º ed, UBU Editora, 2020.

FATTORE, G.L., AMORIM, L.D., SANTOS, L.M., SANTOS, D.N., et al. Personal-Level and Group-Level Discrimination and Mental Health: the Role of Skin Color. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**. [s/l], v.5, n.5, p.1033-1041, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29270840/>

FERNANDES, F. **O negro no mundo dos brancos**. 1º ed, Global Editora: São Paulo, 2007.

GOODMAN, R. *et al.* The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. 2005.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders**: a bio-social model. London: Tavistock; 1992.

GONZALEZ, L. A mulher negra na sociedade brasileira: Uma abordagem político-econômica. In: GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Organização Flávia Rios & Marcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GONZALEZ, L. Mulher Negra. In: GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Organização Flávia Rios & Marcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GONZALEZ, L. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. Revista **Ciências Sociais Hoje**, ANPOCS, p. 223-244, 1984.

GOULART, S.; CARVALHO, C.A. O Caráter da Internacionalização da Produção Científica e sua Acessibilidade Restrita. **Rev. adm. contemp.** [s/l], v.12, n.2, p. 835-853, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/szFynBq4nMJnBfH99RzHc4D/?lang=pt>.

GOUVEIA, M., ZANELLO, V. Psicoterapia, raça e racismo no contexto brasileiro:

experiências e percepções de mulheres negras. **Psicologia em estudo**. [s/l], v.24, n.1, p.1-15, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/WLqvt9yG7rmBzz4kvp8TVSL/#>

GUIMARÃES, M.A.C., PODKAMENI, A.B. Rede de Sustentação Coletiva, Espaço Potencial e Resgate Identitário: Projeto Mãe-Criadeira. **Saúde Soc**. [s/l], n.17, v.1, p.1-14, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/wMYqW3hvMRZTWQ4bqTfy7vx/?format=pdf&lang=pt>.

HOGAN, V. K., ARAÚJO, E.M., CALDWELL, K.L., GONZALEZ-NAHM, S.N., et al. “We Black Women Have to Kill a Lion Everyday”: An Intersectional Analysis of Racism and Social Determinants of Health in Brazil. **Social Science & Medicine**. [s/l], v.199, s/n, p.96-105, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28760333/>

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da Violência**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, 2018.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da violência 2020**. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/08/atlas-da-violencia-2020.pdf>

JESUS, A. C.; ASSIS, O. O papel do racismo, preconceito e desigualdade na vida das empregadas domésticas. In: PARKS, L.; ASSIS, O.; CACAU, C. (orgs.). **Mulheres Negras e Marxismo**. São Paulo: Iskra, 2021.

JUNIOR, W. M. O., ABDO, C.H.N. Comportamentos sexuais não convencionais e associações com parâmetros de saúde física, mental e sexual: um estudo em 18 grandes cidades brasileiras. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. [s/l], n.32, v.3, p.1-11, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/dkLcw3wT749sHdXDkXdrjJt/?format=pdf&lang=en>

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LEAL, M.D.C.; GAMA, S.G.N.; PEREIRA, A.P.E.; PACHECO, V.E.; CARMO, C.N.; SANTOS, R.V. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad Saúde Pública**. [s/l], v.33, n.1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>

LEÃO, R. **Tudo nela brilha e queima**: poemas de luta e amor. 1º ed, São Paulo: Planeta Brasil, 2017.

LIMA, N.D.F.; CORDEIRO, R.L.M.C. “A minha vida não pode parar”: itinerários abortivos de mulheres jovens. Florianópolis: **Revista Estudos Feministas**, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mQDcbXmXdmcv4mtJ7jftCbF/>

MACHADO, V., SANTOS, M.A. Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. **J Bras Psiquiatr**. [s/l], v.60, n.1, p.16-22, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/zdMyTKGJmBH9xPS3sJPnLPs/#>

MARCELINO, A. F. O.; ARAÚJO, T. M. Estresse ocupacional e saúde mental dos profissionais do centro de especialidades médicas de Aracaju. **Trab Educ Saúde**. [s/l], v.13,

n.1, p.177-99, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00016>.

MARTÍNEZ, J. L. Feminismo, interseccionalidade e marxismo: debates sobre gênero, raça e classe. *Revista Ideas de Izquierda*, 2019. Disponível em: <https://www.laizquierdadiario.com/Feminismo-interseccionalidad-y-marxismo-debates-sobre-genero-raza-y-clase>

MARTINS, T.V., LIMA, T.J.S., SANTOS, W.S. O efeito das micro agressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. **Ciência e Saúde Coletiva**. [s/l], v.25, n.7, p. 2793-2802, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rZVyRBJ5p7ytGxYj3GyxPXN/?format=pdf&lang=pt>

MARX, K. **O Capital** - Livro I – crítica da economia política: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013. 820 p.

MASCARO, A. L. **Estado e forma política**. 1º ed, São Paulo: Boitempo, 2013.

MENEZES, A. L. A.; MULLER, M.R.; SOARES, T.R.A.; FIGUEIREDO, A.P.; CORREIA, C.R.M.; CORRÊA, L.M.; ORTEGA, F. Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da Saúde Mental Global: uma revisão integrativa. **Cadernos de Saúde Pública**. [s/l], v.34, n.11, s/p, 2018; Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158017>.

MONTEIRO, D.S., MARTINS, R.D., GOMES, N.P., MOTA, R.S., et al. Fatores Associados ao transtorno mental comum em adolescentes escolares. **Rev Bras Enferm**. [s/n], v.73, suplementar 1, p.1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dSfCCJj434cdT3JSyHc7kBz/?format=pdf&lang=pt>

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D.G. ‘Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement’. **Ann Intern Med**. [s/l]. v. 151, v.4, p.264-9, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19621072/>.

MOUTINHO, I.L. Mental health and quality of life of Brazilian medical student: Incidence, prevalence, and associated factors within two years of follow-up. **Psychiatry Res**. [s/l], v.274, s/n, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30831455/>

MUNN, Z.; PETERS, M.D.J.; STERN, C.; TUFANARU, C.; MCARTHUR, A.; AROMATARIS, E. Revisão sistemática ou revisão de escopo? Orientação para autores ao escolher entre uma abordagem de revisão sistemática ou de escopo. **BMC Medical ResearchMethodology**. [s/l], v.18, n.1, p, 1-7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>.

MUNN, Z.; STERN, C.; AROMATARIS, E.; LOCKWOOD, C.; JORDAN, Z. Que tipo de revisão sistemática devo realizar? Uma tipologia proposta e orientação para revisores sistemáticos nas ciências médicas e da saúde. **BMC Medical ResearchMethodology**. [s/l], v.18, n.1, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0468-4>

MUSSI, R., ROCHA, S., ALVES, T. Transtornos Mentais Comuns em Quilombolas Baianos Nordeste Brasileiro. **Psicologia, Saúde & Doenças**. [s/l], v.20, n.3, p.697-670, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/8DNTKFXh8pQB6kh9ZG5Dr4c/?format=pdf&lang=pt>.

NEVES, M.W.F., AGUIAR, P.H.P., BELSUZARRI, T.A.B., ZEVIANI, W.M, et al. Neurosarcoidosis Associated with Psychiatric Symptoms: Case Report. **ThiemeRevinter**. [s/l], v.36, s/n, p.185-189, 2017. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/911209/185-189\\_1700032.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/911209/185-189_1700032.pdf).

PAIXÃO, M; GOMES, F. Histórias das diferenças e das desigualdades revisitadas: notas sobre gênero, escravidão, raça e pós-emancipação. Florianópolis: **Estudos Feministas**, 2008. 949-964 p.

OLIVEIRA JUNIOR, W. M. O.; ABDO, C.H.N. Comportamentos sexuais não convencionais e associações com parâmetros de saúde física, mental e sexual: um estudo em 18 grandes cidades brasileiras. **Brazilian Journal of Psychiatry**. 2010.

PACHUKANIS, E. B. **Teoria Geral do Direito e Marxismo**. 1º ed, Editora Acadêmica. São Paulo: 1988.

PALADINO, L.; AMARANTE, P. D. C. A dimensão espacial e o lugar social da loucura: por uma cidade aberta. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 7-16, 2022.

PANIZA, M.D.R., MORESCO, M.C. À margem da gestão da diversidade? Travestis, transexuais e o mundo do trabalho. **RAE-Revista de Administração de Empresas**. [s/l], v. 62, n. 3, p. e2021-0031, 2022. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/85786>

PASSOS, R. G. “De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. **O Social em Questão**, n. 38, p. 77-94, 2017. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_38\\_art\\_4\\_Passos.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_38_art_4_Passos.pdf)

PASSOS, R.G.; MOREIRA, T.W.F. Reforma psiquiátrica brasileira e questão racial: contribuições marxianas para a luta antimanicomial. **SER Social**. Brasília, v. 19, n. 41, p. 336-354, 2017. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/14943](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14943).

PASSOS, R.G. Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil: O Que Escapou Nesse Processo? **Socied. em Deb.** (Pelotas), v. 25, n.3, p.74-88,set./dez. 2019. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2352>

PASSOS, R.G. **Na Mira do Fuzil: A Saúde Mental das Mulheres Negras em Questão**. São Paulo: Hucitec Editora, 2023. 27 p.

PEREIRA, V.O.M., PINTO, I.V., MASCARENHAS, M.D.M., et al. Violências contra adolescentes: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. [s/l], v.23, n.1, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/ghZx3zYQMKzMFTSBX3fXMLR/?lang=pt#>

PETERS, M.D.J.; GODFREY, C.; MCINERNEY, P.; MUNN, Z.; TRICCO, A.C.; KHALIL, H. Capítulo 11: Revisões de escopo (versão 2020). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **JBI para síntese de evidências**, JBI, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20->

12.

PETERS, M.D.J.; MARNIE, C.; TRICCO, A.C.; POLLOCK, D.; MUNN, Z.; ALEXANDER, L.; et al. Orientações metodológicas atualizadas para a realização de revisões de escopo. **JBI Evidence Synthesis**. [s/l], v.18, n.10, p.2119-2119, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

QUEIROZ, S. R. R. **A escravidão negra em São Paulo: um estudo das tensões provocadas pelo escravismo no século XIX**. São Paulo: Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, 1972. 150 p. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8137/tde-29082022-180751/pt-br.php>

QUIJANO, A. **A Colonialidade do poder: eurocentrismo e américa latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. 117 p.

R-GOODMAN., SANTOS, D.N., NUNES, A.P.R., MIRANDA, D, P., et al. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. [s/n], v.40, n.1, p.11-17, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15624069/>.

RICHWIN, I.F., ZANELLO, V. A(s) maternidade(s) de mulheres em situação de rua: Entre violações e possibilidades de reparação subjetiva. **Psicol. clin.**[s/l], v.34, n.1, p.79-104, 2022. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v34n1/05.pdf>.

SANTANA, B.; ALMEIDA, M. A. Mulheres Negras e o Comum: Memória, Redes Sociais e Táticas Cotidianas. São Paulo: **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**, 2017. p. 57-61. Disponível em: <https://rbbd.febab.org.br/rbbd/article/view/755>.

SANTANA; V., ALMEIDA-FILHO, N., ROBERTS, R., COOPER, S.P. Skin Colour, Perception of Racism and Depression among Adolescents in Urban Brazil. **Child and Adolescent**. [s/l], v.12, n.3., p.125-131, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32811081/>.

SANTOS, K. O. B.; ARAUJO, T. M. A.; PINHO, P. S.; SILVA, A. C. C. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (srq-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n.3, p. 544-560, 2010. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/54/54>  
SILVA, D.A, SILVA, E.Q. Saúde mental no enfoque das mulheres afetadas pelo Zika vírus: um estudo etnográfico no Estado do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. [s/l], v.36, n.8, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cBkXygT4rmmYbRyHnwkmjw/?format=pdf&lang=pt>

SILVA, I.P.A., CHAI, C.G. As relações entre racismo e sexismo e o direito à saúde mental da mulher negra brasileira. **Revista de Políticas Públicas**. [s/l], v.22, s/n, p.987-1006, 2018. Disponível em: <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/9830>

SILVA, M. N., MONTEIRO, J.C.S. Avaliação da autoestima de jovens universitárias segundo critério raça/cor. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.28, n.e3362, p.1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/kNzH46TMDbrtTtD5D4cHtGh/?lang=pt&format=pdf>

SILVA, J.A. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde Soc.** [s/l], n.16, n.2, p.111-124, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Gw4fyhtwy8PsdTMwhFtSfSB/?lang=pt>

SMOLEN, J.R.; ARAUJO, E.M. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. [s/l], **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.12, p.4021-4030, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RJbPdTCPbgSFcMpMYjhb8Fv/abstract/?lang=pt#>.

TAVARES, J. S., KURATANI, S.M.A. Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se “Tornaram Negras”. **Psicologia: Ciência e Profissão**. [s/l], v.39, s/n, p.1-13, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/PS556GX8mQ7CgwwzvbVgYts/?format=pdf&lang=pt>

TAVARES, S.C.; FILHO, C.A.A.J.; SANTANA, E.F. Por Uma Política de Saúde Mental da População Negra no Sus. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**. [s/l], v. 12, n. ed especial, p. 138-151, 2020. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/index.php/site/article/view/1118>.

TRICCO, A.C.; LILLIE, E.; ZARIN, W.; O'BRIEN, K.; COLQUHOUN, H.; KASTNER, M.; et al. ‘A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. **BMC Med Res Methodol**. [s/l], v.16, n.1, p.11-18, 2020.

TRICCO, A.C., LILLIE, E., ZARIN, W., O'BRIEN, K.K., COLQUHOUN, H., LEVAC D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMAScR): Checklist and Explanation. **Ann Intern Med**. [s/l], v. 169, n.7, p. 467-473, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>.

WERNECK, J. Racismo institucional e a saúde da população negra. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>.

WILLIAMS, E. **Capitalismo e Escravidão**. 1º ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

ZUCCHI, E. M., BARROS, C.R.S., REDOSHI, B.R., DEUS, L.F.A., et al. Bem-estar psicológico entre travestis e mulheres transexuais no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. [s/l], v.35, n.3, p.1-13, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LqvvcFlhQNHQwb3M3zQPFFN/?format=pdf&lang=pt>

## ANEXO

## ANEXO A – PRISMA-ScR

**Figura10** - Descrição do Preferred reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - Scoping Review (PRISMA-ScR).

(Continua)

**Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist**

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	Page 1, title page
<b>ABSTRACT</b>			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes(as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	Abstract section
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	Introduction section
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	Introduction section
<b>METHODS</b>			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	Methods section “stage 2”
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	Methods section “stage 3”, and Figure 1
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	Methods section “stage 2”
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	table 1, table 2, table 3
Selection of sources of	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included	Methods section “stage 2”

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
evidence†		in the scoping review.	
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	Methods section “stage 4”
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	Methods section “stage 1” and “stage 2”
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	n/a
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	n/a
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	Methods section “stage 5”
<b>RESULTS</b>			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	Methods section Figure 1, results section
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	Results figure 2, table 4, table 5, references section
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	n/a
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	Table 4, table 5
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	Results section “individual barriers” and “systemic barriers”
<b>DISCUSSION</b>			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	Discussion section and “recommendations”
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	Discussion section “limitations”
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and	Discussion section “conclusions”

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
		objectives, as well as potential implications and/or next steps.	
<b>FUNDING</b>			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	Section “grant information”

Fonte: Manual Joanna Briggs, 2018. (disponível em <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/11.2.5+Search+Strategy>, TRICCO, A.C.; LILLIE, E.; ZARIN, W.; O'BRIEN, K.; COLQUHOUN, H.; KASTNER, M.; et al, 2020).