



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS
CURSO DE GRADUAÇÃO DE PSICOLOGIA**

LARA SOUSA SANTOS

**RACISMO E SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA:
O QUESITORAÇÃO/COR E OS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE SUICÍDIO NO
TOCANTINS DE 2016 A 2020**

MIRACEMA DO TOCANTINS, TO

2022

Lara Sousa Santos

Racismo e saúde mental da população negra:

O quesito raça/cor eos dados epidemiológicos sobre suicídio no Tocantins de 2016 a 2020

Artigo apresentado à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Miracema do Tocantins para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Doutor (a) Carolina Souza Pedreira.

Miracema do Tocantins, TO

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

S237r Santos, Lara Sousa .

Racismo e saúde mental da população negra : O quesito raça/cor e os dados epidemiológicos sobre suicídio no Tocantins de 2016 a 2020. / Lara Sousa Santos. – Miracema, TO, 2022.

44 f.

Artigo de Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Psicologia, 2022.

Orientadora : Carolina Souza Pedreira

1. Suicídio. 2. População negra. 3. Quesito cor/raça. 4. SUS. I. Título

CDD 150

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

LARA SOUSA SANTOS

RACISMO E SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA:
O QUESITO RAÇA/COR EOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE SUICÍDIO NO
TOCANTINS DE 2016 A 2020

Artigo apresentado à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Miracema do Tocantins, Curso de Psicologia e foi avaliado para a obtenção do título de Bacharel e aprovada em sua forma final pelo (a) Orientador (a) e pela Banca Examinadora.

Data de Aprovação: 31/03/2022.

Banca examinadora:



Prof. Dra. Carolina Souza Pedreira. Orientadora, UFT.



Prof. Dra. Kênia Soares Maia. Examinadora, PUC-RJ.

Documento assinado digitalmente

gov.br

LADISLAU RIBEIRO DO NASCIMENTO

Data: 09/03/2023 09:14:31-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dr. Ladislau Ribeiro do Nascimento. Examinador, UFT.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof. (a) Dr. (a) Carolina Souza Pedreira, com quem eu tive pouco contato antes deste trabalho, mas que me ajudou imensamente a terminar esse processo, meus mais sinceros agradecimentos, sua paciência, dedicação e carinho comigo foi uma das coisas que tornou a finalização desse caminho possível.

À Prof. (a) Dr. (a) Kênia Soares Maia e Prof. (a) Dr. (a) Ladislau Ribeiro do Nascimento que aceitaram o convite de fazer parte da minha banca e que para além disso muito dividiram comigo em sala de aula.

Ao técnico do Ministério da Saúde, Pedro MacDowell, que tão gentilmente compartilhou os mais novos dados do SIM do Tocantins e a Manuela Bittencourt, técnica do IBGE que fez a gentileza de tabelar alguns desses dados.

Aos meus amigos, desde os que eu trouxe antes da UFT e os que eu conquistei nela, muito obrigada por me darem suporte e conforto quando eu precisei.

E às pessoas que sempre estiveram lá por mim apoiando e torcendo, meus pais e irmã, Lourdes, Leôncio e Laila, e a minha Família Martins e amigos, eu não tenho palavras suficientes para agradecer e expressar o quão importante foi o fato de ter vocês como base e apoio constante neste caminho e fase da minha vida, novamente muito obrigada.

RESUMO

O mito de que a sociedade brasileira é estabelecida enquanto uma democracia racial a muito já foi provado, na verdade essa veracidade é comprovada todos os dias retidas vezes através de notícias em que relatam questão racial como motivo para violência gratuita, assassinatos, precariedade no acesso a saúde, empregos e etcetera, tendo isso em vista o presente artigo trata-se sobre a relação dos dados epidemiológicos e estatísticos referente ao suicídio de jovens negros e os estudos acerca do assunto, mais especificamente da escassez de estudos e análises, assim como as assistências e políticas públicas disponíveis pra esse grupo racial em específico e para a promoção de sua saúde mental. O levantamento acadêmico sobre autores acadêmicos conceituados que discutem o assunto relacionando ambos os temas ou não, e principalmente de que modo o quesito raça/cor pode contribuir para o estudo sobre o suicídio e a sua importância assim como a história de sua implementação e uso, assim como a padronização e funcionalidades de sistemas como o Sistema de Informação Sobre Mortalidade e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e de que modo estes cooperam e sua importância em estudos como o de suicídio e questões raciais. É sobre a invisibilidade do assunto e a falta de debate por parte do governo, mesmo o suicídio sendo reconhecidamente um problema de saúde pública.

Palavras-chave: Suicídio. População Negra. Quesito cor/raça. SUS.

ABSTRACT

The myth that Brazilian society is established as a racial democracy has long been proven, in fact this veracity is proven every day through news in which racial issues are reported as a reason for gratuitous violence, murders, precarious access to health, jobs and so on, in view of this, the present article deals with the relationship between epidemiological and statistical data regarding the suicide of young black people and studies on the subject, more specifically the scarcity of studies and analysis, as well as assistance and public policies available for this specific racial group and for the promotion of their mental health. The academic survey on renowned academic authors who discuss the subject relating both themes or not, and especially how the race/color issue can contribute to the study of suicide and its importance as well as the history of its implementation and use, as well as the standardization and functionality of systems such as the Mortality Information System and the Brazilian Institute of Geography and Statistics and how they cooperate and their importance in studies such as suicide and racial issues. It's about the invisibility of the subject and the lack of debate on the part of the government, even though suicide is recognized as a public health problem.

Key-words: Suicide. Black population. Color/race question. SUS.

ISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de mortalidade por suicídio adolescentes e jovens negros, por UF, em 2016	17
Tabela 2 – Suicídio: <i>Brasil e unidades da Federação -2019 –2020</i>	33
Tabela 3 – Óbitos por suicídio – Tocantins (2016-2020)	–
SIM,	34
Tabela 4 – Óbitos por suicídio por Faixa Etária segundo Raça/Cor (TO, 2016 – 2020 – SIM, 2021).....	34

LISTA DE SIGLAS

CID-10	Classificação Internacional de Doenças - 10ª Edição
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CGAIS	Coordenação Geral de Análise de Informações em Saúde
Crepop	Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DO	Declaração de Óbito
DN	Declaração de Nascidos Vivos
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCERP	Pesquisa das Características Étnico-raciais da População
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TABWIN	Tabulador para Windows
SUS	Sistema Único de Saúde
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	PERCURSO DA PESQUISADORA E DA METODOLOGIA	15
3	RACISMO E POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO NEGRA.....	19
3.1	Políticas de saúde para a população negra e o quesito raça/cor	24
4	SUICÍDIO DA POPULAÇÃO NEGRA E ANÁLISE PRELIMINAR DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TOCANTINS	27
4.1	Análise preliminar dos dados epidemiológicos de óbitos por suicídio no Tocantins de 2016 a 2020	31
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIA	41

1 INTRODUÇÃO

Em maio de 2019, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o documento “Óbitos por Suicídio entre Adolescentes e Jovens Negros de 2012 a 2016” (BRASIL, 2019), na qual oferece uma visão geral sobre a questão do suicídio nessa população. Os dados apresentados pelo estudo apontam o suicídio como um grave problema de saúde pública, um problemahistórico e multifatorial que está ligado a questões psicológicas, culturais, socioambientais, religiosas, econômicas, dentre outras. Um dado alarmante é o de que osuicídio é a principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil e a quarta entrejovens negros nessa faixa etária. O estudo também aponta que qualquer análise acerca da morte autoprovocada de negros precisa ter como pano de fundo dados e relatos sobre discriminação racial e racismo estrutural, elementos que se constituem como fator de risco para o suicídio da população negra brasileira.

Ainda que os debates acadêmicos sobre a relação entre racismo e saúde mental possam ser considerados recentes (IGNÁCIO; MATTOS, 2019; DAMASCENO; ZANELLO, 2018), nos movimentos sociais essa relação tem sido pautada pelo menos desde o final da década de 1970 e remonta à captura de populações do continente africano para serem escravizadas nos regimes coloniais das Américas. Segundo Tavares, “[...] o suicídio na população negra brasileira éum fenômeno que remete ao processo de escravização de africanos e à persistência doracismo estrutural no Brasil” (TAVARES, 2017, p. 73). O que hoje está configurado como território brasileiro recebeu, dentre os países da América, o maior contingente de pessoas feitas escravas advindas de diferentes regiões africanas. Dados numéricos variam de 4,8 a 6 milhões de pessoas sequestradas e transportadas ilegalmente em navios negreiros entre 1531 e 1850. Da violência e violação brutais do período escravocrata, a uma pretensa abolição em 1888 que impediu o acesso a mínimas condições de vida por grande parte da população de ex-escravizados, passando pelo aparato genocida do sistema prisional atualmente, a população negra brasileira enfrentou e enfrenta enormes dificuldades no acesso ao trabalho, à saúde e à educação.

O presente trabalho tem como objetivo propor uma investigação sobre a relação entre racismo e saúde mental a partir de um estudo sobre o quesito raça/cor¹ nos sistemas de saúde e de uma análise preliminar de dados epidemiológicos acerca do suicídio no Tocantins entre os anos de 2016 a 2020 disponíveis do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) integrado ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e acessados via

¹ O quesito é raça/cor/etnia, mas para o presente trabalho, utilizaremos o recorte de raça/cor

TABWIN².

Por “saúde mental”, entende-se, ainda que de forma bastante simplificada; “[...] desde a normalidade no nível subindividual (subsidiando uma certa Psiquiatria Molecular) ao estado de saúde mental no nível individual (configurando uma “síndrome de bem-estar”) e daí a um conceito ampliado de saúde mental como expressão de saúde social” (ALMEIDA FILHO, COELHO; PERES, 1999, p 123). Assim, o conceito de saúde mental como saúde social inclui uma situação de “salubridade psicossocial” de uma comunidade. O presente trabalho busca entender a importância do quesito raça/cor no âmbito da saúde mental da população negra enquanto uma comunidade e relacioná-lo com dados sobre suicídio no Tocantins, considerando que o ato de se suicidar tem uma dimensão marcadamente política e social e que o fator racial tem um peso importante na significação dessa morte.

Conforme o documento produzido pelo IBGE em 2013, "Características Étnico-raciais da População", o que compõe a denominada população negra é a junção dos números entre as pessoas que se autodeclararam pretas e pardas (pessoa que se autodeclarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor, ou raça). Essa autodeclaração faz parte de um processo identitário, que recebe influência do contexto social, político, econômico e cultural no qual esse sujeito está inserido.

Considera-se que o quesito raça/cor é um tema central para o enfrentamento do racismo, pois é “[...] a partir da desagregação racial das informações epidemiológicas que se pode visibilizar e analisar as iniquidades em saúde” (SILVEIRA et al., 2021, p. 2). A escolha por analisar dados epidemiológicos também se justifica, entre outros fatores, pela dificuldade de se realizar pesquisas presenciais durante os anos de 2020 e 2021, considerando as medidas sanitárias impostas pela pandemia de Covid-19. Além disso, os dados referidos expressam o entendimento de que:

Os modos de adoecer e morrer da população negra no Brasil refletem contextos de vulnerabilidade que são expressos em iniquidades em saúde. Produzir informações que possam dar visibilidade a este problema de saúde pública entre os negros é uma atividade extremamente necessária e urgente, a qual é possibilitada pelo preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação do SUS. (BRASIL, 2019, s/p)

Os dados que serão apresentados neste trabalho foram coletados por meio do SIM, que tem como o documento de entrada a Declaração de Óbito (DO), padronizada em todo o

² TABWIN e TABNET são programas para análise local de base de dados disponibilizados pelo DATASUS com o objetivo de ampliar as informações em saúde. O acesso pode ser realizado no seguinte endereço eletrônico: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.

território nacional. O Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (SINASC) são sistemas informatizados com a premissa de descentralização do processo de coleta, processamento e consolidação de dados quantitativos e qualitativos, referentes aos óbitos e nascimentos informados em todo território nacional. O SIM é um sistema de vigilância epidemiológica que tem como objetivo captar dados sobre os óbitos do país para fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS, apesar de ser um sistema relativamente novo - instituído em 1988 com a promulgação da Constituição Cidadã -, é considerado o maior e mais complexo sistema de saúde do mundo, uma rede ampla que abrange todos os âmbitos relacionados à saúde humana. É um sistema pautado em três princípios básicos, sendo eles 1) a universalidade - “a saúde é um direito de todos e é um dever do Poder Público a provisão de serviços e de ações que a garantam”; 2) a integralidade - “[...] esse é um dos mais preciosos em termos de demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total população”³; 3) a equidade - esse princípio visa a necessidade de reduzir as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país, e reafirma que essa necessidade deve dar-se também por meio das ações e dos serviços de saúde.

É por intermédio do SUS que a população brasileira como um todo recebe cuidados, não só a que depende do sistema público de saúde, mas também aquela que possui plano de saúde privado. As informações sobre atendimentos, internações, doenças infecciosas, imunizações e óbitos, por exemplo, são integrados em uma série de redes e sistemas que podem ser acessados em diferentes partes do país⁴. Entende-se que para todo o problema de saúde pública uma medida deva ser tomada, logicamente é um processo que leva tempo e recurso (financeiro e humano), assim como exige um olhar atento do governo sobre as necessidades e o que está causando impacto na sociedade. Um dos dispositivos que orienta a formulação de ações e políticas públicas são os dados produzidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Alguns desses dados são constantemente consolidados na forma de Boletins Epidemiológicos e publicados pelo Ministério da Saúde⁵.

A Epidemiologia é entendida como uma importante ciência da informação em saúde e

³ É possível encontrar a proposta do sistema e seu modo de funcionamento no endereço eletrônico: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

⁴ Dentre eles, o sistema de fiscalização sanitária de estabelecimentos e produtos (Sistema Nacional de Vigilância Sanitária), da Assistência social (Sistema Único de Assistência Social - SUAS) e o Controle de doenças causadas por animais (Centro de Controle de Zoonoses - CCZ)

⁵ Os Boletins Epidemiológicos do MS podem ser acessados no endereço: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos>.

pode ser definida como “[...] a abordagem dos fenômenos da saúde-doença-cuidado” (FILHO; BARRETO, 2011, p. 3) realizada por meio da quantificação, de técnicas estatísticas de amostragem e da centralidade dos conceitos de incidência e prevalência de doenças e suas causas entre as populações humanas. Ainda que caracterizada como uma ciência apenas quantitativa, ela utiliza técnicas variadas que abrangem o estudo tanto da saúde individual como coletiva para propor prioridades e medidas de prevenção e controle que devem orientar a formulação, planejamento e análise de políticas públicas no âmbito da saúde. Ela é também uma importante fonte de desenvolvimento metodológico a ser manejada por outras ciências, assim como a Psicologia.

Os estudos epidemiológicos não retiram ou diminuem a necessidade do olhar individualizado e personalizado, em especial em temas sensíveis como suicídio. Algumas críticas aos estudos epidemiológicos se atêm ao fato de que eles “[...] podem levar a uma despersonalização e massificação tecnocrática da população” (SARREIRA et al., 2003, p. 95). É importante destacar que dados epidemiológicos devem ser analisados levando em consideração os contextos socioeconômicos em que são gerados, assim como suas especificidades. Por outro lado, a abordagem ampla que a epidemiologia traz pode nos ajudar a entender os problemas de saúde pública que são importantes para a Psicologia.

A primeira versão do SIM data de 1975. Em 1999, o sistema e o formulário da DO passaram por uma reformulação que permitiu a informatização dos dados. O SIM possui um manual elaborado pela Coordenação Geral de Análise de Informações em Saúde (CGAIS), que orienta sobre o preenchimento e processamento dos documentos em cada instância (federal, estadual e municipal) e os protocolos a serem realizados. Segundo o manual, os dados são coletados pelas secretarias municipais de saúde, por meio de busca ativa nas Unidades Notificadoras. Depois de devidamente processados, revistos e corrigidos, são consolidados em bases de dados estaduais, pelas secretarias estaduais de saúde. Essas bases são remetidas à CGAIS, que as consolida, constituindo uma base de dados de abrangência nacional. Os dados do sistema são de caráter público, podem ser obtidos no Anuário de Estatísticas e Mortalidade, em CD-ROM ou via TABNET/TABWIN.

A DO tem experimentado algumas modificações, mas o quesito raça/cor está presente de forma contínua desde 1996 e mantém as categorias de resposta: branca, preta, amarela, parda e indígena, as mesmas opções utilizadas nas pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (RODRIGUES et al, 2011, p. 884). O IBGE pesquisa a cor ou raça da população brasileira com base na autodeclaração ou autoclassificação, o que significa que as pessoas atribuem a si sua cor de acordo com as opções citadas. Os termos negro e negra são

usados como referência à união das categorias preta e parda. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2019, 42,7% dos brasileiros se declararam como brancos, 46,8% como pardos e 9,4% como pretos⁶. No Tocantins, de acordo com o último Censo Demográfico realizado em 2010 pelo IBGE, de 1.393.445 habitantes do estado, 125.847 habitantes se autodeclararam “pretos” e 879.318 se autodeclararam “pardos”⁷, tendo a população “negra” então 1.005.165 pessoas autodeclaradas negras.

Um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) de 2008 demonstrou que a população negra representava 67% do público total atendido pelo SUS (BRASIL, 2013). Há quatro décadas, movimentos sociais, especialmente das mulheres negras, e trabalhadores da saúde ligados a esses movimentos vêm defendendo a importância do preenchimento do quesito raça/cor/etnia nos formulários dos sistemas de informação do SUS. Em 2014, foi apresentado um projeto de lei que propôs uma mudança no Estatuto da Igualdade Racial (2010) abrangendo a inclusão do quesito raça/cor para todo o sistema do SUS. Desde 2017, o preenchimento do quesito é obrigatório nos formulários dos sistemas de informação em saúde, conforme a Portaria nº 344/17 do MS. Quando a pessoa assistida estiver impossibilitada de fazer a autodeclaração, como no caso da Declaração de Nascidos Vivos (DN) e na DO, orienta-se que a declaração deve ser feita por algum integrante da família. No Parágrafo único da Portaria também está estabelecido que: “[...] Nos casos em que não houver responsável, os profissionais de saúde que realizarem o atendimento preenchem o campo denominado raça/cor.”. Essa orientação tem gerado uma série de debates. Ainda que o preenchimento do quesito raça/cor tenha se tornado obrigatório:

Existe uma lacuna estatística nos serviços de saúde no Brasil com relação ao pertencimento étnico-racial da população atendida. Persiste a dificuldade prática de implementação do quesito cor ou raça/etnia nos cadastros de tais serviços, mesmo tendo o Brasil assumido o compromisso na Conferência Mundial de Durban, em 2001, de cumprir políticas e práticas de coleta e desagregação de dados, pesquisas e estudos nessa área. (DAMASCENO; ZANELLO, 2018, p. 461).

O preenchimento do quesito raça/cor nos prontuários, registros e cadastramentos do SUS se tornou o principal protocolo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Seu objetivo é diagnosticar as diferenças em saúde entre os grupos raciais e étnicos que compõem a população brasileira e auxiliar na compreensão de determinantes sociais que impactam a vida das pessoas negras e no combate ao racismo institucional que está presente

⁶ Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012-2019

⁷ Os dados citados foram retirados do site do IBGE: <https://sidra.ibge.gov.br/>.

nas práticas da saúde pública brasileira (BORRET et al., 2020; DA SILVA et al., 2021).

Para pautar e fundamentar as reflexões, análises e fatos apresentados ao longo do trabalho, foram pesquisados e utilizados uma gama de autores e autoras reconhecidos por seus trabalhos com a temática, além de documentos oficiais, pesquisas estatísticas e materiais e manuais publicados pelo Ministério da Saúde, pelo Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental do Ministério da Saúde, pelos Conselhos Federal e Regional de Psicologia, entre outros. O trabalho está dividido em três capítulos: 1. Percurso da Pesquisadora e da Metodologia, 2. Racismo e políticas de saúde para a população negra, e 3. Suicídio da população negra e análise preliminar de dados epidemiológicos do Tocantins, além desta Introdução e das Considerações Finais. Para fins de pesquisa do IBGE, vimos que os termos negro e negra dizem respeito à união das categorias preta e parda. Ao longo do trabalho, porém, “negro/negra” e “preto/preta” serão usados como sinônimos.

2 PERCURSO DA PESQUISADORA E DA METODOLOGIA

Na disciplina “Pesquisa em Psicologia II”, no segundo semestre de 2017, foi construído um artigo em conjunto com alguns colegas tendo como tema o suicídio, isto deu a motivação inicial para este trabalho. Naquele momento, no decorrer da construção do artigo, houve dificuldade de encontrar material sobre o assunto. Isso ficou mais evidente quando iniciei as buscas por material sobre o suicídio de pessoas negras para a construção do projeto de Trabalho de Conclusão de Curso.

Conforme fui adentrando nos textos e debates, foi possível perceber que o preconceito institucional está tão arraigado na sociedade brasileira que se apresenta em todo e qualquer espaço, de uma loja até na aplicação de anestesia em uma sala de parto, existem relatos que ela é aplicada em menor quantidade em pessoas negras ou as vezes a aplicação nem ao menos acontece. A população negra é violentada repetidas vezes em tantos espaços, contudo de maneira tão pormenorizada que por vezes é necessário olhar com atenção para se enxergar o que está errado, há uma naturalização desse preconceito na sociedade, que faz com que essas atitudes fiquem camufladas. É algo intrincado e muito bem-organizado, reproduções que nem ao menos notamos, que são feitas todos os dias e estão presentes nos menores atos e conversas. E embora muito se fale de racismo institucional, foi muito complicado e difícil começar a identificar isso no meu contexto pessoal, visto que no dia a dia isso pouco era evidenciado e os únicos exemplos que tinha de situações assim eram de redes sociais ou jornais, e como na minha família o discurso sobre raça é praticamente inexistente, apenas tornou mais complexo. Foi durante as leituras que passei a entender via coisas que eram racistas e nem ao menos sabia ou me dava conta disso.

Ainda me causa estranheza alguns relatos de racismo, pois quando tento enxergar se esse mesmo caso se aplica a algum momento da minha vida nunca chego a nenhuma conclusão e me pergunto se sou eu que tenho essa dificuldade em identificar ou se sou privilegiada no sentido de que não passei por situações tão humilhantes, se de certa forma fui protegida de situações como essas. Por diversas vezes quis ser mais branca, pois eram essas as pessoas que eram chamadas de bonitas, que eram admiradas e aceitas facilmente, queria ser mais magra e mais baixa, pois assim não me destacaria tanto e as pessoas gostariam mais de mim. Queria que meu cabelo fosse liso, assim tanto eu quanto ele seríamos mais bonitos e elogiados, mas acredito que o que me impediu de entrar numa espiral de autoaversão profunda com meu eu e minha formação identitária foi minha mãe e o fato de que embora eu tivesse muito contato com pessoas brancas, também passava muito tempo com minha família, que é negra é sua maioria, na qual

essas características nunca fizeram tanta diferença e onde eu sempre me senti muito amada, acolhida e apoiada.

Além do interesse pelo suicídio como tema geral, o fato de ser negra, mulher e jovem são os motivos mais fortes que tenho para me ligar à escolha do tema da pesquisa. Ao perceber que me encaixava em algumas características das quais fazem parte o recorte, foi inevitável não me perguntar o porquê de tão poucos estudos serem feitos acerca do tema. Algumas das seguintes questões me vieram à mente: Será que o tema não é importante? Será que ninguém enxerga que há algo de errado nos dados apresentados? Por que as políticas públicas que visam a saúde da população negra são tão recentes e tão pouco esforço parecerem feito para que elas realmente funcionem? Como o racismo pode afetar a saúde mental de uma população que, embora seja a mais numerosa, é a mais desprivilegiada, violentada, discriminada, desvalorizada? Como mulheres e homens negros lidam com todas essas pressões que estão postas antes mesmo do nascimento?

Embora durante a minha fase de adolescência até o começo da adulta eu não tenha dado o nome de racismo para algumas situações da vida, as questões com o corpo, cabelo e tudo que envolve a autoimagem e autoestima foram coisas que me incomodaram bastante. Quando passei a pesquisar sobre a morte autoprovocada e suas causas, percebi que minha visão sobre suicídio era entendida de forma geral e sem especificidades. No entanto, ao estudar sobre raça e a dinâmica desse fenômeno na população preta, foi-me apresentada uma outra interpretação, a de que o suicídio além de declarar o fim de um sofrimento psíquico ou a descoberta de um transtorno mental do sujeito, pode ser um representante político e instrumento social, por vezes o último ou visto como único recurso por indivíduos pretos que viveram marginalizados e com sentimento de não pertença (KILOMBA, 2019).

O primeiro esboço da pesquisa incluía um recorte de gênero, tendo em vista que, embora homens e mulheres sofram com o racismo e estejam sujeitos a tratamentos preconceituosos e muitas vezes violentos, a mulher preta se torna um alvo duplo, sendo que além de sua cor, o seu gênero é uma vulnerabilidade em uma sociedade patriarcal; tendo seu corpo e subjetividade delineados por estigmas que muitas vezes se tornam barreiras intransponíveis. O marcador de gênero continua sendo um dado importante, em especial na literatura acadêmica com a qual o trabalho dialoga, além do fato de terem sido as mulheres pretas as principais responsáveis pela criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Porém, ao longo da pesquisa sobre o suicídio, foi possível perceber que os dados de autoextermínio diferem bastante entre homens e mulheres, sendo essas últimas predominantes em números de

tentativas de suicídio e os primeiros, de óbitos por suicídio (BAERE; ZANELLO, 2018)⁸.

O recorte escolhido para o trabalho se concentra nos números gerais (sem desagregação por sexo) de raça/cor em óbitos por suicídio no Tocantins entre 2016 e 2020. Essa escolha se deu partir da observação de uma série de dados presentes no já citado documento “Óbitos por Suicídio entre Adolescentes e Jovens Negros de 2012 a 2016” (BRASIL, 2019). A partir dele, sabemos que “[...] especificamente entre os adolescentes do sexo masculino, o número de suicídios entre os negros foi maior em todos os anos observados” e que no ano de 2016, a “[...] diferença entre negros e brancos aumentou: a cada 100 suicídios em adolescentes e jovens brancos do sexo masculino, ocorreram 150 suicídios em negros” (idem, p. 31), um risco de suicídio 50% maior entre os adolescentes e jovens do sexo masculino negros do que entre a mesma população de brancos⁹.

Outro dado importante que também justifica o recorte geográfico escolhido, o estado do Tocantins, está representado abaixo:

Tabela 1 - Taxa de mortalidade por suicídio adolescentes e jovens negros, por UF, em 2016.

Taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros, por UF, em 2016

UF	Óbitos/100mil	Continuação UF	Óbitos/100mil
Roraima	30,2	Alagoas	6,9
Piauí	13,9	Distrito Federal	6,3
Goiás	11,1	Rondônia	6,2
Acre	11,0	Pernambuco	5,8
Amazonas	9,6	Minas Gerais	5,7
Mato Grosso do Sul	9,5	Paraíba	5,2
Tocantins	9,2	Bahia	5,1
Ceará	8,7	Espírito Santo	4,8
Amapá	8,4	São Paulo	3,2
Mato Grosso	8,3	Rio de Janeiro	2,9
Rio Grande do Norte	8,3	Paraná	2,1
Pará	7,8	Santa Catarina	2,1
Maranhão	7,5	Rio Grande do Sul	1,9
Sergipe	7,3		

Fonte: Análise do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP/SGEP/MS) utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS/MS).

Fonte: Documento “Óbitos por Suicídio entre Adolescentes e Jovens Negros de 2012 a 2016” (BRASIL, 2019, p. 51).

Na Tabela 1, o Tocantins aparece com uma alta taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros quando comparado a outras Unidades da Federação no ano de 2016. Não foram encontrados dados comparativos em anos mais recentes. Ainda que não seja

⁸ Os dados sobre óbitos por autoextermínio coletados não incluem nem o número nem o debate sobre as tentativas de suicídio. Esse debate, por si só, poderia se configurar como o tema de um TCC. Além disso, os determinantes de gênero no comportamento suicida são complexos e fogem ao escopo deste trabalho.

⁹ Em 2016, verificou-se que adolescentes e jovens negros apresentaram um risco de suicídio 20% maior que entre brancos (BRASIL, 2019, p. 31).

objetivo do trabalho investigar as diferenças regionais que colocam o estado nessa posição, esse é certamente um dado alarmante e que merece especial atenção. Considerando que esse Trabalho de Conclusão de Curso é realizado no Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins, um dos seus objetivos específicos é contribuir para uma melhor compreensão acerca dos fatores de risco que podem levar ao suicídio de pessoas negras e, assim, colaborar com o debate sobre saúde mental da população negra e com a luta antirracista na universidade. No próximo capítulo, será apresentada parte da fundamentação teórica que me permitiu proceder com a análise dos dados coletados.

3 RACISMO E POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO NEGRA

“O racismo consiste na ideia de que algumas raças são inferiores a outras, atribuindo desigualdades sociais, culturais, políticas, psicológicas, à ‘raça’ e, portanto, legitimando as diferenças sociais a partir de supostas diferenças biológicas.” (ZAMORA, 2012, p. 565).

Assim como afirmado por Maria Helena Zamora (2012), o racismo afeta ativamente os processos de subjetivação. O racismo está incorporado na estrutura social e ele pode ser amplamente percebido se os detalhes forem olhados com atenção. Essa afirmação é confirmada ao se perceber e tomar como exemplo a escassez de ocupação de pessoas negras em cargos e lugares de poder e prestígio. A falta de representatividade que passa despercebida por pessoas brancas, torna o processo de identificação entre pessoas negras algo muito mais difícil e penoso. A epígrafe escolhida é corroborada por Silvio de Almeida (2019), que também destaca o quesito raça como fundamento do racismo e traz à tona como as ações racistas podem ser de cunho consciente ou inconsciente. Essa inconsciência ao realizar práticas racistas reitera o quão profundo e incorporado o racismo está na estrutura sociopolítica e a interligação deste com os processos subjetivos, sendo que é por meio desses processos que o sujeito se constitui a si mesmo.

Sabe-se que a raça/cor é um construto social e que “[...] evidências científicas mostram que as variações da cor da pele e do fenótipo não implicam diferenças biológicas ou genéticas que justifiquem a diferenciação dos indivíduos” (ROMERO; MAIA; MUZY, 2019, p. 2). O conceito de raça, ainda que seja uma representação social, fundamenta o universo simbólico e estabelece modos de relação entre as pessoas. (SEGATO, 2005, p.2). Com o legado histórico de discriminação e exploração, as diferenças de cor da pele passaram a ser um uma condição objetiva de desigualdade nas condições de vida, saúde e morte da população brasileira.

As influências do racismo nas dinâmicas sociais têm seus aspectos determinados pelas relações de poder e estão ligadas ao lugar que cada sujeito ocupa nesta estrutura. Assim como reforçado pelos autores acima citados, o racismo é, ainda que não somente, uma questão da crença da superioridade de uma raça sobre outra, no caso do Brasil, é a dos brancos sobre os negros, e essa relação de poder desigual e cruel produz sofrimento que afeta a parcela da população que, embora seja a maioria de acordo com o IBGE, são os que mais sofrem os efeitos residuais da escravidão. O silenciamento sobre os efeitos devastadores da escravidão na subjetividade do povo preto de certa forma permite a não prestação de contas, a não compensação, a não indenização dos negros no contexto brasileiro (CARONE; BENTO, 2002).

Assim como evidenciado por Schucman (2018), o racismo está intrincado na sociedade

é usado como dispositivo de controle assim como dispositivo para a inclusão e exclusão de sujeitos. Almeida (2019), ao definir “racismo estrutural” afirma que não é possível pensar uma sociedade contemporânea sem os conceitos de raça e de racismo, e que isso se torna ainda mais marcado em relação ao Brasil, visto que é reconhecidamente o país que teve o maior número de pessoas escravizadas no mundo. O autor coloca em tese que o racismo no Brasil é sempre e em toda medida, estrutural, e que o conceito de raça é passível de mudança acompanhando e atrelando-se às diversas circunstâncias históricas.

Segundo Jurema Werneck (2016), o racismo é um sistema, dado a complexidade de sua organização, sua dinâmica e sua operação no âmbito social. A autora classifica o racismo em três dimensões distintas. Essas três dimensões convergem entre si da seguinte forma: o “racismo internalizado” faz com que os indivíduos aceitem os padrões, visões e estigmas racistas; o “racismo interpessoal” está presente no “[...] preconceito e discriminação, condutas intencionais ou não entre pessoas”. (WERNECK, 2016, p. 541); e o “racismo institucional” sai da esfera individual e vai para um plano maior, atuando numa dimensão estrutural, agindo nas “[...] formas organizativas políticas, práticas e normas que resultam em tratamento e resultados desiguais.” (idem, ibidem). As três dimensões que atuam simultaneamente e os efeitos gerados a partir dessa dinâmica são sentidos amplamente tanto por indivíduos como por grupo (não somente vítimas). Em uma escala “micro”, o racismo afeta sentimentos e condutas, e em uma escala “macro” tem efeito em processos e políticas institucionais. Para Werneck, o fato de o racismo produzir a naturalização das desigualdades é uma forma de explicar o motivo de o racismo muitas vezes ser caracterizado como sutil e invisível.

Quando se observa esse tema com o corte de gênero, vê-se que as mulheres pretas estão tão sobrecarregadas com seus múltiplos papéis e afazeres que o autocuidado é inexistente ou uma reflexão tardia e fica ainda mais pesado levando em conta que sobre elas recai sobre o estereótipo de “mulheres guerreiras” que tudo superam, tudo suportam e são fortes apesar de tudo. Toda essa vivência invisibilizada e marcada de descréditos nos leva a pensar no sofrimento psíquico como uma forma de se tornar visível, mostrar que é sim vulnerável, que não é guerreira, mas alguém que pode sentir dor e angústias.

[...] é o padrão colonial moderno o responsável pela promoção dos racismos e sexismos institucionais contra identidades produzidas durante a interação das estruturas, que seguem atravessando os expedientes do Direito moderno, discriminadas à dignidade humana e às leis antidiscriminação. (AKOTIRENE, 2019, p. 35)

Kilomba (2019) destaca o papel de manutenção desse sistema e do papel que a mídia

ocupa sendo que ela usa de seu poder para disseminar e sustentar o pensamento de que os homens pretos não são de confiança, argumento fundamentado no fato de que mais da metade das famílias brasileiras são sustentadas por mulheres pretas, mães solas (que muitas vezes precedem de também mães solas) onde não há presença de figura paterna; o padrão de beleza é sempre o oposto das características do sujeito preto (ideologia que vem mudando vagarosamente nos últimos anos, mas que no entanto ainda vai levar muito tempo para ser transformado), e esse padrão de beleza é sempre branco.

A sensação de não pertença ao ambiente onde se vive e a dificuldade de inclusão na dinâmica social de forma igualitária, é denominada por Lucas Veiga como “efeito diáspora” (VEIGA, 2019, p. 246). Esse efeito coloca a subjetividade do sujeito negro no limite por conta do sofrimento infligido a este e tira dele (novamente) a perspectiva de inserção e participação na sociedade não marginalizada, a perspectiva de ascensão e mudança, conseguir de alguma forma alcançar uma posição na qual exerça algum poder, por exemplo. Essa sensação é ampliada e mantida com a ajuda dos dispositivos de embranquecimento, da tentativa de deixar branca uma população que por sua história tem uma grande prevalência de negros e negras.

Quem ocupa esse lugar “merecedor” carregado de privilégios é sujeito branco, que mesmo em situação de pobreza usufrui dessa posição, pois “[...] o branco tem o privilégio simbólico da brancura” (BENTO, 2002, p. 47). O branqueamento é com frequência visto com um problema pertencente ao negro, fruto do seu descontentamento e desconforto em sua condição de negro, que assim procura identificar-se com o branco. Mas ele é, na verdade, um projeto da elite intelectual brasileira de construir um projeto nacional e afirmar a hegemonia branca (idem, *ibidem*). O debate acerca das relações entre sobre mestiçagem, embranquecimento e democracia racial no Brasil é bastante extenso e será retomado na discussão do quesito raça/cor. Por agora, lembremos que ainda que tenha havido miscigenação em todos os países que viveram regimes escravocratas, no Brasil, o branqueamento conformou uma teoria específica, uma elaboração identitária. Segundo Gabriela Rodrigues (RODRIGUES, 2021, p. 141), “[...] por muitos anos, a miscigenação, com vistas no processo de branqueamento, foi o único fundamento de uma perspectiva de inclusão da população negra na sociedade brasileira”.

Lília Schwarcz (1993) entende o branqueamento como uma adaptação brasileira para as principais escolas das teorias racistas que emergiram no século XIX. A ideologia do branqueamento foi implementada nas primeiras décadas do período republicano, sob o respaldo de teorias racistas e eugênicas. Partindo de teorias evolucionistas vigentes na época, ela ditava que a mistura de raças heterogêneas levaria à degeneração de indivíduos e seus grupos e não

permitiria o salto civilizatório para a consolidação da nação. A eugenia como doutrina “[...] transmutou o saber sobre as raças em um ideal político, um diagnóstico sobre a submissão ou mesmo sobre a possível eliminação das raças inferiores” (BARBOSA, 2016, p. 4). Nesse momento histórico, o Brasil já era povoado por muitos grupamentos, o que levava os teóricos a afirmarem que o projeto de nação brasileira fadado ao fracasso a não ser que fosse estabelecida a supremacia da raça branca, a raça “ariana”. A vinda de imigrantes europeus foi uma política de estado que teve como objetivo o embranquecimento da população. Essa política de branqueamento passou a ser vista como única saída para a consolidação de um estado nação nos moldes europeus:

Acreditava-se que as características das pessoas brancas, por serem superiores, iriam sempre prevalecer, de forma que paulatinamente a população seria embranquecida ou desracializada, ajudada por políticas de saneamento e higiene. Nesse contexto, podemos afirmar que embranquecer-se (...), seria ajudar a construir um projeto de nação mais branca ou quase branca, e por isso, melhor. Tais crenças motivaram o incentivo à vinda de imigrantes europeus nas primeiras décadas do período republicano, sendo que a esses imigrantes foram ofertados trabalho assalariado e privilégios na aquisição de terras, vantagens que não possuía a população negra recém liberta. (PEREIRA, 2020, p. 54).

Este processo foi inventado pela elite branca brasileira no século XX, mas essa mesma elite faz a manutenção desse lugar que a branquitude ocupa. Se é um processo inventado, esse problema não pertence ao negro, e sim à branquitude que o mantém e que causa sofrimento em diversas das áreas da vida dos sujeitos negros, fazendo parte ativamente da subjetivação destes e sua visão de si mesmo. Segundo Bento, a percepção sobre branqueamento e a sobre a violação de direitos materiais e simbólicos da população negra desde o período colonial no lugar de gerarem no sujeito branco uma atitude de consciência sobre seus privilégios, em geral levam a sentimentos como medo e culpa, além de silenciamento (BENTO, 2002, p. 43).

A violação de direitos materiais e simbólicos da população negra também pode ser entendida como seu apagamento da historiografia brasileira oficial. Impedidos de serem considerados como parte plena do projeto de nação, aos negros e negras brasileiros foi negado a possibilidade de ser sujeito e de ter cidadania garantida. Esses e outros fatores consolidaram o sistema do racismo, ou o “dispositivo do racismo”, conforme leitura que Jurema Werneck faz de Sueli Carneiro (WERNECK, 2016). As consequências socioeconômicas desse dispositivo são inumeráveis e formadoras das profundas desigualdades raciais nos setores essenciais à reprodução das condições de vida da população brasileira, como mercado de trabalho, distribuição de rendimento, acesso à saúde, condições de moradia, educação, assim como se fazem presentes em indicadores relativos à violência e na representação política. Em

todas essas dimensões, a população negra brasileira possui severas desvantagens em relação à branca, segundo dados recentes do IBGE (IBGE, 2019).

Além do fato de que o Estado e a sociedade abrangente têm dificuldade e mesmo relutância em enfrentar os efeitos do racismo, muitas vezes os problemas gerados por esse sistema são tidos como responsabilidade da população negra ou como marcas indelévels de sua existência. O embranquecimento forçado e o apagamento de ancestralidades e modos de vida das populações descendentes de africanos geraram consequências igualmente importantes e urgentes que dizem respeito à relação entre racismo e saúde mental. Damasceno e Zanello (2018) afirmam que o sofrimento psíquico pertence ao âmbito político, afinal são os fenômenos sociais um dos responsáveis pela dinâmica e construção subjetiva dos sujeitos. Sabe-se que “[...] desde 2001, a Opa já anunciava, por meio do Relatório sobre Saúde no Mundo, que as pesquisas apontavam que o racismo era um elemento de agravamento da saúde mental de sujeitos negros” (IGNÁCIO; MATTOS, 2019, p. 67). O racismo, afirmam os autores, “[...] é um produtor de constantes situações de humilhação e constrangimento” (idem, *ibidem*). O lugar do cuidado, pensado de maneira ampla, ou mesmo a percepção da importância e direito a esse cuidado acaba por aparecer como impossibilidade para a maior parte dessa população no Brasil.

Em um artigo sobre “saúde mental e racismo” produzido por Marizete Damasceno e Valeska Zanello (2018), é evidenciada uma falta de participação e comprometimento históricos da Psicologia para com a população negra e com as questões que afetam esses indivíduos. No entanto, é possível perceber que ao menos nos últimos dez anos, a relação entre saúde mental e racismo está mais evidenciada, seja nas redes sociais e em periódicos e artigos acadêmicos, assim como em publicações especializadas no âmbito dos conselhos de Psicologia. Sobre a competência do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e Conselho Regional de Psicologia (CRP) de cada estado, existem produções específicas acerca do tema algumas delas são um documento lançado pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop) chamado “Relações raciais: referências técnicas para a prática da(o) psicóloga(o)” (2017) que visa sanar a necessidade de orientações acerca do assunto tanto para profissionais da rede privada como para os que atuam com Políticas Públicas. Segundo site do CRP-23: “[...] O documento é uma das respostas do Sistema Conselhos de Psicologia às demandas do movimento negro para a produção de teorias que contribuam com a superação do racismo, do preconceito e das diferentes formas de discriminação.”. Esse documento também possui uma recapitulação histórica sobre a sociedade brasileira trazendo a fundamentação de termos e alguns fenômenos sociais que ocorrem com a população negra, assim como demonstra de maneira prática os tipos de racismo existentes.

Outra referência de orientação é a RESOLUÇÃO CFP N.º 018/2002, a qual estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação ao preconceito e à discriminação racial, que possui em seu conteúdo uma série de diretrizes que pauta o caminho do profissional de psicologia e suas ações. Há também um caderno étnico-social chamado “Psicologia e relações Étnico-Raciais Diálogos sobre o sofrimento psíquico causado pelo racismo” produzido em 2016 pelo CRP do Paraná (8ª Região), uma importante publicação em que é apresentada uma série de reflexões e diálogos com temas centrais como, por exemplo “[...] os efeitos do racismo na saúde em relações intersubjetivas de longa duração”.

3.1 Políticas de saúde para a população negra e o quesito raça/cor

Desde os anos 1980, o feminismo negro constrói a equidade racial na saúde junto ao Estado brasileiro, conforme nos relata uma pioneira do tema, Jurema Werneck (2016). Segundo Silva et al. (2017), somente no ano de 1990 as categorias de gênero, homossexualidade, heterossexualidade e raça e saúde apareceram no contexto de saúde coletiva e em seu campo de estudo, quando começaram a ser estudados a partir da perspectiva de pensar as desigualdades presentes no contexto brasileiro. Após a Marcha Nacional Zumbi (1995) que aconteceu em Brasília, formou-se o Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra (GTI), composto por ativistas, pesquisadores e representantes do governo, com o intuito de formular propostas de ação governamental. No ano seguinte, em 1996, realizou-se pelo GTI uma Mesa Redonda sobre “Saúde da População Negra”, ocasião em que foi proposto um conjunto de medidas, dentre elas a inclusão do quesito raça/cor nas Declarações de Nascidos Vivos e de Óbito.

A primeira inclusão do quesito raça/cor viria a acontecer no estado de São Paulo em 1996, no Sistema de Informação de Mortalidade e no Sistema de Informação de Nascidos Vivos do Ministério de Saúde. Essa mudança possibilitou averiguar a respeito da diferenciação em saúde, a desigualdade no acesso e qualidade dos serviços prestados era evidente e tinha cor; isto abriu portas para o debate sobre a ampliação do campo de estudo e novos dados para investigação dos impactos sociais provenientes. Sendo assim, foi criado então o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde, nesta foram lideranças negras de movimentos sociais, responsáveis por elaborar o que atualmente é um conjunto de diretrizes e políticas que tem foco na promoção e melhora da saúde física e mental da população negra (SILVA et al, 2017).

Em 2001, a ONU realizou a III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação

Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, a partir desta data, no Brasil, aconteceram diversas movimentações, sendo a principal delas a elaboração do documento “Subsídio para a População Negra: uma questão de equidade”. Este documento serviu de ferramenta para a melhora da assistência em saúde para a população negra no SUS, definindo seu campo e abarcando as doenças, agravos e condições mais frequentes na população negra, classificadas em quatro itens: geneticamente determinantes; adquiridas, derivada das condições socioeconômicas desfavoráveis, de evolução agravada ou tratamento dificultado; e condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas.

Com esse documento, iniciou-se a proposição de uma política nacional tendo como base as seguintes proposições: produção do conhecimento científico, capacitação dos profissionais de saúde, informação da população, atenção à saúde. Werneck destaca que um dos aspectos fundamentais desse documento está na determinação do “[...] racismo e [d]a discriminação como determinantes associados ao adoecimento e à morte precoce de mulheres e homens negros.” (WERNECK, 2016, p. 538). A criação de uma vaga para o Movimento Negro no Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2005), órgão criado em 1937 com objetivo de fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde, foi possível realizar articulações e ações para a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que teve sua aprovação em 2006 pelo CNS e foi instituída em 13 de maio de 2009 pela portaria no. 992 do Ministério da Saúde.

A PNSIPN é considerada uma ação afirmativa que vem sendo construída há quase quarenta anos. Vale destacar que ela estabelece como um de seus objetivos o aprimoramento dos sistemas de informação do SUS em relação à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia, além da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados, especialmente os relativos à morbidade e à mortalidade, pois o correto preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação torna possível reconhecer as diferenças populacionais nos indicadores de saúde e conduzir ações que reduzam as desigualdades raciais (ROMERO; MAIA; MUZY, 2019). Em 2017, no âmbito do Código do SUS, instrumento que compila as normas do sistema, a PNSIPN foi instituída para promover a equidade em saúde. No mesmo ano, o MS editou uma portaria (BRASIL, 2017) que dispõe que o preenchimento do quesito deve ser realizado em todos os sistemas de informações do SUS e que as informações epidemiológicas divulgadas anualmente pelo SUS contenham dados de boa qualidade sobre raça/cor (MILANEZ, 2020).

Foi, então, apenas recentemente, em 2009, com a implantação da PNSIPN, que houve reconhecimento, no âmbito da saúde pública brasileira, de que o racismo é um fator

determinante de adoecimento e que há desigualdades étnico-raciais e racismo institucional no âmbito do SUS (DAMASCENO; ZANELLO, 2018, p. 451). Ainda segundo as autoras:

A saúde mental da população negra foi contemplada no capítulo terceiro da PNSIPN, quando se define como “estratégias de gestão”: (a) o “fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social” (Brasil, 2013, p. 28), e (b) o “fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (Brasil, 2013, p. 28). Ou seja, na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra a saúde mental não ficou esquecida. (Idem, *Ibidem*).

Estudos de indicadores de saúde que utilizam dados do SUS desagregados por raça/cor vêm sendo realizados no Brasil, em especial na última década (FIORIO, 2011; SILVA, 2017; ROMERO; MAIA; MUZY, 2019; SILVEIRA et al, 2021). Resultados encontrados em alguns desses estudos atestam, por exemplo, que a maioria dos usuários do SUS são pretos e pardos, que essa população, em geral, morrem mais cedo que os indivíduos brancos (FIORIO, 2011) e que a caracterização racial dos usuários dos serviços de CAPS ainda é reduzida, “[...] mesmo que seja importante marcador de cunho social - isso vai ao encontro da maneira como as desigualdades raciais no Brasil são tratadas pela sociedade: como inexistentes, o que reforça as iniquidades” (SILVA, 2017, p. 100).

O que torna o processo dessa classificação tão importante são as possibilidades que se abrem com a coleta do quesito raça/cor/etnia, entre os resultados esperados estão:

ampliar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; aferir e combater o impacto do racismo e da discriminação na constituição do perfil de morbimortalidade da população negra; estimular pesquisas que tenham o recorte da raça/cor/etnia, na base de dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018).

O racismo verificado nas instituições de saúde é considerado hoje um agravante no indicativo de doenças e agravos entre a população negra. O ambiente excludente vivenciado pela população negra em grande parte dessas instituições fomenta discursos de não adesão e de desconfiança da aplicação de procedimentos científicos (WERNECK, 2016).

4 SUICÍDIO DA POPULAÇÃO NEGRA E ANÁLISE PRELIMINAR DEDADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TOCANTINS

Existe um consenso de que os danos causados pelo racismo afetam significativamente os níveis psicológicos e psicossociais dos sujeitos a ele submetidos. O racismo, no Brasil, é um crime inafiançável. O racismo e as desigualdades raciais têm potencial para causar sofrimento e abalar a saúde psicológica de pessoas negras, que, em casos extremos, podem recorrer ao suicídio como forma de se pôr no mundo assumindo o controle que não aparece nadinâmica das relações de poder ou como meio de exterminar um sofrimento ou dor latente.

Os impactos do racismo geram efeitos que incidem diretamente no comportamento das pessoas negras que normalmente estão associados à humilhação racial e à negação de si, que podem levar a diversas consequências inclusive às práticas de suicídio. Os determinantes sociais e principalmente aqueles relacionados ao acesso e permanência na educação influenciam adolescentes e jovens negros sobre suas perspectivas em relação à vida. (BRASIL, 2019, p. 54).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), comportamento suicida é “[...] um fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis” (OMS, 2000, s/p). Barbosa, Macedo e Silveira apontam que há diversos aspectos em torno deste fenômeno, o que corrobora com a afirmação da OMS. De acordo com Botega (2015, p.11), “a palavra suicídio é conhecida desde o século XVII. Suas várias definições costumam conter uma ideia central, mais evidente, relacionada ao ato de terminar com a própria vida, e ideias periféricas, menos evidentes, relacionadas à motivação, à intencionalidade e à letalidade”. O suicídio é um fenômeno bastante complexo e apresenta diversos fatores que aumentam o risco da tentativa e da morte por essa causa. A tentativa de suicídio, porém, é o principal fator de risco para outra tentativa e para o próprio suicídio.

No ano de 2006, foi lançado pelo Ministério da Saúde uma cartilha sobre Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental (D’OLIVEIRA; BOTEGA, 2006), mesmo ano em que foram lançadas as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio. Conforme o manual, alguns dos fatores de risco para o suicídio são transtornos mentais; sociodemográficos; psicológicos; e condições clínicas incapacitantes. Neste mesmo documento é destacado que há um peso maior quando o indivíduo apresenta história de tentativa de suicídio e transtorno mental. O documento coloca em vista os fatores teóricos que compõe o ato de suicidar-se, sendo essa uma ação ambivalente em suas diversas camadas, desde a decisão de quem toma ao fato de que por mais que haja técnicas e conteúdos teóricos para pautar e tentar preservar a vida, sua aplicação não garante que os casos serão evitados.

A intenção de suicídio passa por um processo com algumas etapas antes de chegar ao ato de autoextermínio, que é a morte. Há a ideação que é a contemplação ou imaginação da ação; depois a criação de um plano para que isso aconteça, que pode acontecer com ensaios ou serem imaginários, o que por sua vez culmina na concretização do ato suicida. Essas etapas não acontecem necessariamente nessa ordem e em todas as vezes, a pessoa pode ir e voltar de uma etapa para outra. No entanto, a cartilha frisa que é importante não perder de vista que este é um fenômeno com multiplicidade de variáveis e que tem como característica certa imprevisibilidade (Idem, p. 51).

Em seu conteúdo ela traz três características presentes em sujeitos que se encontram em estado de risco de suicídio, são elas: ambivalência que é “predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é o fator que possibilita a prevenção do suicídio”, os problemas pessoais que acontecem na vida de cada um, e essa luta interna entre os desejos de viver e de acabar com a dor psíquica, se dado apoio emocional, e assim esse desejo de viver aumentar o risco de suicídio diminuirá; a segunda característica é a impulsividade que “[...] como qualquer outro impulso, o impulso de cometer suicídio pode ser transitório e durar alguns minutos ou horas”, pode ser desencadeado por eventos negativos do dia a dia, esses momentos são chamados de crise, o risco pode ser diminuído ao acalmar a crise e ganhar tempo; e por último há a rigidez/constricção que diz respeito ao “estado cognitivo de quem apresenta de comportamento suicida é, geralmente, de constricção”, a consciência começa a funcionar de forma dicotômica: tudo ou nada. (Idem, p. 51-52) O suicídio começa a parecer a única opção e um pensamento constante, apresentam pensamentos rígidos e drásticos tais como: “O único caminho é a morte”, “Não há mais nada o que fazer”, há também a “visão em túnel” que se refere ao estreitamento das opções disponíveis (Idem, Ibidem).

Segundo os autores, existe uma série de sinais que podem indicar uma tendência suicida, o material alerta sobre quinze delas, as quais são: comportamento retraído; inabilidade para se relacionar com a família e amigos; pouca rede social; doença psiquiátrica; alcoolismo; ansiedade ou pânico; mudança na personalidade; irritabilidade; pessimismo; depressão ou apatia; mudança no hábito alimentar e de sono; tentativa de suicídio anterior; odiar-se; sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha; uma perda recente importante – morte, divórcio, separação etc.; história familiar de suicídio; desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento etc.; sentimentos de solidão, impotência, desesperança; cartas de despedida; doença física crônica, limitante ou dolorosa; menção repetida de morte ou suicídio (Idem, p. 61).

O suicídio é considerado um problema de saúde pública: no mundo, cerca de meio

milhão de pessoas morrem em decorrência do autoextermínio, de acordo com a OMS¹⁰. Costa et al (2006), afirmaram que de acordo com *Oxford Textbook of Public Health*, para se caracterizar um problema de saúde pública é preciso preencher duas áreas: 1. O impacto no indivíduo em termos de anos potenciais de vida perdidos, a extensão de incapacidade, dor e desconforto, o custo do tratamento, e o impacto na família do indivíduo; 2. O impacto na sociedade – mortalidade, morbidade e custos do tratamento para a sociedade (Idem, p. 145).

Embora seja um assunto delicado, ainda tratado como tabu na sociedade em geral e que deriva de uma série de fatores, há precauções e cuidados possíveis a se tomar para tentar evitar que o sofrimento do sujeito chegue a uma tentativa de dar fim à vida, levando-o ao óbito. A ideia suicida, que por sua vez “[...] se refere aos pensamentos de autodestruição e ideias suicidas, englobando desejos, atitudes e planos que o indivíduo tem para dar fim à própria vida” (BORGES; WERLANG, 2006, apud MOREIRA, BASTOS, 2015, p. 450), é muito mais comum do que a passagem ao ato em si, que é a ação de atentar contra a própria vida independente do resultado. Os casos e índices de tentativas são mais altos que os de óbito, de acordo com o Boletim Epidemiológico N° 33, lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em setembro de 2021 com dados referentes a 2019, apresenta que para 51.047 pessoas cometeram outras tentativas de suicídio (40,9%), para 46.330 pessoas não houve outras ocorrências (37,2%) e 27.332 pessoas essa característica foi marcado como ignorados (21,9%), isto também reflete na multifatorialidade desse fenômeno dado que nem toda tentativa tem o mesmo final (o óbito).

Como não há um único e exclusivo fator determinante, mas um conjunto destes a se observar, a investigação exige certa atenção e preparo por parte dos profissionais que estão atendendo. Isso, por sua vez, torna alguns atendimentos difíceis de serem realizados de forma que melhor acolha pessoas em risco de suicídio, especialmente quando esse risco não é evidente. Uma das formas previstas por lei de contornar este problema é com a formação continuada dos profissionais do sistema de saúde dando melhor fundamentação e estratégias práticas. Infelizmente, o SUS é sujeito a muitas mudanças de funcionamento seguindo, por exemplo, alterações nas gestões de âmbito federal, estadual e municipal, o que por vezes altera a dinâmica de funcionamento das instituições do sistema que atendem os usuários, o que pode dificultar a formação continuada dos profissionais.

¹⁰ “Nos últimos 45 anos, as taxas de morte por suicídio tiveram aumento de 60% no mundo, como mostra a OMS, ficando entre as três causas de morte mais frequentes em populações de 15 a 44 anos, em alguns países, e a segunda maior causa em grupos de 10 a 24 anos, em outras regiões.” (Disponível em: www.portal.fiocruz.br/noticia/suicidio-deve-ser-tratado-como-questao-de-saude-publica-alertam-pesquisadores).

O atendimento primário é o primeiro contato do usuário com o sistema, e por sua vez é de suma importância a qualificação adequada dos profissionais que prestam esse serviço, dado que é nesses espaços que a possibilidade de identificação de um sujeito em risco, mas que não realizou uma tentativa é possível de ser feita. Como dito anteriormente, este é um fenômeno multifatorial, e o olhar atento de um profissional qualificado nestes espaços faz toda a diferença, assim como a capacitação contínua dos profissionais de saúde sobre o assunto pode tornar esse um fator preventivo do suicídio na forma de um serviço qualificado para atender os usuários.

Fatores de risco sociodemográficos para o suicídio em geral incluem categorias como: sexo masculino; faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos; estratos econômicos extremos; residentes em áreas urbanas; desempregados (principalmente perda recente do emprego); aposentados; em isolamento social; solteiros ou separados, e migrantes. Nas cartilhas e materiais consultados para essa pesquisa, apenas as publicações especializadas, em sua maioria recentes, ou seja, aquelas que incluem o debate sobre a população negra, listam o racismo como fator de risco para o suicídio.

Segundo o já citado Boletim Epidemiológico Nº 33 do MS, o suicídio pode afetar qualquer pessoa, no Brasil, “no entanto, são mais vulneráveis à morte por suicídio: homens, pessoas com pouca escolaridade, idosos, adultos, população indígenas e adolescentes e jovens negros”. (BRASIL, 2021, p. 9). De acordo com esse Boletim, homens negros (pardos e pretos) são os que tem as maiores taxas de suicídio, sendo os adolescentes os que apresentam as maiores incidências entre 2010 e 2019. Nesse documento, não é possível encontrar as palavras “preto” ou “pardo, a identificação utilizada é “negra”. Não há, porém, em nenhuma parte do boletim, uma explicação de porque essa foi a escolha adotada, considerando que os dados desagregados por raça/cor em geral são apresentados usando as categorias do IBGE.

Análises sobre o fenômeno do suicídio da população negra no Brasil, além de recentes, são escassas. Tavares (2017), em um dos poucos artigos que versam diretamente sobre o tema, aponta que apenas na segunda década do século XX, textos especializados e artigos científicos começam a articular a sub-representação da população negra nos dados epidemiológicos sobre suicídio no contexto brasileiro a uma possível influência do racismo. Um dos pontos de debate refere-se à “[...] inserção tardia da categoria raça no da variável raça/cor no Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) em 1996 e [à] subnotificação, decorrento estigma social que favorece a omissão de casos na população em geral” (Idem, p. 73). Para discutir a invisibilidade das mortes por suicídio em uma população “[...] historicamente submetida a extremo sofrimento físico, psíquico e social” (Idem, p. 74), a autora

recorre aos poucos dados disponíveis em publicações governamentais sobre saúde da população negra, estratégia também adotada no presente trabalho.

4.1 Análise preliminar dos dados epidemiológicos de óbitos por suicídio no Tocantins de 2016 a 2020.

Diante dos dados previamente apresentados na Tabela 1, e corroborados pelos dados apresentados abaixo, na Tabela 2, percebe-se que o Tocantins ocupa um lugar preocupante no que tange às taxas de óbito por suicídio no cenário nacional. A Tabela 2 é um excerto do Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2021 (FBSP, 2021), com dados compilados a partir de informações fornecidas pelas secretarias de segurança pública estaduais, pelas polícias civil, militar e federal, entre outras fontes oficiais da Segurança Pública.

Já a fonte de dados epidemiológicos utilizada a qual forneceu o número de óbitos por raça/cor entre 2016 e 2020 no Tocantins foi o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Os números foram coletados pela internet via TABWIN em 22 de outubro de 2021 e 14 de março de 2022 com auxílio de um técnico do Ministério da Saúde. No SIM, foram selecionados apenas os óbitos que tiveram como causa de morte o suicídio. Para isso, foi utilizada a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) com os seguintes diagnósticos correspondentes ao suicídio: X60 a X84 (óbitos por autointoxicações ou lesões autoprovocadas). Posteriormente, foram coletados dados relacionados aos óbitos por suicídio por faixa etária nesse mesmo recorte temporal. Vale mencionar que quando os dados gerais foram acessados, os números relativos a 2020 ainda não estavam consolidados. Em 20 de dezembro de 2021, foi publicada uma portaria no Diário Oficial da União prorrogando o prazo para o encerramento do banco de dados de 2020 do SIM e do SINASC até o dia 31 de março de 2022¹¹.

O documento de entrada no SIM é a DO que é um documento padronizado e utilizado pelos Cartórios para a emissão da Certidão de Óbito, a declaração possui nove blocos para preenchimento, e cada bloco contendo uma quantidade específica de variáveis, ao todo o documento possui sessenta e duas variáveis. De acordo com o “Manual de Procedimentos do Sistema de Informações Sobre Mortalidade” de 2001, a princípio o preenchimento está em responsabilidade dos médicos, entretanto estes se concentram apenas nas variáveis que têm ligação direta com sua atividade profissional, sendo elas o tipo de óbito, local da ocorrência e

¹¹ Portaria SVS no. 39 de 16 de dezembro de 2021.

o atestado médico em específico. O bloco do DO referente ao atestado médico segue o modelo internacional, que é aprovado pela OMS, é possível inserir anotações das causas que contribuíram para o óbito, condições mórbidas presentes ou preexistentes no momento da morte e essas informações são inseridas utilizando Classificação Internacional de Doenças (BRASIL, 2001).

Considerando que algumas das políticas e mudanças na obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor foram estabelecidas após 2001, houve uma outra publicação sobre o preenchimento da DO em 2011 com atualizações. O documento de 2001 não apresenta informações sobre o preenchimento do quesito cor/raça, mas essa versão mais recente traz as seguintes orientações: não é admitido a alternativa “Ignorada”, a cor deve sempre ser perguntada ao responsável, “não devendo nunca ser decidida pelo médico a partir da observação”. O responsável deve então ser informado de todas as que no total são cinco, sendo as seguintes correspondências de cor para preenchimento do campo: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela (pessoa de origem oriental: japonesa, chinesa e coreana entre outras) 4. Parda (inclui-se nesta categoria morena, mulata, cabocla, cafuza, ou qualquer outro mestiço de pessoa da cor preta com pessoa de outra cor ou raça) 5. Indígena (se aplica aos indígenas ou índios que vivem em aldeamento, como também aos que se declararam indígenas e vivem fora do aldeamento). É imperativo que o responsável seja quem faça a escolha da definição da raça/cor do falecido e somente em último caso fica a cargo do funcionário da saúde preencher este quesito nos formulários (BRASIL, 2011).

Entre 2012 e 2016, foi notado melhoria na qualidade de informações do SIM, isso foi observado através da queda no percentual de ignorados no campo raça/cor das DO. Segundo o documento “Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros - 2012 a 2016”, o percentual passou de 4,0% em 2012 para 2,4% em 2016. No documento, é apontado também que houve aumento na taxa de suicídio entre pretos em comparação com as demais classificações que nesse mesmo período, passando de 53,3% para 55,4%.

Tabela 2 - Suicídio: *Brasil e unidades da Federação - 2019 – 2020***Suicídios***Brasil e Unidades da Federação - 2019-2020*

Brasil e Unidades da Federação	Suicídio				
	Ns. Absolutos		Taxas ⁽¹⁾		Variação (%)
	2019 ⁽²⁾	2020	2019	2020	
Brasil	12.745	12.895	6,1	6,1	0,4
Acre	60	76	6,8	8,5	24,9
Alagoas	192	169	5,8	5,0	-12,4
Amapá	66	42	7,8	4,9	-37,5
Amazonas	229	292	5,5	6,9	25,6
Bahia	371	383	2,5	2,6	2,8
Ceará	641	649	7,0	7,1	0,6
Distrito Federal	182	196	6,0	6,4	6,3
Espírito Santo	233	189	5,8	4,7	-19,8
Goiás	581	607	8,3	8,5	3,1
Maranhão	171	191	2,4	2,7	11,1
Mato Grosso	254	280	7,3	7,9	8,9
Mato Grosso do Sul	179	168	6,4	6,0	-7,2
Minas Gerais	1.687	1.656	8,0	7,8	-2,4
Pará	360	383	4,2	4,4	5,3
Paraíba	253	244	6,3	6,0	-4,1
Paraná	629	691	5,5	6,0	9,1
Pernambuco	494	474	5,2	4,9	-4,6
Piauí	141	148	4,3	4,5	4,7
Rio de Janeiro	734	679	4,3	3,9	-8,0
Rio Grande do Norte	106	108	3,0	3,1	1,1
Rio Grande do Sul	1.280	1.383	11,3	12,1	7,6
Rondônia	148	147	8,3	8,2	-1,7
Roraima	56	60	9,2	9,5	2,8
Santa Catarina	970	880	13,5	12,1	-10,4
São Paulo	2.525	2.578	5,5	5,6	1,3
Sergipe	109	124	4,7	5,3	12,8
Tocantins	94	98	6,0	6,2	3,1

Fonte: Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

(1) Por 100 mil habitantes.

(2) Atualização das informações publicadas no Anuário Brasileiro de Segurança Pública, ano 14, 2020.

Fonte: Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2021.

Os dados coletados junto ao SIM foram organizados em duas tabelas (Tabela 3 e Tabela 4), e além da análise desses dados, é importante levantar algumas questões acerca dos procedimentos da coleta de dados, no caso da DO, pensando o quesito raça/cor. O intuito desse exercício não é traçar uma análise de perfil epidemiológico do suicídio, mas iniciar uma reflexão a partir de dados epidemiológicos consolidados, destacando a necessidade de conhecê-los, partindo do pressuposto que a qualidade da informação sobre raça/cor é condição necessária para conhecer o impacto da desigualdade na mortalidade entre negros e brancos no Brasil (ROMERO; MAIA; MUZY, 2019, p. 2).

Tabela 3 - Óbitos por suicídio – Tocantins (2016-2020 – SIM, 2021)

Óbitos por suicídio - Tocantins (2016-2020 - SIM, 2021)							
Frequência por Raça/Cor segundo Ano do Óbito							
Ano do Óbito	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Não informado	Total
2016	22	8	0	63	5	3	101
2017	25	5	0	77	5	3	115
2018	21	13	1	85	2	2	124
2019	24	11	0	90	5	4	134
2020	25	15	0	70	1	4	115
Total	117	52	1	385	18	16	589

Tabela 4 - Óbitos por suicídio por Faixa Etária segundo Raça/Cor (TO, 2016 – 2020 –SIM, 2021)

Óbitos por Suicídio por Faixa Etária segundo Raça/Cor (TO, 2016-2020* - SIM, 2021)											
Raça/Cor	Faixa etária (anos)										Total
	05-09	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
Não informada	0	1	4	2	1	3	0	3	1	0	15
Branca	0	1	9	17	23	24	13	12	7	6	112
Preta	0	0	4	13	10	9	7	3	2	2	50
Amarela	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Parda	1	7	42	80	79	58	53	25	23	5	373
Indígena	0	3	1	8	2	0	1	1	0	0	16
Total	1	12	60	121	115	94	74	44	33	13	567

*dados de 2016 a 2019 finais; dados de 2020 preliminares

Nas Tabelas 3 e 4, é possível observar que em 2016 o sistema registrou 8 casos de óbitos por suicídio em pessoas pretas e 63 casos entre pessoas pardas, já em 2020 esses números subiram para 15 e 70 respectivamente. No entanto, os números de casos oscilaram consideravelmente ao longo dos quatro anos, sendo que em 2019 o número de óbitos por suicídio de pessoas pardas chegou a 90, e essa foi a taxa mais alta observada nessa série temporal entre todos os grupos raciais.

Uma diferença que salta aos olhos ao observar as tabelas é o grande número de óbitos de pessoas pardas em comparação às outras categorias. Pela Tabela 3, conclui-se que cerca de 65% do total de óbitos na série temporal selecionada é de pessoas pardas. Em todos os anos selecionados, o número de óbitos de pessoas pardas é bastante elevado quando comparado aos outros grupos raciais. Uma das explicações possíveis para esse número bastante elevado de óbito por suicídio é a própria categoria “pardo”, que favorece uma espécie de “lançamento aleatório” como quesito sempre que uma dúvida ou inconclusão sobre a cor da pele aparece nos dados de raça/cor/etnia.

Segundo a portaria Nº 344 de 2017 (BRASIL, 2017), o quesito raça/cor presente nos formulários do SUS e nas entrevistas do IBGE precisa partir de uma autodeclaração, sendo esta é uma característica que envolve subjetividade do sujeito. Autoidentificação ou autodeclaração de cor/raça serve, fundamentalmente, como afirma Osório (2003, p. 17): “[...] como um critério favorável e adequado, uma vez que impede que imposições raciais sejam feitas orientadas por pensamentos baseados em preconceitos e promove a consciência racial por parte da população Negra”. Sabe-se que o mesmo a menção ao quesito raça/cor gera resistência por parte dos profissionais de saúde e uma série de medidas e orientações vêm sendo tomadas no sentido de mudar essa percepção sobre o preenchimento do quesito (SILVA et al, 2021).

A heteroclassificação ou heteroidentificação, por sua vez, é uma classificação feita por terceiros a partir da identificação que este tem do outro. Nos sistemas do SUS, as situações em que será necessário utilizar a heteroclassificação, isto é, quando outra pessoa, preferencialmente um membro da família, define a cor/raça ou etnia da pessoa assistida, deverá ser limitada a situações como: declaração de recém-nascidos vivos, declaração de óbito, registro de pacientes em coma ou quadros semelhantes. O quesito raça/cor na DO, portanto, procede da heteroclassificação. Esse dado pode corroborar com a sugestão de que o número alto de óbitos por suicídio entre a população parda pode se configurar, em alguma medida, como um lançamento aleatório. Schwarcz & Starling (2015, p. 94) observam que a cor parda, nos questionários do IBGE, parece mais uma opção “nenhuma das anteriores”, ou seja, um grande etcétera, uma espécie de coringa da classificação, pois a palavra pardo, no censo, “[...] é falada depois das palavras branco e preto, sugerindo que a escolha por ela deve ser feita somente após a recusa das alternativas anteriores, mais ‘polares’” (Idem, p. 90).

A classificação “pardo” vem gerando debates sobre a dinâmica étnico-racial brasileira desde a época da era pós-escravagista, na qual a palavra pardo foi cunhada para fazer referência aqueles que não eram “claros” o suficiente para ser considerados brancos e nem “escuros” o suficiente para serem negros (WESCHENFELDER e SILVA, 2018, p. 310). Como o afirmado por Alessandra Devulsky, advogada e autora do livro “Colorismo”, em uma entrevista para Carta Capital (2021, p.16)¹², pessoas pardas são associadas a algum grau de mestiçagem racial, todavia, por não terem ascendência europeia visível não são identificados como brancos. Isso reforça a importância do quesito raça/cor e do cuidado em seu preenchimento nos documentos que o solicitam, tendo em vista que o preenchimento pode refletir a mais do que só uma identificação étnico-racial, mas, em conjunto com as outras informações disponibilizadas, tem

¹² Entrevista concedida pela autora à revista Carta Capital. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/entrevistas/o-colorismo-e-o-braco-articulado-do-racismo/>

possibilidade de informar sobre a construção identitária de determinado grupo racial.

Na Pesquisa das Características Étnico-raciais da População (PCERP) do IBGE realizada em 2008, consta que “pardos” são os indivíduos que se autodeclararam mulatos, caboclos, cafuzos, mamelucos ou mestiços de preto com pessoa de outra cor ou raça. Vale destacar que a classificação parda apareceu pela primeira vez de forma oficial no Recenseamento realizado no Brasil em 1872, mas foi substituído por “mestiço” no ano de 1890 por conta da forte doutrina racista da época, o que acabou dando uma linguagem ambígua de inclusão-exclusão à classificação. Nos anos de 1900 e 1920, essa classificação não foi incluída e o de 1910 não foi realizado (IBGE, 2013), retornando em apenas em 1940, depois de passar por vários percalços devido a política do país na época, e neste mesmo ano foi incorporado a categoria “amarela”, dando a população da época três opções: branco, preto e amarelo, e obtendo respostas diferentes destas foi orientado fazer um risco neste quesito.

O lugar do pardo, seja como atribuição externa ou como autoatribuição, nos faz perceber como a lógica colonial ainda está entremeada em muitas escolhas, já que na sociedade brasileira ser branco ou o mais perto disso que se pode chegar é mais interessante, tem maior “passabilidade”, do que ser preto, tendo em vista que sujeitos “negros” são comprovadamente os mais vulneráveis em vários âmbitos. De acordo com Devulsky, o “colorismo é, basicamente, um conceito, uma categoria, uma prática, mas sobretudo é uma ideologia na qual hierarquizamos as pessoas negras de acordo com o fenótipo que têm”, que está presente na sociedade brasileira desde de a era escravocrata, podendo ser encontrada no contexto sociocultural da época e na forma como os negros nascidos de relações interraciais eram tratados e vistos, ou como a autora destaca de uma mestiçagem violenta com o propósito de embranquecer a população brasileira. Esse embranquecimento, conforme vimos no capítulo anterior, se configurou como um dispositivo de poder (branco) sobre a população negra, a quem foi negado, com uma pretensa liberdade, a inserção cidadã na sociedade brasileira.

O grande número de óbitos de pessoas negras na classificação parda nos dados do SIM que foram selecionados para esse trabalho levanta questões que estão no cerne da formação social e racial brasileira. O objetivo da análise não é esgotar o tema, mas proporcionar uma reflexão sobre essa disparidade numérica ao mesmo tempo em que destaca a importância de defender o preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas do SUS, assim como descrito ao longo do trabalho, considerando que

O uso da variável raça/cor e a sua utilização como categoria de análise podem gerar evidências científicas sobre o racismo como produtor de sofrimento psíquico e podem contribuir com a atuação dos serviços, da gestão e da sociedade civil/ controle social. Faz-se necessário que a política de saúde mental inicie discussão que vá além de recomendações de conferências, para que se definam estratégias para esse

enfrentamento e para que a academia produza e reproduza conhecimentos que desvelem mais detalhadamente esse fenômeno e possa ajudar na elaboração e na implementação dessas estratégias. (SILVA et al., 2017, p.112).

Os dados dispostos da Tabela 4, por sua vez, corroboram com algumas das informações presentes do documento “Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros -2012 a 2016”, qual seja, que os números de suicídio são expressamente mais altos na população negra jovem, em especial na classificação parda. Os números de suicídio em adolescentes negros são mais altos considerando a classificação branca, assim como de adultos. Essa observação reafirma a análise de OLIVEIRA (2019), de que, atualmente, um dos grandes problemas de saúde que a população negra enfrenta enquanto aspecto do racismo, refere-se à mortalidade precoce, os negros, em especial os homens, morrem prematuramente em todas as faixas etárias da vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o quesito raça/cor só foi implementado no SUS em 1º de fevereiro de 2017, o que faz desta uma ação recente apesar de sua importante função na coleta de dados para a análise social e saúde da população, e tendo a cor/raça parda um dos focos neste artigo, é trazido como um dos questionamentos centrais a de que essa pode estar sendo usada como a escolha utilizada toda vez que há indecisão ou receio na hora da identificação, seja de perguntar ou por ser de alguma forma desconfortável, principalmente por este estar todas as características que não são facilmente identificáveis visualmente e pelo fato de que é expressamente proibido dar como “ignorado” na hora do preenchimento do requisito.

Ao olhar e comparar aos dados obtidos pelo SIM, foi possível perceber que as altas taxas de suicídio da população negra no Tocantins são corroboradas pelos documentos técnicos federais e artigos científicos citados ao longo do trabalho. Notou-se, também, em muitas publicações sobre suicídio, o racismo não aparece como causa de adoecimento mental e fator de risco, embora seja reconhecido pela OMS e pelas políticas do SUS causa adoecedora e provocadora de autoextermínio, ou seja, em muitas instâncias esse debate é, de certa forma, invisibilizado.

E algo que salta aos olhos é a quantidade de óbitos atribuídos a população então denominada parda, que segundo o IBGE esta é constituída de indivíduos que são mestiços (ressaltando que esse é um dado, em geral, coletado através da autodeclaração, ou seja, essa declaração é feita com base no entendimento do sujeito do que é considerado por ele cada classificação do quesito cor/raça e seu contexto sociocultural tem influência direta), no entanto é uma determinação que cabe especulação quando analisada o contexto histórico brasileiro, assim como a forma que a autodeclaração é feita e seus fatores determinantes dessa que é uma decisão tomada na hora do preenchimento desse quesito nos formulários seja do IBGE ou do SUS, uma vez que ao falarem de uma população “negra” é aos indivíduos que fazem parte do grupo racial pardo e preto.

Assim como afirmado por Lucas Veiga (2019, p.245), “[...] vivemos num país antinegro, isto tem efeitos nocivos sobre as subjetividades negras”, E por ser sentida e ter impacto há umafeto e consequências provenientes disto, uma delas sendo o suicídio. Souza (1983) reitera que quando a sociedade escravagista fez do africano escravo, nesse momento definiu também que negro seria raça, assim como determinou seu lugar, forma de tratamento, sua interação com o homem branco e colocou em paralelo a cor negra e a posição social inferior (Idem, p. 19), principalmente pelo fato de que o branco só via negros como mão de obra e feitos

para servir. Desse modo, tudo que era relacionado qualitativa e subjetivamente a bom, bonito foi atrelado ao homem branco, também fruto da ideologia da superioridade branca. Além disso, na sociedade pós-abolição, a população negra era livre, mas não cidadã. Esse momento também alterou os processos de subjetivação destes que agora vivem na diáspora, a forma de se enxergar no mundo e socialmente e o lugar ao qual foi determinado a eles ocuparem, visto que por mais que a escravidão tenha terminado e a liberdade concedida, isso não tornou os sujeitos em cidadãos e este foi um fato que moldou a sociedade brasileira atual e sua dinâmica. Essa é a época em que se encontra a origem do uso das palavras mulata, pardo etc., e essa também é a parte da historiografia oficial do Brasil.

A saúde mental e a subjetividade da população negra sofreram ataques constantes desde a era escravocrata, os castigos e dispositivos sociais de controle usados nos grupos de indivíduos contrabandeados do continente africano e tornados escravos, e estes sentiram seus efeitos devastadores, tanto é que muitos destes cometeram suicídio e isso antes mesmo de chegar em terras brasileiras. O movimento negro e, em especial, as mulheres negras, encamparam uma série de lutas desde a década de 1970 para retomar a significação positiva da negritude, denunciar a branquitude e a desigualdade racial e exigir do Estado políticas de reparação e cuidado à saúde da população negra, como a PNSIPN.

Concluo o presente trabalho indagando que, se o racismo tem como alvo pessoas negras, logo sua escuta deve ser especializada e direcionada. Isso não significa se que um psicólogo (a) branco atender um paciente negro o processo não tenha efeito, um bom trabalho pode ser feito nessa situação em que envolve questões de raça, contudo, pra isso o profissional de psicologia, se branco, precisa se perceber enquanto ocupante de seu lugar de privilégio e ter na sua escuta, elementos que torne o acompanhamento psicológico possível. Manuela Stelzer (2022) em sua reportagem para Revista Gama, traz à luz um pouco sobre esse debate. Ela explana, com a colaboração de profissionais especialistas, até que ponto os marcadores sociais podem ser facilitadores em uma análise terapêutica e em que ponto estes podem se tornar complicadores.

Os marcadores sociais presentes no profissional da Psicologia não são garantias de que este irá acolher e entender as questões sociais e raciais que permeiam a vida de um sujeito negro. O determinante, nesse ponto, é a “escuta ativa” que esse profissional empregará em seu trabalho, pois não obstante seu atendimento deva ser livre de crenças e moral pessoais, o psicólogo(a) é um sujeito permeado de história, processos subjetivos, privilégios e assim como afirma a especialista Maria Lúcia da Silva em sua entrevista: “[...] O fato de você ser um profissional da saúde mental não significa que você resolveu as questões e preconceitos da vida.

Você continua sendo um ser humano”. (STELZER, 2022, s/p). Nesse caso, é importante frisar que, como o passar dos anos, e em especial com o advento das cotas no Ensino Superior, os lugares de pacientes e profissionais de psicologia estão sendo cada vez mais ocupados por sujeitos negros, que dessa forma propõe movimentação e uma possível mudança dinâmica nessa área da saúde.

Usar de empatia no atendimento psicológico é uma regra básica, todavia, por vezes somente isto não basta para haver uma ligação e a produção eficaz de um trabalho em terapia quando o paciente é um sujeito negro, a complexidade de suas questões e no mundo em que está envolvido ocasionou a necessidade de uma psicologia voltada para esses sujeitos negros a partir de profissionais negros. O conhecimento do local, da vivência e elementos formadores da subjetividade desse sujeito muda a escuta ativa deste profissional, o que também causa mudança nas possibilidades de ações e decisões terapêuticas que este toma, o que acaba colaborando para a quebra de uma psicologia elitizada, dentre elas a que é tema deste artigo.

Portanto, está escuta qualificada, racializada e afinada é um potencializados da prática do profissional e pode vir a ser o que possibilita a leitura do um “flerte ao suicídio” pode vir a significar. Embora exista uma política pública que abarca essa temática em específico, a leitura é feita em um âmbito de plano geral de viés comum e que em sua essência tem por significado a mesma coisa a todos as pessoas que o cometem (sendo estes com óbito ou não), sendo ele o de acabar com um sofrimento latente.

Por fim, vale reafirmar que o racismo é um fator de risco para o suicídio e fator determinante de adoecimento mental de pessoas negras no Brasil e que os estudos epidemiológicos têm como objetivos a procura do “[...] princípio de equidade, ou seja, a redução das desigualdades sociais expressas em termos de indicadores epidemiológicos e sócio sanitários (TEIXEIRA, 1999).”. A captação de dados, como os dados de raça/cor analisados neste trabalho, pode ser utilizada na melhora do sistema de atendimento de saúde mental como os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) e uma reformulação em seu modelo de atendimento aos usuários, se necessário.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de; COELHO, Maria Thereza Ávila; PERES, Maria Fernanda Tourinho. **O conceito de saúde mental**. Revista USP, n. 43, p. 100-125, 1999.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; BARRETO, Mauricio L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. In: Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações. 2011. p. 699-699.

BATISTA, Luis Eduardo; BARROS, Sônia. **Enfrentando o racismo nos serviços de saúde**. Cadernos de saúde pública, v. 33, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas**. Brasília, 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade**. 1ª ed. Brasília-DF, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília/DF: 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. **Política nacional de saúde integral da população negra: uma política do SUS**. Brasília, DF: 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Óbitos por Suicídio entre Adolescentes e Jovens Negros 2012 a 2016** [Internet]. Brasília, DF; 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2017). **Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Diário Oficial da União.

BRASIL. CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - 23ª REGIÃO. **CREPOP lança publicação sobre Psicologia e Relações Raciais**; Exemplares já estão disponíveis na mini biblioteca do CRP-23. Publicado em: 27 de outubro de 2017. Disponível em: <http://www.crp23.org.br/crepop-lanca-publicacao-sobre-psicologia-e-relacoes- raciais-exemplares-ja-estao-disponiveis-na-mini-biblioteca-do-crp-23/>

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relações Raciais: Referências Técnicas para atuação de psicólogas/os**. Brasília: CFP, 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relacoes- raciais-referencias-tecnicas-para-pratica- do-psicologao/>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**. Boletim Epidemiológico 2021; 33: 1–10.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº 7103/2014, de 11 de fevereiro de 2014.** Modifica a Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010 (Estatuto da Igualdade Racial), para incluir o quesito cor ou raça nos prontuários, registros e cadastramentos do Sistema de Informação em Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=606005> Acesso em: 23 de Janeiro de 2022.

BORRET, Rita Helena et al. **Reflexões para uma Prática em Saúde Antirracista.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 44, 2020.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida.** Artmed Editora, 2015.

BAERE, Felipe de; ZANELLO, Valeska. **O gênero no comportamento suicida:** Uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 23, n. 2, p. 168-178, jun. 2018.

BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. **Depressão e o suicídio.** Revista da SBPH, v. 14, n. 1, p. 233-243, 2011.

CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva. **Psicologia social do racismo:** estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Editora Vozes, 2002.

COSTA, Juvenal Soares Dias da; VICTORA, Cesar G. **O que é “um problema de saúde pública”?** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 9, p. 144-146, 2006.

DAMASCENO, Marizete Gouveia; ZANELLO, Valeska M. Loyola. **Saúde mental e racismo contra negros:** produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 38, p. 450-464, 2018.

D’OLIVEIRA, C. F.; BOTEGA, N. J. **Prevenção do suicídio:** manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2006.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública:** 2021. São Paulo: FBSP, 2021.

IGNÁCIO, Marcos Vinicius Marques; MATTOS, Ruben Araujo de. **O Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental do Ministério da Saúde:** a saúde mental da população negra como questão. Saúde em Debate, v. 43, p. 66-78, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios:** síntese de indicadores 2019 (PNAD 2019).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estudos e Análises: informação demográfica e socioeconômica.** 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil.** Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 41, 2019. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Editora Cobogó, 2019.

LIMA, Luana; PAZ, Francisco Phelipe Cunha. **A morte como horizonte?**. Notas sobre suicídio, racismo e necropolítica. *Teoria e Cultura*, v. 16, n. 1, p. 95-109, 2021.

MESQUITA, Ana Cláudia; CARVALHO, Emilia Campos de. **A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, p. 1127-1136, 2014.

MILAVEZ, Jaciane. **Qual a função do quesito raça/cor no SUS? Por que burocracias o silenciam?** *Nexo Jornal*, São Paulo, 29 jun. 2020. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/opiniaio/2020/Qual-a-fun%C3%A7%C3%A3o-do-quesito-ra%C3%A7a-cor-no-SUS-Por-que-burocracias-o-silenciam> Acesso em 22 de mar. 2022.

MOREIRA, Lenice Carrilho de Oliveira; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. **Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura**. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 19, n. 3, p. 445-453, 2015.

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. **Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira**. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 939-948, set. 2019

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE) **Manual para médicos clínicos gerais**. Departamento de Saúde Mental Transtornos Mentais e Comportamentais. Genebra – 2000. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf

OSÓRIO, Rafael Guerreiro. **O sistema classificatório de " cor ou raça" do IBGE**. Brasília, DF: Ipea, 2003.

PEREIRA, Júnia Cristina. **A identidade interrogada: processos de interpelação e de (des) racialização na performance Parda**. *Raído*, v. 14, n. 34, p. 53-76, 2020.

ROMERO, Dalia Elena; MAIA, Leo; MUZY, Jessica. **Tendência e desigualdade na completude da informação sobre raça/cor dos óbitos de idosos no Sistema de Informações sobre Mortalidade no Brasil, entre 2000 e 2015**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. e00223218, 2019.

RODRIGUES, Gabriela Machado Bacelar. **(Contra) mestiçagem negra: pele clara, anti-colorismo e comissões de heteroidentificação racial**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, 2021.

SILVA, Mayara Teodoro da et al. **Acesso a saúde tem cor e não é preta: revisão integrativa do racismo institucional à população negra**. *RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar- ISSN 2675-6218*, v. 2, n. 10, p. e210871- e210871, 2021.

SILVEIRA, Raquel et al. **Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul do Brasil**. *Saúde e Sociedade*, v. 30, p. e200414, 2021.

SARRIERA, Jorge Castellá et al. **Paradigmas em psicologia: compreensões acerca da saúde e dos estudos epidemiológicos.** Psicologia & Sociedade, v. 15, p. 88-100, 2003.

SANTOS, Neusa de S. **Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

STELZER, Manuela. **Seu psicólogo te entende?** Gama Revista. Janeiro de 2022. Disponível em: <https://gamarevista.uol.com.br/semana/como-ta-sua-cabeca/seu-psicologo-te-entende/> Acesso em : 05 de fevereiro de 2022.

SEGATO, Rita. **Raça é signo.** Série 372 Antropologia. Brasília, 2015.

SCHUCMAN, Lia Vainer. **Famílias inter-raciais: tensões entre cor e amor.** SciELO-EDUFBA, 2018.

SCHWARCZ, Lilia M. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1970-1930.** São Paulo: Companhia das Letras, 1993. p. 11-22.

SILVA, Naiara Gajo et al. **O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial.** Trabalho apresentado no I Seminário Internacional sobre avaliação da qualidade da atenção em saúde de populações vulneráveis: pessoas com transtorno mental, usuário de álcool e outras drogas e população negra. São Paulo, 12 e 13 de novembro de 2015. Saúde e Sociedade [online], 2017, v. 26, n. 1.

VEIGA, Lucas Motta. **Descolonizando a psicologia: notas para uma Psicologia Preta.** Fractal: Revista de Psicologia, v. 31, p. 244-248, 2019.

WESCHENFELDER, Viviane Inês; DA SILVA, Mozart Linhares. **A cor da mestiçagem: o pardo e a produção de subjetividades negras no Brasil contemporâneo.** Análise Social, v. 53, n. 227, p. 308-330, 2018.