

O cuidado de crianças e adolescentes negros com problemas de saúde mental na interseccionalidade entre gênero e raça*

Luciane Régio^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-9017-4332>

Sônia Barros^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-6346-9717>


Caroline Ballan¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8908-6669>


Carla Aguiar¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6653-963X>

Bruna de Paula Candido¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2822-2484>

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1069-8700>

Destaques: (1) O perfil sociofamiliar influencia o processo saúde-doença de crianças e adolescentes. (2) Desigualdades de gênero, raça/cor, etnia e classe social são determinantes de saúde mental. (3) Interseccionalidade como *categoria analítica* para aprimorar o cuidado em liberdade no SUS.

Objetivo: caracterizar o perfil sociofamiliar de crianças e adolescentes negros com problemas de saúde mental e descrever interseccionalmente quem se responsabiliza por seus cuidados.

Método: estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa, desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da região norte do município de São Paulo. Os dados foram coletados com 47 familiares de crianças e adolescentes negros, utilizando um roteiro com variáveis pré-definidas, submetidas à análise estatística.

Resultados: foram realizadas 49 entrevistas, sendo 95,5% com mulheres, média de idade de 39 anos, 88,6% mães, 85,7% negras. A renda familiar é proveniente de salário, para 100% dos cuidadores homens e para 59% das mulheres. Dentre as cuidadoras pretas, 25% possuem casa própria, sendo que, dentre as pardas, 46,2%. Do total de cuidadores, 10% vivem em condições de ocupação, 20% habitam moradias cedidas, 35% casas próprias e 35% alugadas. A rede social de suporte é maior entre os brancos (16,7%), seguido pelos pardos (3,8%) e ausente entre os pretos (0%). **Conclusão:** as responsáveis pelo cuidado de crianças e adolescentes negros acompanhados pelo CAPSij, são na quase totalidade mulheres, "mães ou avós" negras (pretas ou pardas), com acesso desigual à educação, trabalho e moradia, direitos sociais constitucionais no Brasil.

Descritores: Saúde Mental; Gênero; Raça; Crianças; Adolescentes; Centros Comunitários de Saúde Mental.

* Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processos nº 2018/07251-2 e nº 2020/03493-1, Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, Curso de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Instituto de Estudos Avançados, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Régio L, Barros S, Ballan C, Aguiar C, Candido BP, Oliveira MAF. The care provided to black-skinned children and adolescents with mental health problems in the intersection between gender and race. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3942 [cited ____-____-____]. Available from: _____ <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6058.3942>

Introdução

A qualidade em saúde mental tem relação direta com o acesso e garantia dos direitos humanos pois as condições sociais, econômicas, políticas, culturais, geográficas e étnico-raciais, interseccionadas impactam a vida das pessoas⁽¹⁾. Segundo a Estratégia Global para a saúde das mulheres, crianças e adolescentes (2016-2030) da Organização Mundial da Saúde, precárias condições de vida interferem significativamente na saúde e bem-estar dessas populações, com iniquidades no desenvolvimento físico, cognitivo, psicológico e/ou socioemocional⁽²⁾.

No Brasil, com a Constituição de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas de saúde voltaram-se à tentativa de redução das iniquidades de gênero, raça, idade, classe social, etnia, desigualdades geográficas⁽³⁻⁴⁾. A pauta dos cuidados em saúde mental para a infância e adolescência foi incluída na II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, e os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) foram instituídos pela Portaria n.º 336/2002⁽⁵⁾.

A Convenção da Organização das Nações Unidas (NU) sobre Direitos da Criança, ratificada por todos os países do mundo (exceto os EUA), aborda os direitos das crianças à saúde mental. As crianças com deficiências/desabilidades frequentemente enfrentam a marginalização e discriminação, e as vulnerabilidades são agravadas pela pobreza, isolamento social e humanitário, emergências, falta de rede de apoio institucional, familiar e social⁽⁶⁾.

Historicamente, a atenção à saúde da população negra foi e ainda é, quantitativamente e qualitativamente, inferior à da população branca⁽⁷⁾. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é pautada no combate a essas iniquidades e ao racismo institucional nos serviços de saúde⁽⁸⁻⁹⁾.

Sobre o perfil das pessoas usuárias de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) uma revisão da literatura apontou escassez de pesquisas brasileiras utilizando a variável raça/cor, fato que atrasa a formulação de políticas públicas adequadas para o enfrentamento de iniquidades sociais e raciais. A recomendação é que a variável seja utilizada em pesquisas como categoria de análise, por ser um importante marcador social para contribuir com práticas e políticas de garantia de direitos⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Em relação à configuração familiar de crianças e adolescentes acompanhados pelos serviços de saúde mental infantojuvenil, estudos apontam que a maioria pertence a famílias nucleares e residem com os pais⁽¹²⁻¹³⁾. Um estudo aponta que a mãe é a cuidadora principal de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, e que nos casos em que era a responsável pela renda familiar, a ela também era atribuído o cuidado da criança,

em contrapartida, o pai, quando provedor desta família, não se responsabilizava pelos cuidados da criança⁽¹²⁾.

A constituição familiar, os recursos financeiros, a rede social de apoio e os recursos individuais das pessoas responsáveis pelo cuidado influenciam o processo saúde/doença de crianças e adolescentes⁽¹⁴⁾. O cuidado envolve atividades como lavar, cozinhar, limpar, organizar a rotina, estabelecer vínculos afetivos, assegurar proteção, saúde, oferecer afeto e compreensão, no desenvolvimento de capacidades físicas, sociais e/ou emocionais. Trabalho de reprodução social fundamental para o bem-estar de sociedades, comunidades e consequente funcionamento da economia, historicamente exercido por mulheres, não remuneradas no espaço dos domicílios, ou em uma importante frente de trabalho quando passa da família para o mercado⁽¹⁵⁾.

A sobrecarga física e emocional do trabalho de cuidado provoca mudanças na rotina, hábitos e costumes das famílias. Processos que exigem reorganização, com reflexos na dimensão financeira, social, ocupacional e pessoal. Parte-se do pressuposto de que a maneira como respondemos às necessidades da sustentabilidade da vida humana perpetua as desigualdades de gênero, raça e classe⁽¹⁶⁾. E que, para cuidar de crianças e adolescentes negros com problemas de saúde mental, é preciso cuidar de quem cuida delas e deles. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil sociofamiliar de crianças e adolescentes negros com problemas de saúde mental e descrever interseccionalmente quem se responsabiliza por seus cuidados.

Método

Delineamento do estudo

Estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa com o intuito de permitir a compreensão sociodemográfica de processos históricos e sociais, e subsidiar a formulação de práticas de cuidado e políticas públicas que garantam equidade e integralidade ao acesso universal à saúde.

Cenário

Dispositivo de cuidado em liberdade de base comunitária, estratégico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), na cidade de São Paulo-SP, Brasil, de administração indireta, em contrato de gestão com uma Organização Social de Saúde (OSS). As OSS são formas de propriedade pública não estatal, constituídas por associações civis sem fins lucrativos, e devem

estar orientadas diretamente para o atendimento do interesse público⁽¹⁷⁾.

O CAPSij está localizado na Zona Norte da cidade, sua área de abrangência está delimitada à Supervisão Técnica de Saúde da Freguesia/Brasilândia, composta pelos distritos administrativos Freguesia do Ó, onde 30% da população é negra, e Brasilândia, onde 50% dos moradores são negros. Vale pontuar que o equipamento está localizado na área nobre e branca da supervisão de saúde, afastado das comunidades vulneráveis, moradia da maioria das pessoas pretas e pardas acompanhadas⁽¹⁸⁾.

O CAPSij Brasilândia é referência para uma população de 420.000 habitantes, acompanha crianças e adolescentes com problemas de saúde mental graves e persistentes e em uso de *crack* e outras drogas, aberto e de caráter comunitário e territorial⁽¹⁹⁾.

População

Familiares de crianças e adolescentes pretos e pardos em acompanhamento pelo CAPSij Brasilândia.

Critérios de seleção

Foram critérios de inclusão: ser familiar de crianças e adolescentes pretos ou pardos, em acompanhamento há pelo menos um mês, e que apresentem compreensão e comunicação preservadas. O critério de exclusão foi ter o prontuário sem atividades de acompanhamento no último mês.

Variáveis do estudo

O roteiro foi composto pelas seguintes variáveis: relação de parentesco entre o cuidador principal e a criança; idade, sexo, escolaridade e raça/cor da pessoa cuidadora principal; número e descrição das pessoas com quem a criança ou adolescente coabita; principal pessoa provedora da renda; renda familiar; tipo de moradia; característica do domicílio (próprio, alugado, cedido, ocupado, situação de rua); número de cômodos; tipo de material (alvenaria com revestimento, madeira aparelhada, taipa revestida, taipa não revestida, madeira aproveitada, palha, outro).

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por integrantes da equipe de pesquisa, bolsistas de iniciação científica e bolsistas do projeto. O procedimento de coleta foi padronizado e todos foram treinados previamente com o objetivo de garantir a fidedignidade dos dados.

Período

A coleta de dados foi desenvolvida no período de maio a julho de 2019.

Amostra

A amostra de pessoas convidadas para participar do estudo foi não probabilística e por método de conveniência. O número de crianças e adolescentes pretos e pardos acompanhados pelo CAPSij no momento da coleta deste estudo foi de 264 (n-total). Foi possível entrar em contato com 96 familiares, convidados a participar de entrevistas individuais e presenciais.

Considerando as distintas barreiras enfrentadas, como baixa renda, dificuldade na mobilidade urbana, férias escolares, falta de rede social de apoio para compartilhar o cuidado, alterações de telefones e endereços, entre outras, a frequência no período de coleta de dados foi baixa.

Foram realizadas 55 entrevistas com familiares de crianças e adolescentes negros acompanhados pelo CAPSij Brasilândia, seis foram excluídas por estarem fora do recorte e/ou sem identificação correta, resultando em 49 entrevistas. Contabilizaram-se quatro entrevistas realizadas com mães de dois filhos, ou seja, foram 49 entrevistas com 47 familiares cuidadores.

A amostra representa 18,5% da população de 264 crianças e adolescentes, o que aponta uma limitação pois pode deixar os resultados menos conclusivos, e evidencia que o perfil das pessoas responsáveis pelo cuidado da população negra que o CAPSij acompanha, corrobora com as desigualdades de gênero, raça e classe da relação de quem cuida com o contexto social em que o cuidado acontece.

Tratamento e análise dos dados

As variáveis contínuas foram descritas por médias ou medianas e desvios padrão. As variáveis categóricas foram descritas com uso de frequências absolutas e relativas. Para avaliar se a distribuição das variáveis diferia segundo a autodeclaração de raça/cor, realizaram-se testes de hipóteses conservadores em consideração ao tamanho da amostra, avaliada como estatisticamente confiável. No caso das variáveis contínuas, utilizou-se o teste t-Student. No caso das categóricas, utilizou-se o teste Exato de Fisher⁽²⁰⁾. As análises foram realizadas com auxílio do *software* R 3.5.1⁽²¹⁾. Para os testes de hipótese considerou-se nível de significância de 5%.

Para compreender o perfil sociofamiliar de crianças e adolescentes negros com problemas de saúde mental e de suas principais cuidadoras, o conceito de interseccionalidade foi utilizado como ferramenta analítica pelo qual pretendeu-se compreender a maneira como as

opressões e vulnerabilidades se sobrepõem, por meio de intersecções complexas que estruturam as posições de gênero, raça e classe no tecido social⁽²²⁾.

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, considera que as categorias raça, classe, gênero, orientação sexual, habilidades, nacionalidade, etnia e faixa etária - entre outras - se inter-relacionam e estruturam conjuntamente. "A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas"⁽²³⁾.

Aspectos éticos

O estudo seguiu os preceitos éticos e legais contidos nas Resoluções 466/2012(18) e 510/2016(19) do

Conselho Nacional de Saúde. Obteve aprovação do Comitê Permanente de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o CAAE nº 68987317.0.0000.5392 e parecer nº 2.444.763; e, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo sob o CAAE 68987317.0.3001.0086 e parecer nº 2.619.218. Todos os participantes foram esclarecidos quanto à realização do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A Tabela 1 apresenta os resultados relacionados ao sexo e vínculo das pessoas cuidadoras com as crianças e os adolescentes, esta evidencia o predomínio de mulheres responsáveis pelo cuidado de meninas negras, em maioria, acompanhadas pelo CAPSij.

Tabela 1 - Perfil cuidadores de crianças e adolescentes negros acompanhados pelo CAPSij* II-Brasilândia. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variáveis	Feminino (n=44)	Masculino (n=5)	Total (n=49)	p
Sexo do usuário				
Feminino	42/44 (95,5%)	1/5 (20%)	43/49 (87,8%)	<0,001
Masculino	2/44 (4,5%)	4/5 (80%)	6/49 (12,2%)	
Vínculo com o usuário				
Mãe	39/44 (88,6%)	0/5 (0%)	39/49 (79,6%)	<0,001
Pai	0/44 (0%)	4/5 (80%)	4/49 (8,2%)	
Avó paterna	1/44 (2,3%)	0/5 (0%)	1/49 (2%)	
Irmã/Irmão	1/44 (2,3%)	1/5 (20%)	2/49 (4,1%)	
Outros	3/44 (6,8%)	0/5 (0%)	3/49 (6,1%)	
Entrevistado é cuidador principal (Sim)	39/44 (88,6%)	4/5 (80%)	43/49 (87,8%)	0,495
Vínculo do cuidador com usuário				
Mãe	39/44 (88,6%)	0/5 (0%)	39/49 (79,6%)	<0,001
Pai	0/44 (0%)	5/5 (100%)	5/49 (10,2%)	
Avó paterna	2/44 (4,5%)	0/5 (0%)	2/49 (4,1%)	
Outros (ex-cunhada, primo, tia, madrinha).	3/44 (6,8%)	0/5 (0%)	3/49 (6,1%)	

*Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

Na sequência, a Tabela 2 apresenta as características de cuidadores relacionadas ao sexo, escolaridade e cor. As mulheres cuidadoras, 84,1% são negras, possuem em

média 39,7 anos. Os entrevistados do sexo masculino são negros, estão na faixa etária média de 42,6 anos e em relação à escolaridade todos são alfabetizados.

Tabela 2 - Escolaridade do cuidador segundo sexo, CAPSij* Brasilândia. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variáveis	Feminino (n=44)	Masculino (n=5)	Total (n=49)	p
Idade do cuidador; média ± dp	39,7 ± 9,9	42,6 ± 6,4	40 ± 9,6	0,527
Escolaridade do cuidador				
Não alfabetizado	2/44 (4,5%)	0/5 (0%)	2/49 (4,1%)	0,740
Ensino Fundamental Incompleto	13/44 (29,5%)	2/5 (40%)	15/49 (30,6%)	
Ensino Fundamental Completo	5/44 (11,4%)	0/5 (0%)	5/49 (10,2%)	
Ensino Médio ou Técnico Incompleto	1/44 (2,3%)	0/5 (0%)	1/49 (2%)	
Ensino Médio ou Técnico Completo	16/44 (36,4%)	2/5 (40%)	18/49 (36,7%)	

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Variáveis	Feminino (n=44)	Masculino (n=5)	Total (n=49)	p
Ensino Superior Incompleto	5/44 (11,4%)	0/5 (0%)	5/49 (10,2%)	
Ensino Superior Completo	2/44 (4,5%)	1/5 (20%)	3/49 (6,1%)	
Cor do cuidador				
Preto	14/44 (31,8%)	2/5 (40%)	16/49 (32,7%)	1,000
Pardo	23/44 (52,3%)	3/5 (60%)	26/49 (53,1%)	
Branco	6/44 (13,6%)	0/5 (0%)	6/49 (12,2%)	
Indígena	1/44 (2,3%)	0/5 (0%)	1/49 (2%)	

*Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

A Tabela 3 apresenta as características domiciliares segundo o sexo do cuidador e mostra que as crianças e adolescentes coabitavam, em média, com 3,9 pessoas em domicílios com aproximadamente 3,6 cômodos. Ainda diferenciados entre o sexo dos cuidadores, 3,5 cômodos entre as cuidadoras mulheres e 4,2 nos domicílios onde os cuidadores são homens.

Quando a cuidadora principal é do sexo feminino, 38,6% das crianças e dos adolescentes coabitam com o pai também, ao passo que, quando o cuidador principal é do sexo masculino, 80% coabitam, também, com as mães. Destaca-se que as mulheres exercem o cuidado sozinhas, enquanto os homens, quando responsáveis, ainda contam com a participação das mulheres.

Tabela 3 - Características do domicílio segundo sexo do cuidador, CAPSij* Brasilândia. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variáveis	Feminino (n=44)	Masculino (n=5)	Total (n=49)	p
Nº de pessoas com quem a criança coabita; média ± dp	3,9 ± 1,3	3,6 ± 0,9	3,9 ± 1,3	0,620
Criança coabita com a mãe (Sim)	36/44 (81,8%)	4/5 (80%)	40/49 (81,6%)	1,000
Criança coabita com o pai (Sim)	17/44 (38,6%)	5/5 (100%)	22/49 (44,9%)	0,014
Criança coabita com o irmão (Sim)	26/44 (59,1%)	4/5 (80%)	30/49 (61,2%)	0,636
Criança coabita com os avós (Sim)	6/44 (13,6%)	0/5 (0%)	6/49 (12,2%)	1,000
Renda familiar; mediana [quartis]	1100 [998 - 1800]	1900 [1400 - 2500]	1150 [998 - 1975]	0,142
Origem da renda - Salário	26/44 (59,1%)	5/5 (100%)	31/49 (63,3%)	0,143
Origem da renda - Auxílio de parente	2/44 (4,5%)	0/5 (0%)	2/49 (4,1%)	1,000
Origem da renda - Benefícios [†]	25/44 (56,8%)	3/5 (60%)	28/49 (57,1%)	1,000
Tipo de moradia				
Casa	38/43 (88,4%)	3/5 (60%)	41/48 (85,4%)	0,055
Casa de Vila	5/43 (11,6%)	1/5 (20%)	6/48 (12,5%)	
Apartamento	0/43 (0%)	1/5 (20%)	1/48 (2,1%)	
Características do domicílio				
Próprio	15/44 (34,1%)	2/5 (40%)	17/49 (34,7%)	0,897
Alugado	15/44 (34,1%)	1/5 (20%)	16/49 (32,7%)	
Cedido	10/44 (22,7%)	2/5 (40%)	12/49 (24,5%)	
Ocupado	4/44 (9,1%)	0/5 (0%)	4/49 (8,2%)	
Nº de cômodos da moradia; média ± dp	3,5 ± 1,1	4,2 ± 1,3	3,6 ± 1,1	0,181
Tipo de material da moradia				
Alvenaria com revestimento	43/44 (97,7%)	5/5 (100%)	48/49 (98%)	1,000
Um cômodo de alvenaria e outro de madeira	1/44 (2,3%)	0/5 (0%)	1/49 (2%)	

*Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil; [†]Benefício social, aposentadoria, LOAS, pensão, seguro desemprego

Um dado importante é que 9,1% das cuidadoras do sexo feminino vivem em condições de insegurança habitacional, em "ocupações" precárias.

A renda familiar é proveniente, predominantemente, de salário, para 100% dos cuidadores masculinos e 59,1% das mulheres cuidadoras. Esse dado aponta uma importante desigualdade de gênero no acesso ao mercado de trabalho formal. Podemos inferir que as mulheres

ajustam sua participação no mercado de trabalho a partir da necessidade do cuidado, além das barreiras sexistas do sistema capitalista. Outra fonte importante de renda entre as cuidadoras mulheres são os benefícios (LOAS), bolsa família, aposentadoria, pensão, seguro desemprego.

A Tabela 4 detalha as características segundo raça/cor como categoria de análise, entre as mulheres cuidadoras, 85,7% são negras.

Tabela 4 - Características segundo raça/cor do cuidador, CAPSij* Brasilândia. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variáveis	Preto (n=16)	Pardo (n=26)	Branco (n=6)	Indígena (n=1)	p
Idade do cuidador; média ± dp	39,6 ± 9,9	39,4 ± 9,1	41,8 ± 11,5	51 (n=1)	0,656
Sexo do cuidador (Masculino)	2/16 (12,5%)	3/26 (11,5%)	0/6 (0%)	0/1 (0%)	1,000
Escolaridade do cuidador					
Não alfabetizado	1/16 (6,2%)	0/26 (0%)	0/6 (0%)	1/1 (100%)	0,394
Ensino Fundamental Incompleto	3/16 (18,8%)	9/26 (34,6%)	3/6 (50%)	0/1 (0%)	
Ensino Fundamental Completo	1/16 (6,2%)	4/26 (15,4%)	0/6 (0%)	0/1 (0%)	
Ensino Médio ou Técnico Incompleto	1/16 (6,2%)	0/26 (0%)	0/6 (0%)	0/1 (0%)	
Ensino Médio ou Técnico Completo	7/16 (43,8%)	9/26 (34,6%)	2/6 (33,3%)	0/1 (0%)	
Ensino Superior Incompleto	1/16 (6,2%)	3/26 (11,5%)	1/6 (16,7%)	0/1 (0%)	
Ensino Superior Completo	2/16 (12,5%)	1/26 (3,8%)	0/6 (0%)	0/1 (0%)	

*Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

Uma cuidadora se autodeclarou indígena, do sexo feminino e não alfabetizada, dados que interseccionalmente demonstram a vulnerabilidade no acesso à educação das mulheres dos povos originários.

Na variável que indica com quem as crianças e os adolescentes coabitam, a presença dos avós nos domicílios é expressivamente maior nos domicílios onde os cuidadores são brancos, seguido dos domicílios onde o cuidador é pardo e apenas 6,2% das crianças coabitam com avós nos domicílios onde o cuidador é autodeclarado

preto. No domicílio da única cuidadora entrevistada indígena, a criança coabita com a mãe e irmão, e a família vive exclusivamente do benefício social (bolsa família).

A Tabela 5 apresenta as características domiciliares e origem da renda segundo a raça/cor das cuidadoras e dos cuidadores. Os dados também revelaram que alguns usuários coabitam simultaneamente com pessoas de diferentes graus de parentesco independente da raça/cor declarada. Em relação à renda, a tabela apresenta o cálculo da mediana e sua origem de acordo com a raça/cor.

Tabela 5 - Características do domicílio segundo raça/cor do cuidador, CAPSij* Brasilândia. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variáveis	Preto (n=16)	Pardo (n=26)	Branco (n=6)	Indígena (n=1)	p
Nº de pessoas com quem a criança coabita; média ± dp	3,9 ± 1,5	3,8 ± 1,3	4,2 ± 1,2	três	0,844
Criança coabita com a mãe (sim)	11/16 (68,8%)	23/26 (88,5%)	5/6 (83,3%)	1/1 (100%)	0,420
Criança coabita com o pai (sim)	6/16 (37,5%)	13/26 (50%)	3/6 (50%)	0/1 (0%)	0,807
Criança coabita com o irmão (sim)	10/16 (62,5%)	13/26 (50%)	6/6 (100%)	1/1 (100%)	0,101
Criança coabita com os avós (sim)	1/16 (6,2%)	3/26 (11,5%)	2/6 (33,3%)	0/1 (0%)	0,378
Renda familiar; mediana [quartis]	1139 [993,5-2625]	1150 [998-1975]	1000 [627-1100]	1200 [1200-1200]	0,750
Origem da renda - Salário	10/16 (62,5%)	17/26 (65,4%)	4/6 (66,7%)	0/1 (0%)	0,771
Origem da renda - Auxílio de parente	0/16 (0%)	1/26 (3,8%)	1/6 (16,7%)	0/1 (0%)	0,370
Origem da renda - Benefícios [†]	10/16 (62,5%)	14/26 (53,8%)	3/6 (50%)	1/1 (100%)	0,912
Tipo de moradia					
Casa	15/16 (93,8%)	19/25 (76%)	6/6 (100%)	1/1 (100%)	0,596
Casa de Vila	1/16 (6,2%)	5/25 (20%)	0/6 (0%)	0/1 (0%)	
Apartamento	0/16 (0%)	1/25 (4%)	0/6 (0%)	0/1 (0%)	
Características do domicílio					
Próprio	4/16 (25%)	12/26 (46,2%)	1/6 (16,7%)	0/1 (0%)	0,699
Alugado	6/16 (37,5%)	7/26 (26,9%)	2/6 (33,3%)	1/1 (100%)	
Cedido	5/16 (31,2%)	5/26 (19,2%)	2/6 (33,3%)	0/1 (0%)	
Ocupado	1/16 (6,2%)	2/26 (7,7%)	1/6 (16,7%)	0/1 (0%)	
Nº de cômodos da moradia; média ± dp	3,8 ± 1	3,6 ± 1,3	2,8 ± 0,8	3	0,371
Tipo de material da moradia					
Alvenaria com revestimento	16/16 (100%)	25/26 (96,2%)	6/6 (100%)	1/1 (100%)	1,000
Um cômodo de alvenaria e outro de madeira	0/16 (0%)	1/26 (3,8%)	0/6 (0%)	0/1 (0%)	

*Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil; [†]Benefício social, aposentadoria, LOAS, pensão, seguro desemprego

Do total, 99,05% habitam em casas revestidas de alvenaria, e uma pequena parcela de cuidadoras pardas são as que possuem algum cômodo de madeira. Dentre as cuidadoras pretas, 25% possuem casa própria, sendo que, dentre as pardas, 46,2%, demonstrando uma estratificação por cor da pele no acesso a direitos habitacionais. Com o olhar para o território, em torno de 10% do total das cuidadoras vive em condições de ocupação, 20% habitam moradias cedidas, 35% em casas próprias e 35% alugadas.

Na variável "origem da renda" dos cuidadores entrevistados, a média é de aproximadamente R\$ 1.100,00, próximo a um salário mínimo, valor que não se diferencia significativamente na variável raça/cor da amostra. Segundo a origem da renda, entre cuidadores pretos os benefícios assistenciais são tão relevantes quanto o salário, para pardos e brancos os salários possuem menor relevância. Entendemos que os benefícios são recebidos quando não associados a salários, pois são das crianças e assim, especialmente, as mulheres, maioria entre as cuidadoras e curadoras, não podem ter vínculo formal de trabalho para complementar a renda. Quanto ao auxílio de parentes, o que se relaciona com a rede social de suporte, entre brancos está presente em 16,7%, e menor entre pardos 3,8% e pretos 0%, situação que agrava a condição de contratualidade das famílias negras.

Discussão

A divisão e valorização do trabalho de cuidado na sociedade de modo de produção e organização capitalista perpetua-se de maneira desigual. As iniquidades de gênero, raça e classe, interseccionadas, impõem à mulher negra o trabalho da sustentabilidade da vida, de reprodução social, do cuidado de crianças, adolescentes, idosos, dos afazeres domésticos, com significativo impacto no bem-estar, pelas sobrecargas e invisibilidade de suas necessidades⁽²⁴⁾.

Os resultados fundamentam a organização patriarcal e sexista das famílias que, a despeito do movimento feminista, não apresenta mudanças significativas na divisão das tarefas domésticas entre homens e mulheres⁽²⁵⁾. São elas as responsáveis pelo trabalho de cuidado, invisibilizado e não remunerado, em quase sua totalidade contando com outras mulheres⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Quando a mulher é a principal cuidadora, esta é afetada na sua qualidade de vida pela menor escolaridade e remuneração, pelos vínculos de trabalho informais e precários, por limitações de acesso aos serviços especializados, o que resulta em taxas de morbidade e mortalidade superiores, e com maiores índices de exclusão quanto mais escura a cor da pele⁽²⁸⁾.

A renda familiar, diferenciada consideravelmente pelo sexo, torna a discussão sobre a desigualdade de gênero no acesso ao mercado de trabalho imprescindível, pois são as mulheres as que padecem as desigualdades de renda e poder contratual. Sobretudo, as mulheres negras, historicamente, vítimas do trabalho escravo, continuam em desvantagem de acesso ao trabalho formal. Pontua-se o "modelo estético" brasileiro de privilégios brancos, na tradição do "matriarcado da miséria", que destinou poucos direitos trabalhistas às mulheres negras, que são a maioria das trabalhadoras domésticas⁽²⁹⁾.

Mulheres pretas e pardas são maioria na informalidade, sem direitos previdenciários, sem "carteira assinada", com menores salários e em trabalhos subalternos, com acúmulos de jornadas de trabalho, além de ajustarem sua participação no mercado de trabalho, a partir das necessidades de tempo de cuidado de filhos e familiares⁽³⁰⁻³²⁾.

A desconstrução da sociedade patriarcal, racista e capitalista está nos objetivos do movimento feminista negro desde a década de 1970, contudo, pouco diminuíram as diferenças raciais entre as mulheres. O conceito de interseccionalidade tem sua história enraizada no vivido, na experiência de mulheres negras, e diz respeito não só às diferentes dimensões da identidade, mas das interações entre elas⁽³³⁾.

Na luta pelo direito ao trabalho, eram as mulheres negras que não obtinham acesso a creches para os próprios filhos⁽³⁴⁾. Na interseccionalidade entre raça, gênero, classe, agregados como marcadores sociais, compreende-se melhor as desigualdades entre mulheres negras e brancas⁽²³⁻³⁵⁾.

O debate de "enegrecer a agenda feminista" e recolocar questões ao movimento negro inicia-se ao final do século XX e estende-se na contemporaneidade. Com a ascensão do feminismo negro, explicita-se o racismo que incide sobre as mulheres, as quais sempre estiveram à frente das lutas pela igualdade racial e de gênero⁽³⁶⁻³⁷⁾.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), são 11,6 milhões de famílias compostas somente por mulheres e seus filhos⁽³⁸⁾. Existe um fenômeno chamado de "solidão da mulher negra", que em sua maioria assume os filhos e permanece sozinha, sendo as iniquidades amplificadas quando os filhos possuem problemas de saúde mental⁽²⁶⁾.

A constituição das famílias brancas e pardas com mais rede social de suporte, do que nas famílias de pessoas pretas, configura um sistema de discriminação pela cor da pele, também chamado de colorismo. No colorismo, as mulheres com pele mais escura são mais discriminadas, têm menor rede, lugar social e acesso a direitos, mulheres pretas são mais vulnerabilizadas⁽³⁹⁾.

O acesso desigual à educação é consequência de um sistema de opressões interligadas, aspecto que precisa ser analisado interseccionalmente segundo gênero, raça/cor, classe social e etnia. Essa realidade foi questionada na III Conferência contra o Racismo e a Xenofobia, em 2001, para garantia de acesso ao trabalho e ensino superior para mulheres negras⁽⁴⁰⁾.

Em relação à condição da mulher indígena, o acesso à educação se mostra restrito, e as mesmas acabam “condenadas a um ciclo de pobreza, menos oportunidades e falta de condições para a tomada de decisões”, e conforme os resultados vulnerabilizadas com pequena rede social de apoio⁽⁴¹⁾.

Evidencia-se que as desigualdades de gênero, raça, classe social e etnia, bem como situações de violência doméstica, desvalorização do trabalho, insegurança alimentar, instabilidade de renda e moradia, falta de rede social de suporte, são determinantes sociais de saúde mental⁽⁴²⁾. Autores apontam “o racismo e a negação de direitos” como “fator intrínseco de alto potencial no sofrimento psíquico”⁽⁴³⁾. A literatura internacional sobre iniquidades interseccionais na saúde mental demonstra que a investigação ainda é limitada em volume e pouco estruturada metodologicamente. No entanto, realça o valor da análise interseccional das desigualdades entre grupos populacionais para o estabelecimento de prioridades nas práticas e políticas⁽⁴⁴⁾.

Com a variável “gênero” como marcador social para a compreensão da saúde das mulheres, responsáveis pelo cuidado de pessoas com problemas de saúde mental, identifica-se a sobrecarga, a baixa qualidade de vida e a insatisfação com as relações familiares⁽⁴⁵⁾. Ao interseccionar raça/cor e classe, verificam-se iniquidades sociais que sobrepostas mantêm ciclos de violência, opressão e poder, e estruturam a complexa trama social⁽¹⁶⁾.

Enfrentamos na conjuntura atual o agravamento do desmonte do SUS, da Política Nacional de Saúde Mental, e também da PNSIPN, com portarias e projetos que deflagram graves retrocessos, ignorando direitos democraticamente conquistados. A necropolítica se institucionalizou no Brasil desde o golpe jurídico-parlamentar de 2016 e agravou-se a partir de 2018, nela estão previstos hospitais psiquiátricos com leitos super financiados, internações compulsórias em comunidades terapêuticas e a violência como norma, bem como o sucateamento da Rede de Atenção Psicossocial⁽⁴⁶⁾. Essa realidade se agrava com a negligência da gestão da pandemia de COVID-19 no Brasil, que não se baseia em evidências e agrava as desigualdades sociais, raciais e de gênero⁽¹⁶⁾.

Ao discutir o perfil sociofamiliar de crianças e adolescentes negros acompanhadas por um CAPSij,

evidencia-se, na perspectiva da interseccionalidade, a necessidade de levar em consideração a diversidade da população, o acúmulo de opressões e vulnerabilidades, a individualidade de cada criança e/ou adolescente e de suas cuidadoras. Esperamos que esta pesquisa possa contribuir com as equipes dos serviços comunitários e territoriais das Redes de Atenção à Saúde, na construção de estratégias com as famílias, para cuidar, compartilhar, apoiar e amenizar as barreiras encontradas pelas mulheres negras, na perspectiva do acesso e garantia dos direitos humanos.

O estudo apresenta limitações no tamanho e abrangência da amostra, pessoas vinculadas a apenas um Centro de Atenção Psicossocial, em um determinado território da cidade de São Paulo, no Brasil. Se faz necessário ampliar evidências em estudos que contribuam com a garantia de equidade e integralidade na atenção à saúde no SUS.

Para o avanço teórico-prático na área da saúde, especialmente na de enfermagem, esperamos que as reflexões possam contribuir com a compreensão interseccional sobre equidade nas práticas de cuidado, e na análise crítica da organização do trabalho como categoria profissional, onde o cuidado direto costuma estar associado a baixo reconhecimento, baixo nível de formação, gênero, raça/cor e classe social.

Os fatores sociopolíticos evidenciam a necessidade de ferramentas para incluir na gestão do cuidado e nas políticas públicas, raça, gênero e classe, como categorias de análise, para assim combater múltiplos níveis de violência e violação de direitos, como racismo estrutural e sexismo, em todo o sistema de saúde. Consideramos a necessidade de difundir evidências científicas na área da enfermagem em saúde mental na interseccionalidade entre gênero, raça e classe social.

Conclusão

Os resultados da pesquisa revelaram que as responsáveis pelo cuidado das crianças e adolescentes negros acompanhados pelo CAPSij são, na quase totalidade, mulheres, mães ou avós negras (pretas ou pardas), com acesso desigual à educação, trabalho e moradia, direitos sociais constitucionais no Brasil. Este estudo elucida que nas famílias onde as cuidadoras são mulheres negras, estas estão mais vulnerabilizadas, pois possuem menor contratualidade, frágil rede social, e acumulam os desafios de cuidar de crianças e adolescentes negros com problemas de saúde mental.

O conceito de interseccionalidade usado como ferramenta teórica e metodológica propõe pensar a inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e

cisheteropatriarcado, e as articulações decorrentes, que repetidas vezes fazem com que as mulheres negras estejam mais expostas e vulneráveis. Gênero, raça, classe, sexualidade, entre outros diferentes marcadores sociais interagem entre si estruturando a vida em sociedade.

A investigação das condições de vida de crianças e adolescentes negros com problemas de saúde mental tem a função social de identificar e qualificar o combate às iniquidades. A pesquisa apresenta uma reflexão fundamentada nas desigualdades de gênero, raça/cor e classe, e aponta que é preciso considerar os sujeitos no contexto social, familiar e cultural. Por meio das interseccionalidades, pode-se compreender como o racismo e o sexismo impactam na saúde das pessoas, e criar estratégias que garantam equidade e integralidade na atenção à saúde mental.

Referências

1. Barros S, Ballan C, Batista LE, orgs. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes negros no SUS: caderno de textos [Internet]. São Paulo: EEUSP; 2021. 120 p. Disponível em: http://www.ee.usp.br/cartilhas/Cadernos_de_textos_Atencao_psicossocial_a_crianças_e_adolescentes_negros_no_SUS.pdf
2. World Health Organization. The Global strategy for women's, children's and adolescents' health 2016-2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2022 Oct 04]. Available from: <https://www.who.int/life-course/publications/global-strategy-2016-2030/en/>
3. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2016 [cited 2022 Oct 04]. 496 p. Available from: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
4. Brasil. Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 1990 Sep 20;(seção 1):18055 [cited 2022 Oct 4]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
5. Candido BP, Barros S, Régio L, Ballan C, Oliveira MAF. The race/color question in the care process in a psychosocial care center for children and adolescents. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210363. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0363>
6. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018 Oct 27;392(10157):1553-98. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
7. Devakumar D, Selvarajah S, Abubakar I, Kim SS, McKee M, Sabharwal NS, et al. Racism, xenophobia, discrimination, and the determination of health. *Lancet*. 2022;400(10368):P2097-2108. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01972-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01972-9)
8. Brasil. Portaria no 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [Internet]. Diário Oficial da União. 2009 Mai 14 [cited 2022 Mar 23];(seção 1):31. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html
9. Barbosa RRS, Silva CS, Sousa AAP. Echoing voices: racism, violence and black population 's health. *Rev Katálysis*. 2021;24:353-63. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77967>
10. Silva NG, Barros S, Azevedo FC, Batista LE, Policarpo VC. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde Soc*. 2017;26(1):100-14. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017164968>
11. Moreira TWF, Passos RG. Anti-manicomial fighting and racism in ultraconservative times. *Temporalis*. 2018;18(36):178-92. <https://doi.org/10.22422/temporalis.2018v18n36p178-192>
12. Weintraub ACAM, Vasconcellos MS, Bastos IT, Fonseca FL, Reiset AOA. Socio demographic characterization of users of Child and Adolescent Psychosocial Care Centers in the state of São Paulo. *Estud Psicol (Campinas)*. 2013;30(3). <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000300008>
13. Rangel CC, Teixeira CLS, Silva VLM. Perfil clínico-epidemiológico dos usuários do CAPSi Dr. João Castelo Branco do município de Campos dos Goytacazes, RJ. *RCFMC [Internet]*. 2015 [cited 2022 Mar 23];10(2):25-8. Available from: <http://www.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/view/28>
14. Silverman ME, Hutchison MS. Reflective Capacity: Antidote to Structural Racism Cultivated Through Mental Health Consultation. *Infant Mental Health J*. 2019;40:742-56. <https://doi.org/10.1002/imhj.21807>
15. Teixeira MO, Faria N. Empoderamento econômico das mulheres no Brasil pela valorização do trabalho doméstico e do cuidado [Internet]. São Paulo: OXFAM Brasil; 2018 [cited 2022 Mar 23]. Available from: <https://www.oxfam.org.br/download/12281/>
16. Lawson M, Butt AP, Harvey R, Sarosi D, Coffey C, Piaget K, et al. Tempo de cuidar: O trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade [Internet]. Oxford: OXFAM GB; 2020 [cited 2022 Mar 23]. Available from: <https://www.oxfam.org.br/download/12180/>
17. Brasil. Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações

- sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 1998 May 18;(seção 1):8 [cited 2022 Mar 23]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm
18. Batista LE, Ferreira RV, Malachias AC, Ballan C, Barros S, Santos JC. Aspects of territorialization of care in a CAPSij: sectional study. *Res Soc Dev*. 2021;10(10):e215101018848–e215101018848. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18848>
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União. 2011 Dec 24;(seção 1) [cited 2022 Mar 23]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
20. Bussab W, Morettin P. Estatística Básica. São Paulo: Editora Saraiva; 2002.
21. R Core Team. The R Project for Statistical Computing [Internet]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2018 [cited 2022 Mar 23]. Available from: <https://www.R-project.org>
22. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity-politics, and violence against women of color. *Stanford Law Rev*. 1991;43(6):1241-99.
23. Collins PH, Bilge S. Intersectionality. São Paulo: Boitempo Editorial; 2021.
24. Passos PG. Black women, suffering, and colonial care. *Em Pauta* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 23];45(18):116-29 Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/47219/31983>
25. Hooks B. *Feminism Is for Everybody*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 2020.
26. Ferreira LR. Engravidei, pari cavalos e aprendi a voar sem asas: reflexões acerca da afetividade e solidão da mulher negra. *Rev Darandina*. 2018;1-18. <https://doi.org/10.34019/1983-8379.2018.v11.28063>
27. Moreno RFC. Entre a família, o Estado e o mercado: mudanças e continuidades na dinâmica, distribuição e composição do trabalho doméstico e de cuidado [Dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019. <https://doi.org/10.11606/T.8.2019.tde-02102019-150924>
28. Werneck J. Institutional racism and black population health. *Saúde Soc*. 2016;25:535-49. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>
29. Carneiro S. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: Hollanda HB, org. *Pensamento feminista: conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo; 2019.
30. Castells M. *The power or identity*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2018.
31. Carvalho M, Santos W. The black woman in the Brazilian labor market between subjection and social prestige. *Rev Fim Mundo*. 2021;2(4):176-201. <https://doi.org/10.36311/2675-3871.2021.v2n4.p176-201>
32. Nascimento TG, Gonçalves R. Between the sexual division and the racial division of labor: the precarisation of black women's work relations. *Público Privado*. 2021;19(40). <https://doi.org/10.52521/19.7461>
33. Al-Faham H, Davis AM, Ernst R. Intersectionality: from theory to practice. *Annu Rev Law Soc Sci*. 2019;15(1):247-65. <https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-101518-042942>
34. Gonçalves R. Black women's invisibility in the higher education. *Poiésis*. 2018;12(22):350-67. <https://doi.org/10.19177/prppge.v12e222018350-367>
35. Akotirene C. *Interseccionalidade*. São Paulo: Pólen; 2019.
36. Berth J. *Empoderamento*. São Paulo: Pólen; 2019.
37. Ribeiro D. *Quem tem medo do feminismo negro?* São Paulo: Companhia das Letras; 2018.
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Divulgação Especial: Mulheres no Mercado de Trabalho [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [cited 2022 Mar 23]. Available from: https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Estudos_especiais/Mulheres_no_Mercado_de_Trabalho_2018.pdf
39. Conceição CMN, Leite PS, Cruz RV, Carmo CR. A interseccionalidade e o feminismo negro: as diversas formas de segregações a partir do Colorismo. In: *Anais da 22nd Semana de Mobilização Científica* [Internet]; 2019 Oct 21-25; Salvador, BA. Salvador: Universidade Católica de Salvador; 2019 [cited 2022 Mar 23]. Available from: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/1266>
40. United Nations Organization. Conferência Mundial contra o racismo, a discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata: Declaração e Programa de Ação [Internet]. 2001 [cited 2022 Mar 23]. Available from: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_durban.pdf
41. Ruano-Ibarra ES, Oliveira VMG. Indigenous Women, Higher Education and Gender Coloniality. *Antropolítica Rev Contemp Antropol*. 2020;(50). <https://doi.org/10.22409/antropolitica2020.i50.a42048>
42. Silva SL, Diniz GRS. Mental health of housewives: a feminist-phenomenological-existential perspective. *Psicol Clín*. 2018;30:37-59. <https://doi.org/10.590/1980-5438300120180037>

43. Oliveira I, Duarte M, Pitta A. Racismo, sofrimento e saúde mental: um debate necessário. In: Oliveira W, Pitta A, Amarante P, orgs. Direitos Humanos & Saúde Mental. São Paulo: Hucitec; 2017.
44. Trygg NF, Gustafsson PE, Månsdotter A. Languishing in the crossroad? A scoping review of intersectional inequalities in mental health. *Int J Equity Health*. 2019;18. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1012-4>
45. Rosas Cardoso AM, Lima MG, Cunha TR. La interseccionalidad de las vulnerabilidades infanto-juveniles en la atención en salud mental. *Rev Colombiana Bioética*. 2021;16(2). <https://doi.org/10.18270/rcb.v16i2.3496>
46. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00285117. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Luciane Régio, Sônia Barros, Caroline Ballan, Carla Aguiar, Bruna de Paula Candido, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. **Obtenção de dados:** Luciane Régio, Sônia Barros, Caroline Ballan, Carla Aguiar, Bruna de Paula Candido, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. **Análise e interpretação dos dados:** Luciane Régio, Sônia Barros, Caroline Ballan, Carla Aguiar, Bruna de Paula Candido, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. **Obtenção de financiamento:** Sônia Barros. **Redação do manuscrito:** Luciane Régio, Sônia Barros, Caroline Ballan, Carla Aguiar, Bruna de Paula Candido, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Luciane Régio, Sônia Barros, Caroline Ballan, Carla Aguiar, Bruna de Paula Candido, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 23.03.2022

Aceito: 28.03.2023

Editora Associada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

E-mail: marciaap@usp.br

 <https://orcid.org/0000-0002-1069-8700>