

El cuidado de niños y adolescentes negros con problemas de salud mental en la interseccionalidad entre género y raza*

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>

Destacados: (1) El perfil sociofamiliar influye en el proceso salud-enfermedad de niños y adolescentes. (2) Las desigualdades de género, raza/etnia y clase social son determinantes de la salud mental. (3) La interseccionalidad como categoría analítica para mejorar la atención en libertad en el SUS.

Objetivo: caracterizar el perfil sociofamiliar de niños y adolescentes negros con problemas de salud mental y describir desde un enfoque interseccional quién es responsable de su cuidado. **Método:** estudio exploratorio descriptivo de enfoque cualitativo, llevado a cabo en un Centro de Atención Psicosocial Infantil y Juvenil de la región norte del municipio de São Paulo. La recolección de datos se realizó con 47 familiares de niños y adolescentes negros, con el soporte de un guion con variables predefinidas, sometidas a análisis estadístico. **Resultados:** se realizaron 49 entrevistas, 95,5% con mujeres, con edad promedio de 39 años, 88,6% madres, 85,7% negras. La renta familiar procede del salario para el 100% de los cuidadores hombres y el 59% de las mujeres. Entre las cuidadoras negras, 25% tienen casa propia y, entre las pardas, 46,2%. Del total de cuidadores, el 10% vive en casas ocupadas, el 20% vive en viviendas cedidas, el 35% tiene casa propia y el 35% alquila. La red de contención social es mayor entre los blancos (16,7%), seguidos por los pardos (3,8%) y está ausente entre los negros (0%). **Conclusión:** las responsables por el cuidado de niños y adolescentes negros atendidos en el CAPSij, son, casi en su totalidad mujeres, "madres o abuelas" negras (o mulatas), con acceso desigual a educación, trabajo y vivienda, derechos sociales constitucionales en Brasil.

Descriptor: Salud Mental; Género; Raciales; Niños; Adolescentes; Centros Comunitarios de Salud Mental.





* Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), procesos nº 2018/07251-2 y 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.

Cómo citar este artículo

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>

Introducción

La calidad en la salud mental está directamente relacionada con el acceso y la garantía de los derechos humanos puesto que las condiciones sociales, económicas, políticas, culturales, geográficas y étnico-raciales que se entrecruzan impactan en la vida de las personas⁽¹⁾. Según la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) de la Organización Mundial de la Salud, las malas condiciones de vida interfieren de manera significativa en la salud y el bienestar de estas poblaciones, con desigualdades en el desarrollo físico, cognitivo, psicológico y/o socioemocional⁽²⁾.

En Brasil, con la Constitución de 1988 y el Sistema Único de Salud (SUS), las políticas de salud se centraron en intentar reducir las desigualdades de género, raza, edad, clase social, etnia y desigualdades geográficas⁽³⁻⁴⁾. La agenda de la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia se incluyó en la II Conferencia Nacional de Salud Mental en 1992, y los Centros de Atención Psicosocial Infantojuveniles (CAPSij) fueron creados por la Ordenanza Nº 336/2002⁽⁵⁾.

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, ratificada por todos los países del mundo (excepto EE.UU.), aborda los derechos de los niños a la salud mental. Los niños con discapacidad/deficiencia suelen sufrir marginación y discriminación, y su vulnerabilidad se ve agravada por la pobreza, el aislamiento social y humanitario, las emergencias y la falta de una red de apoyo institucional, familiar y social⁽⁶⁾.

Históricamente, la atención a la salud de la población negra ha sido y es cuantitativa y cualitativamente inferior a la de la población blanca⁽⁷⁾. La Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN) se orienta por el combate a esas inequidades y al racismo institucional en los servicios de salud⁽⁸⁻⁹⁾.

Sobre el perfil de los usuarios de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), una revisión bibliográfica señaló la escasez de investigaciones brasileñas que utilicen la variable raza/etnia, hecho que retrasa la formulación de políticas públicas adecuadas para enfrentar las desigualdades sociales y raciales. La recomendación es que la variable sea utilizada en las investigaciones como categoría de análisis, ya que es un marcador social importante para contribuir a las prácticas y políticas de garantía de derechos⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

En cuanto a la configuración de la estructura familiar de los niños y adolescentes atendidos por los servicios de salud mental infanto-juvenil, los estudios señalan que la mayoría pertenecen a familias nucleares y residen con sus padres⁽¹²⁻¹³⁾. Un estudio señala que la madre es la principal cuidadora de los niños y adolescentes con problemas de salud mental, y que, en los casos en los que ella era responsable

de los ingresos familiares, también se le asignaba el cuidado del niño, en cambio, el padre, cuando era proveedor de esta familia, no era responsable del cuidado del niño⁽¹²⁾.

La constitución familiar, los recursos financieros, la red de apoyo social y los recursos individuales de las personas responsables del cuidado influyen en el proceso de salud/enfermedad de los niños y adolescentes⁽¹⁴⁾. El cuidado involucra actividades como lavar, cocinar, limpiar, organizar rutinas, establecer vínculos afectivos, garantizar protección, salud, ofrecer afecto y comprensión, en el desarrollo de las capacidades físicas, sociales y/o emocionales. Este trabajo de reproducción social es fundamental para el bienestar de las sociedades, comunidades y el consecuente funcionamiento de la economía, históricamente ejercido por las mujeres, no remunerado en el espacio del hogar, o en un importante frente de trabajo cuando pasa de la familia al mercado⁽¹⁵⁾.

La sobrecarga física y emocional del trabajo de cuidados provoca cambios en la rutina, hábitos y costumbres de las familias. Dichos procesos exigen reorganización, con repercusiones en las dimensiones financiera, social, ocupacional y personal. Se parte del presupuesto de que la forma de responder a las necesidades de sostenibilidad de la vida humana perpetúa las desigualdades de género, raza y clase⁽¹⁶⁾. Y que, para atender a los niños y adolescentes negros con problemas de salud mental, es necesario atender a quienes los atienden y a ellos mismos. El objetivo de este estudio era caracterizar el perfil sociofamiliar de los niños y adolescentes negros con problemas de salud mental y describir desde un enfoque interseccional quién asume la responsabilidad de su cuidado.

Método

Diseño del estudio

Estudio exploratorio descriptivo de abordaje cuantitativo con el objetivo de permitir la comprensión sociodemográfica de los procesos históricos y sociales, y auxiliar la formulación de prácticas de atención y políticas públicas que garanticen la equidad y la integralidad al acceso universal a la salud.

Escenario

Dispositivo comunitario de cuidado en libertad, estratégico en la Red de Atención Psicosocial (RAPS), un Centro de Atención Psicosocial Infantil y Juvenil (CAPSij), en la ciudad de São Paulo/SP, Brasil, de administración indirecta, en contrato de gestión con una Organización Social de Salud (OSS). Las OSS son formas de propiedad pública no estatal, constituidas por asociaciones civiles

sin ánimo de lucro, y deben orientarse directamente a la satisfacción del interés público⁽¹⁷⁾.

El CAPSij está situado en la Zona Norte de la ciudad, su área de cobertura se circunscribe a la Supervisión Técnica de Salud de Freguesia/Brasilândia, compuesta por los distritos administrativos Freguesia do Ó, donde 30% de la población es negra, y Brasilândia, donde 50% de los residentes son negros. Cabe señalar que el equipo se encuentra en el área noble y blanca de la supervisión de salud, lejos de las comunidades vulnerables, donde habitan la mayoría de las personas negras y mulatas monitoreadas⁽¹⁸⁾.

CAPSij Brasilândia es un centro de referencia para una población de 420.000 habitantes, en el cual se lleva a cabo la atención y el seguimiento de niños y adolescentes con problemas graves y persistentes de salud mental y/o asociados al consumo de *crack* y otras drogas, abierto y de carácter comunitario y territorial⁽¹⁹⁾.

Población

Familiares de niños y adolescentes negros y mestizos en seguimiento por el CAPSij Brasilândia.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión fueron: ser familiar de niños y adolescentes negros o morenos, que estuviesen bajo seguimiento durante al menos un mes y presentar facultades de comprensión y comunicación preservadas. El criterio de exclusión fue no haber tenido actividades de seguimiento durante el último mes.

VARIABLES DEL ESTUDIO

El guion estaba compuesto por las siguientes variables: relación de parentesco entre el cuidador principal y el niño; edad, sexo, educación y raza/etnia del cuidador principal; número y descripción de las personas con las que vive el niño o el adolescente; principal proveedor de ingresos; ingresos familiares; tipo de residencia; características de la vivienda (propia, alquilada, cedida, ocupada, situación de calle); número de habitaciones; tipo de material (mampostería con revestimiento, madera empotrada, barro revestido, barro sin revestir, madera recuperada, paja, otros).

Recolección de datos

La recolección de datos estuvo a cargo de miembros del equipo de investigación, becarios de iniciación científica y becarios del proyecto. El procedimiento de recolección se estandarizó y todos recibieron capacitación previa para garantizar la fiabilidad de los datos.

Periodo

La recogida de datos se desarrolló en el periodo comprendido entre mayo y julio de 2019.

Muestra

La muestra de personas invitadas a participar en el estudio fue no probabilística y por el método de conveniencia. El número de niños y adolescentes negros y pardos en seguimiento en el CAPSij al momento en que se realizó la recolección de datos para este estudio era de 264 (n-total). Fue posible contactar a 96 familiares, invitados a participar en entrevistas individuales y presenciales.

Considerando las diferentes barreras enfrentadas, como bajos ingresos, dificultad en la movilidad urbana, vacaciones escolares, falta de red de apoyo social para compartir cuidados, cambios de números de teléfono y direcciones, entre otros, la frecuencia durante el período de recolección de datos fue baja.

Se realizaron 55 entrevistas con familiares de niños y adolescentes negros monitoreados por CAPSij Brasilândia, seis fueron excluidas por estar fuera del corte y/o sin identificación correcta, resultando en 49 entrevistas. Se contabilizaron cuatro entrevistas con madres de dos niños, o sea, hubo 49 entrevistas con 47 familiares cuidadores.

La muestra representa el 18,5% de la población de 264 niños y adolescentes, lo que marca una limitación, dado que puede hacer que los resultados sean menos concluyentes, y demuestra que el perfil de las personas responsables del cuidado de la población negra atendida en el CAPSij, corrobora las desigualdades de género, raza y clase en la relación de los cuidadores con el contexto social en el que se produce el cuidado.

Tratamiento y análisis de datos

Las variables continuas se describieron mediante medias o medianas y desviaciones estándar. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas. Para evaluar si la distribución de las variables difería según la autodeclaración de raza/etnia, se realizaron pruebas de hipótesis conservadoras en consideración al tamaño de la muestra, evaluadas como estadísticamente fiables. En el caso de las variables continuas, se utilizó la prueba t-Student. Para las variables categóricas, se utilizó la prueba exacta de Fisher⁽²⁰⁾. Los análisis se realizaron con el auxilio del *software* R 3.5.1⁽²¹⁾. Para las pruebas de hipótesis, se consideró un nivel de significación del 5%.

Para comprender el perfil social y familiar de los niños y adolescentes negros con problemas de salud mental y de sus cuidadores principales, se utilizó el concepto de interseccionalidad como herramienta analítica para entender

cómo se superponen las opresiones y vulnerabilidades, a través de complejas intersecciones que estructuran las posiciones de género, raza y clase en el tejido social⁽²²⁾.

La interseccionalidad investiga cómo las relaciones de poder interseccionales influyen en las relaciones sociales, así como en las experiencias individuales de la vida cotidiana. Como herramienta analítica, considera que las categorías de raza, clase, género, orientación sexual, discapacidad, nacionalidad, etnia y grupo de edad -entre otras- se interrelacionan y estructuran conjuntamente. "La interseccionalidad es una forma de entender y explicar la complejidad del mundo, las personas y las experiencias humanas"⁽²³⁾.

Aspectos éticos

El estudio siguió los preceptos éticos y legales contenidos en las Resoluciones 466/2012⁽¹⁸⁾ y 510/2016⁽¹⁹⁾

del Consejo Nacional de Salud. Obtuvo aprobación del Comité Permanente de Ética e Investigación con Seres Humanos de la Facultad de Enfermería de la Universidad de São Paulo bajo el CAAE nº 68987317.0.0000.5392 y dictamen nº 2.444.763; y, de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo bajo el CAAE 68987317.0.3001.0086 y dictamen nº 2.619.218. Todos los participantes fueron informados sobre el estudio y firmaron el Consentimiento Informado.

Resultados

La Tabla 1 presenta los resultados relacionados al sexo y vínculo de los cuidadores con los niños y adolescentes, esta muestra el predominio de mujeres responsables por el cuidado de niñas negras, en su mayoría, en seguimiento por el CAPSij.

Tabla 1 - Perfil del cuidador de niños y adolescentes negros en seguimiento por el CAPSij* II- Brasilândia. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variables	Femenino (n=44)	Masculino (n=5)	Total (n=49)	p
Sexo del usuario				
Femenino	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 con el usuario				
Madre	39/44 (88,6%)	0/5 (0%)	39/49 (79,6%)	<0,001
Padre	0/44 (0%)	4/5 (80%)	4/49 (8,2%)	
Abuela paterna	1/44 (2,3%)	0/5 (0%)	1/49 (2%)	
Hermana/hermano	1/44 (2,3%)	1/5 (20%)	2/49 (4,1%)	
Otros	3/44 (6,8%)	0/5 (0%)	3/49 (6,1%)	
El entrevistado es el cuidador principal (Si)	39/44 (88,6%)	4/5 (80%)	43/49 (87,8%)	0,495
Relación del cuidador con el usuario				
Madre	39/44 (88,6%)	0/5 (0%)	39/49 (79,6%)	<0,001
Padre	0/44 (0%)	5/5 (100%)	5/49 (10,2%)	
Abuela paterna	2/44 (4,5%)	0/5 (0%)	2/49 (4,1%)	
Otros (ex cuñada, prima, tía, madrina).	3/44 (6,8%)	0/5 (0%)	3/49 (6,1%)	

*Centro de Atención Psicosocial Infantil y Juvenil

A continuación, la Tabla 2 presenta las características de los cuidadores relacionadas con el sexo, la educación y el color/etnia. Las mujeres cuidadoras, 84,1% son

negras, tienen una edad media de 39,7 años. Los hombres encuestados son negros, tienen una edad media de 42,6 años y, en relación con la educación, todos saben leer y escribir.

Tabla 2 - Escolaridad del cuidador según género, CAPSij* Brasilândia. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variables	Femenino (n=44)	Masculino (n=5)	Total (n=49)	p
Edad del cuidador; media \pm de	39,7 \pm 9,9	42,6 \pm 6,4	40 \pm 9,6	0,527
Educación del cuidador				
Analfabetos	2/44 (4,5%)	0/5 (0%)	2/49 (4,1%)	0,740
Educación Primaria Incompleta	13/44 (29,5%)	2/5 (40%)	15/49 (30,6%)	
Escuela Primaria Completa	5/44 (11,4%)	0/5 (0%)	5/49 (10,2%)	
Bachillerato o Escuela Técnica Incompleto	1/44 (2,3%)	0/5 (0%)	1/49 (2%)	
Bachillerato o Escuela Técnica Completa	16/44 (36,4%)	2/5 (40%)	18/49 (36,7%)	

(continúa en la página siguiente...)

(continuacion...)

Variables	Femenino (n=44)	Masculino (n=5)	Total (n=49)	p
Educación Superior Incompleta	5/44 (11,4%)	0/5 (0%)	5/49 (10,2%)	
Educación Superior Completa	2/44 (4,5%)	1/5 (20%)	3/49 (6,1%)	
Etnia/Color del cuidador				1,000
Negro	14/44 (31,8%)	2/5 (40%)	16/49 (32,7%)	
Mulato	23/44 (52,3%)	3/5 (60%)	26/49 (53,1%)	
Blanco	6/44 (13,6%)	0/5 (0%)	6/49 (12,2%)	
Indígena	1/44 (2,3%)	0/5 (0%)	1/49 (2%)	

*Centro de Atención Psicosocial Infantil y Juvenil

La Tabla 3 presenta las características domiciliarias según el sexo del cuidador y muestra que los niños y adolescentes convivían, en promedio, con 3,9 personas en los hogares con aproximadamente 3,6 habitaciones. También hubo diferencias entre el sexo de los cuidadores, 3,5 ambientes entre las cuidadoras mujeres y 4,2 en los hogares donde los cuidadores eran hombres.

Cuando la cuidadora principal es del sexo femenino, 38,6% de los niños y adolescentes viven también con el padre, mientras que cuando el cuidador principal es hombre, 80% viven también con la madre. Cabe destacar que las mujeres ejercen solas el cuidado, mientras que los hombres, cuando son responsables, siguen contando con la participación de las mujeres.

Tabla 3 - Características del hogar según el género del cuidador, CAPSij* Brasilândia. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variables	Femenino (n=44)	Masculino (n=5)	Total (n=49)	p
Nº de personas con las que convive el niño; media ± de	3,9 ± 1,3	3,6 ± 0,9	3,9 ± 1,3	0,620
El niño convive con la madre (Sí)	36/44 (81,8%)	4/5 (80%)	40/49 (81,6%)	1,000
El niño convive con el padre (Sí)	17/44 (38,6%)	5/5 (100%)	22/49 (44,9%)	0,014
El niño convive con un hermano (Sí)	26/44 (59,1%)	4/5 (80%)	30/49 (61,2%)	0,636
El niño vive con los abuelos (Sí)	6/44 (13,6%)	0/5 (0%)	6/49 (12,2%)	1,000
Renta familiar; mediana [cuartiles]	1100 [998 - 1800]	1900 [1400 - 2500]	1150 [998 - 1975]	0,142
Fuente de ingresos - Salario	26/44 (59,1%)	5/5 (100%)	31/49 (63,3%)	0,143
Fuente de ingresos - Ayuda de un familiar	2/44 (4,5%)	0/5 (0%)	2/49 (4,1%)	1,000
Fuente de ingresos - Prestaciones [†]	25/44 (56,8%)	3/5 (60%)	28/49 (57,1%)	1,000
Tipo de vivienda				
Casa	38/43 (88,4%)	3/5 (60%)	41/48 (85,4%)	0,055
Barrio cerrado	5/43 (11,6%)	1/5 (20%)	6/48 (12,5%)	
Departamento	0/43 (0%)	1/5 (20%)	1/48 (2,1%)	
Características de la vivienda				
Propia	15/44 (34,1%)	2/5 (40%)	17/49 (34,7%)	0,897
Alquilada	15/44 (34,1%)	1/5 (20%)	16/49 (32,7%)	
Cedida	10/44 (22,7%)	2/5 (40%)	12/49 (24,5%)	
Ocupada	4/44 (9,1%)	0/5 (0%)	4/49 (8,2%)	
Nº de habitaciones de la vivienda; media ± DE	3,5 ± 1,1	4,2 ± 1,3	3,6 ± 1,1	0,181
Tipo de material de la vivienda				
Mampostería con revestimiento	43/44 (97,7%)	5/5 (100%)	48/49 (98%)	1,000
Una habitación de mampostería y otro de madera	1/44 (2,3%)	0/5 (0%)	1/49 (2%)	

*Centro de Atención Psicosocial Infantil y Juvenil; [†]Asignación social, jubilación, LOAS, pensión, seguro de desempleo

Un dato importante es que el 9,1% de los cuidadores de sexo femenino viven en condiciones inseguridad habitacional, en situación de "ocupación precaria".

Los ingresos familiares proceden predominantemente de los salarios para el 100% de los cuidadores masculinos y el 59,1% de las cuidadoras femeninas. Estos datos apuntan a una importante desigualdad de género en el acceso al mercado laboral formal. Podemos inferir que las mujeres ajustan su

participación en el mercado laboral en función de la necesidad de cuidados, más allá de las barreras sexistas del sistema capitalista. Otra fuente importante de ingresos entre las mujeres cuidadoras son las prestaciones sociales (LOAS), el subsidio familiar, la jubilación, la pensión y el seguro de desempleo.

La Tabla 4 detalla las características según raza/etnia como categoría de análisis, entre las mujeres cuidadoras, 85,7% son negras.

Tabla 4 - Características según raza/etnia del cuidador, CAPSij* Brasilândia. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variables	Negro (n=16)	Mulato(n=26)	Blancos (n=6)	Indígena (n=1)	p
Edad del cuidador; media ± de	39,6 ± 9,9	39,4 ± 9,1	41,8 ± 11,5	51 (n=1)	0,656
Sexo del cuidador (Hombre)	2/16 (12,5%)	3/26 (11,5%)	0/6 (0%)	0/1 (0%)	1,000
Educación del cuidador					
Analfabetos	1/16 (6,2%)	0/26 (0%)	0/6 (0%)	1/1 (100%)	0,394
Educación Primaria Incompleta	3/16 (18,8%)	9/26 (34,6%)	3/6 (50%)	0/1 (0%)	
Escuela Primaria Completa	1/16 (6,2%)	4/26 (15,4%)	0/6 (0%)	0/1 (0%)	
Bachillerato o Escuela Técnica Incompleta	1/16 (6,2%)	0/26 (0%)	0/6 (0%)	0/1 (0%)	
Bachillerato o Escuela Técnica Completa	7/16 (43,8%)	9/26 (34,6%)	2/6 (33,3%)	0/1 (0%)	
Educación Superior Incompleta	1/16 (6,2%)	3/26 (11,5%)	1/6 (16,7%)	0/1 (0%)	
Educación Superior Completa	2/16(12,5%)	1/26 (3,8%)	0/6 (0%)	0/1 (0%)	

*Centro de Atención Psicosocial Infantil y Juvenil

Una cuidadora declaró ser indígena, mujer y analfabeta, datos que demuestran desde un enfoque interseccional la vulnerabilidad de las mujeres de pueblos originarios en el acceso a la educación.

En la variable que indica con quién conviven los niños y adolescentes, la presencia de abuelos en los hogares es significativamente mayor en los hogares donde los cuidadores son blancos, seguidos por los hogares donde el cuidador es mulato y sólo el 6,2% de los niños conviven con abuelos en los hogares donde el cuidador se autodeclara negro. En el hogar de la única cuidadora

indígena entrevistada, el niño vive con su madre y su hermano y la familia vive exclusivamente de subsidios sociales (*bolsa família*).

La Tabla 5 presenta las características domiciliarias y el origen de los ingresos según raza/etnia de los cuidadores. Los datos también revelaron que algunos usuarios conviven simultáneamente con personas de diferentes grados de parentesco, independientemente de la raza/etnia declarada. En relación a los ingresos, la tabla presenta el cálculo de la mediana y su origen según raza/color.

Tabla 5 - Características del hogar según raza/etnia del cuidador, CAPSij* Brasilândia. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variables	Negro (n=16)	Marrón (n=26)	Blanco (n=6)	Indígena (n=1)	p
Nº de personas con las que convive el niño; media ± DE	3,9 ± 1,5	3,8 ± 1,3	4,2 ± 1,2	tres	0,844
El niño convive con la madre (sí)	11/16 (68,8%)	23/26 (88,5%)	5/6 (83,3%)	1/1 (100%)	0,420
El niño convive con el padre (sí)	6/16 (37,5%)	13/26 (50%)	3/6 (50%)	0/1 (0%)	0,807
El niño convive con un hermano (sí)	10/16 (62,5%)	13/26 (50%)	6/6 (100%)	1/1 (100%)	0,101
El niño vive con los abuelos (sí)	1/16 (6,2%)	3/26 (11,5%)	2/6 (33,3%)	0/1 (0%)	0,378
Renta familiar; mediana [cuartiles]	1139 [993,5-2625]	1150 [998-1975]	1000 [627-1100]	1200 [1200-1200]	0,750
Fuente de ingresos - Salario	10/16 (62,5%)	17/26 (65,4%)	4/6 (66,7%)	0/1 (0%)	0,771
Fuente de ingresos - Ayuda de un familiar	0/16 (0%)	1/26 (3,8%)	1/6 (16,7%)	0/1 (0%)	0,370
Fuente de ingresos - Prestaciones [†]	10/16 (62,5%)	14/26 (53,8%)	3/6 (50%)	1/1 (100%)	0,912
Tipo de vivienda					
Casa	15/16 (93,8%)	19/25 (76%)	6/6 (100%)	1/1 (100%)	0,596
Casa de la ciudad	1/16 (6,2%)	5/25 (20%)	0/6 (0%)	0/1 (0%)	
Departamento	0/16 (0%)	1/25 (4%)	0/6 (0%)	0/1 (0%)	
Características de la vivienda					
Propia	4/16 (25%)	12/26 (46,2%)	1/6 (16,7%)	0/1 (0%)	0,699
Alquilada	6/16 (37,5%)	7/26 (26,9%)	2/6 (33,3%)	1/1 (100%)	
Cedida	5/16 (31,2%)	5/26 (19,2%)	2/6 (33,3%)	0/1 (0%)	
Ocupada	1/16 (6,2%)	2/26 (7,7%)	1/6 (16,7%)	0/1 (0%)	
Nº de habitaciones de la vivienda; media ± DE	3,8 ± 1	3,6 ± 1,3	2,8 ± 0,8	3	0,371
Tipo de material de la vivienda					
Mampostería con revestimiento	16/16 (100%)	25/26 (96,2%)	6/6 (100%)	1/1 (100%)	1,000
Una ambiente de mampostería y otro de madera	0/16 (0%)	1/26 (3,8%)	0/6 (0%)	0/1 (0%)	

*Centro de Atención Psicosocial Infantil y Juvenil; [†]Prestaciones sociales, jubilación, LOAS, pensión, seguro de desempleo

Del total, 99,05% viven en casas revestidas de mampostería, y una pequeña parte de las cuidadoras mulatas son las que tienen algún ambiente de madera. Entre las cuidadoras negras, el 25% tiene casa propia y, entre las mulatas, el 46,2%, lo que muestra una estratificación por color de piel en el acceso al derecho a la vivienda. Atendiendo al territorio, alrededor del 10% del total de cuidadores viven en condiciones de ocupación precaria, el 20% viven en casas asignadas, el 35% en casas propias y el 35% alquiladas.

En la variable "origen de renta" de los cuidadores entrevistados, la media es de aproximadamente R\$1.100,00, cerca de un salario mínimo, valor que no difiere significativamente en la variable raza/color de la muestra. Según el origen de la renta, entre los cuidadores negros los beneficios asistenciales son tan relevantes como el salario, para los cuidadores mulatos y blancos los salarios tienen menor relevancia. Entendemos que los beneficios son percibidos cuando no están asociados a salarios, porque pertenecen a los hijos y así, especialmente las mujeres, mayoría entre los cuidadores y curadores, no pueden tener un vínculo laboral formal para complementar el ingreso. En cuanto a la ayuda de parientes, que se relaciona con la red de apoyo social, entre los blancos está presente en 16,7% de los casos, y es menor entre los pardos 3,8% y los negros 0%, situación que empeora la condición contractual de las familias negras.

Discusión

La división y valorización del trabajo de cuidados en una sociedad con un modo de producción y organización capitalista se perpetúa de forma desigual. Entrecruzando desigualdades de género, raza y clase, las mujeres negras se ven obligadas a realizar el trabajo de sustento de la vida, de reproducción social, de cuidado de niños, adolescentes y ancianos, y, además, las tareas domésticas, con un impacto significativo en el bienestar, debido a la sobrecarga e invisibilización de sus necesidades⁽²⁴⁾.

Los resultados corroboran la organización patriarcal y sexista de las familias que, a pesar del movimiento feminista, no presenta cambios significativos en el reparto de las tareas domésticas entre hombres y mujeres⁽²⁵⁾. Son ellas las responsables del trabajo de cuidados, invisibilizado y no remunerado, en casi su totalidad contando con otras mujeres⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Cuando la mujer es la principal cuidadora, su calidad de vida se ve afectada por una menor educación y remuneración, por vínculos laborales informales y precarios, por un acceso limitado a servicios especializados, lo que se traduce en mayores tasas de morbilidad y mortalidad, y mayores índices de exclusión cuanto más oscuro es el color de la piel⁽²⁸⁾.

Los ingresos familiares, muy diferenciados por sexo, hacen indispensable el debate sobre la desigualdad de género en el acceso al mercado laboral, ya que son las mujeres las que sufren las desigualdades de ingresos y de poder contractual. Sobre todo, las mujeres negras, históricamente víctimas del trabajo esclavo, siguen en desventaja en lo que se refiere al acceso al trabajo formal. Esto denota el "modelo estético" brasileño de privilegio blanco, en la tradición del "matriarcado de la miseria", que ha destinado pocos derechos laborales a las mujeres negras, que son la mayoría de las trabajadoras domésticas⁽²⁹⁾.

Las mujeres negras y mulatas son mayoría en empleos informales, sin derechos de seguridad social, sin acceso al empleo formal registrado, con salarios más bajos y en trabajos serviles, con acumulación de turnos de trabajo, además de ajustar su participación en el mercado laboral en función de las necesidades de cuidado de sus hijos y familiares⁽³⁰⁻³²⁾.

La deconstrucción de la sociedad patriarcal, racista y capitalista está en los objetivos del movimiento feminista negro desde la década de 1970, sin embargo, poco han disminuido las diferencias raciales entre las mujeres. El concepto de interseccionalidad tiene su historia enraizada en la experiencia vivida por las mujeres negras, y se refiere no sólo a las diferentes dimensiones de la identidad, sino a las interacciones entre ellas⁽³³⁾.

En la lucha por el derecho al trabajo, eran las mujeres negras las que no obtenían acceso a guarderías para sus propios hijos⁽³⁴⁾. En la interseccionalidad entre raza, género, clase, agregados como marcadores sociales, se entienden mejor las desigualdades entre mujeres blancas y negras⁽²³⁻³⁵⁾.

El debate sobre el "ennegrecimiento de la agenda feminista" y el replanteo de los temas en el movimiento negro comenzó a finales del siglo XX y se extiende a la época contemporánea. Con el auge del feminismo negro, el racismo que afecta a las mujeres, que siempre han estado al frente de las luchas por la igualdad racial y de género, se hace explícito⁽³⁶⁻³⁷⁾.

Según la Encuesta Nacional por Muestra de Domicilios (PNAD), hay 11,6 millones de familias compuestas sólo por mujeres y sus hijos⁽³⁸⁾. Se manifiesta un fenómeno llamado "soledad de la mujer negra", quién se hace cargo plenamente de sus hijos y se queda sola, advirtiéndose que esas desigualdades se amplifican cuando los hijos tienen problemas de salud mental⁽²⁶⁾.

La constitución de familias blancas y morenas con más redes de apoyo social que las familias de personas negras configura un sistema de discriminación por el color de la piel, también llamado colorismo. En el colorismo, las mujeres con piel más oscura son más discriminadas, tienen menos red, lugar social y acceso a derechos, con lo cual, las mujeres son más vulnerables⁽³⁹⁾.

El acceso desigual a la educación es consecuencia de un sistema de opresiones interconectadas, aspecto que debe analizarse de forma interseccional en función del género, la raza/color, la clase social y la etnia. Esta realidad fue cuestionada en la III Conferencia contra el Racismo y la Xenofobia, en 2001, para garantizar el acceso al trabajo y a la educación superior de las mujeres negras⁽⁴⁰⁾.

En cuanto a la condición de las mujeres indígenas, el acceso a la educación es restringido, y terminan "condenadas a un ciclo de pobreza, menos oportunidades y falta de condiciones para la toma de decisiones", y según los resultados, se hallan en condición de vulnerabilidad, con una pequeña red de apoyo social⁽⁴¹⁾.

Es evidente que las desigualdades de género, raza, clase social y etnia, así como las situaciones de violencia doméstica, desvalorización del trabajo, inseguridad alimentaria, inestabilidad de ingresos y vivienda, falta de red de apoyo social, son determinantes sociales de la salud mental⁽⁴²⁾. Los autores señalan "el racismo y la negación de derechos" como "factores intrínsecos de alto potencial en el sufrimiento mental"⁽⁴³⁾. La bibliografía internacional sobre las desigualdades que se advierten, desde un enfoque interseccional, en salud mental, demuestra que la investigación sigue siendo limitada en volumen y poco estructurada en términos metodológicos. Sin embargo, destaca el valor del análisis interseccional de las desigualdades entre grupos de población para establecer prioridades en la práctica y en las políticas⁽⁴⁴⁾.

Considerando la variable "género" como marcador social para la comprensión de la salud de las mujeres, responsables por el cuidado de personas con problemas de salud mental, se identifica la sobrecarga, la baja calidad de vida y la insatisfacción con las relaciones familiares⁽⁴⁵⁾. Al cruzar raza/color y clase, se verifican desigualdades sociales que, superpuestas, mantienen ciclos de violencia, opresión y poder, y estructuran la compleja trama social⁽¹⁶⁾.

En la coyuntura actual, nos encontramos frente al agravamiento del desmantelamiento del SUS y de la Política Nacional de Salud Mental, así como del PNSIPN, con ordenanzas y proyectos que desencadenan graves retrocesos, ignorando derechos conquistados democráticamente. La necropolítica se institucionalizó en Brasil desde el golpe jurídico-parlamentario de 2016 y se agravó a partir de 2018, puesto que en dicha política se prevén hospitales psiquiátricos con camas sobrefinanciadas, admisiones obligatorias en comunidades terapéuticas y la violencia como norma, así como el desguace de la Red de Atención Psicosocial⁽⁴⁶⁾. Esta realidad se ve agravada por la negligente gestión de la pandemia de COVID-19 en Brasil, que no se basa en evidencias y agrava las desigualdades sociales, raciales y de género⁽¹⁶⁾.

Al discutir el perfil sociofamiliar de los niños y adolescentes negros que realizan seguimiento en un CAPSij, se evidencia, desde la perspectiva de la interseccionalidad, la necesidad de tener en cuenta la diversidad de la población, la acumulación de opresiones y vulnerabilidades, la individualidad de cada niño y/o adolescente y de sus cuidadores. Esperamos que esta investigación pueda aportar su contribución a los equipos de los servicios comunitarios y territoriales de las Redes de Atención a la Salud, en la elaboración de estrategias, en forma conjunta con los familiares y/o cuidadores, para cuidar, compartir, apoyar y mitigar las barreras encontradas por las mujeres negras, desde la perspectiva del acceso y garantía de los derechos humanos.

El estudio tiene limitaciones en lo que se refiere al tamaño y alcance de la muestra, dado que abarca a personas vinculadas a un único Centro de Atención Psicosocial en un determinado territorio de la ciudad de São Pablo, Brasil. Es necesario ampliar la evidencia en estudios que contribuyan a garantizar la equidad y la integridad en la atención de salud en el SUS.

Para el avance teórico-práctico en el área de la salud, especialmente en enfermería, esperamos que las reflexiones puedan contribuir a la comprensión interseccional sobre la equidad en las prácticas de cuidado, y en el análisis crítico de la organización del trabajo como categoría profesional, donde el cuidado directo suele estar asociado a bajo reconocimiento, bajo nivel de formación, género, raza/color y clase social.

Factores sociopolíticos evidencian la necesidad de herramientas que incluyan raza, género y clase como categorías de análisis en la gestión de los cuidados y en las políticas públicas, para combatir los múltiples niveles de violencia y violación de derechos, como el racismo y el sexismo estructurales, en todo el sistema de salud. Consideramos la necesidad de divulgar evidencias científicas en el área de enfermería de salud mental en la interseccionalidad entre género, raza y clase social.

Conclusión

Los resultados de la investigación revelaron que las responsables por el cuidado de niños y adolescentes negros en seguimiento por un CAPSij son, casi en su totalidad, mujeres, madres o abuelas negras (o mulatas), con acceso desigual a la educación, al trabajo y a la vivienda, derechos sociales constitucionales en Brasil. Este estudio elucida que en las familias donde los cuidadores son mujeres negras, ellas son más vulnerables, pues tienen menor acceso a la relación contractual, red social frágil y cargan los desafíos inherentes al cuidado de niños y adolescentes negros con problemas de salud mental.

El concepto de interseccionalidad utilizado como herramienta teórica y metodológica propone pensar la inseparabilidad estructural del racismo, el capitalismo y el cisheteropatriarcado, y las articulaciones resultantes, que repetidamente hacen a las mujeres negras más expuestas y vulnerables. Género, raza, clase, sexualidad, entre otros diferentes marcadores sociales interactúan entre sí, estructurando la vida en sociedad.

La investigación de las condiciones de vida de los niños y adolescentes negros con problemas de salud mental tiene la función social de identificar y cualificar la lucha contra las desigualdades. La investigación presenta una reflexión basada en las desigualdades de género, raza /color y clase, y señala que es necesario considerar a los sujetos en el contexto social, familiar y cultural.

A través de las interseccionalidades, se puede entender cómo el racismo y el sexismo impactan en la salud de las personas, y crear estrategias para garantizar la equidad y la integralidad en la atención a la salud mental.

Referencias

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 ultraconservatory 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/19637.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>

Contribución de los autores


Concepción y dibujo de la pesquisa: Luciane Régio, Sônia Barros, Caroline Ballan, Carla Aguiar, Bruna de Paula Candido, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. **Obtención de datos:** Luciane Régio, Sônia Barros, Caroline Ballan, Carla Aguiar, Bruna de Paula Candido, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. **Análisis e interpretación de los datos:** Luciane Régio, Sônia Barros, Caroline Ballan, Carla Aguiar, Bruna de Paula Candido, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. **Obtención de financiación:** Sônia Barros. **Redacción del manuscrito:** Luciane Régio, Sônia Barros, Caroline Ballan, Carla Aguiar, Bruna de Paula Candido, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Luciane Régio, Sônia Barros, Caroline Ballan, Carla Aguiar, Bruna de Paula Candido, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 23.03.2022
Aceptado: 28.03.2023

Editora Asociada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Autor de correspondencia:
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
E-mail: marciaap@usp.br
 <https://orcid.org/0000-0002-1069-8700>

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.