



**V CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
VI SEMINÁRIO NACIONAL DE TERROTÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
V CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

Eixo: Relações Étnico-Raciais, Povos Indígenas, População Negra, Comunidades Tradicionais e Políticas Sociais.

Patrícia Ribeiro Silva Santos ¹

Os reflexos da saúde mental da população negra vítimas do racismo e a importância da intersectorialidade no atendimento entre a Política de Saúde Mental e Assistência Social.

Resumo. À luz do pensamento de Frantz Fanon (2008) podemos apontar que os indivíduos negros, homens e mulheres, são colocados na “zona do não ser”. Fanon (2008), em *Pele negra, máscaras brancas*, nos mostra que existe uma concepção universal de ser humano que é destinada apenas aos brancos. Vai ser o racismo o alicerce desse sistema hierárquico que reparte a humanidade entre inferiores e superiores através de algumas marcas e, no caso brasileiro, essa marca está estabelecida pela cor da pele. Portanto, reconhecemos que a sociabilidade brasileira tem o racismo como base estruturante e estrutural, expresso através das políticas públicas e sociais, das instituições e das relações sociais. O Estado que alega proteger acaba promovendo violações que reafirmam a punição e o extermínio. (PASSOS, 2020). Na medida em que políticas sociais não são criadas para reduzir os níveis de desigualdade e que, pelo modo como o racismo opera, ser desigual equivale a ser negra/o, este ser também está associada/o à inferioridade racial, a humanidade negada é parte constitutiva desse círculo violento (EURICO, 2021). Assim, para pensar a produção de cuidado dentro da Política de Assistência Social juntamente com a saúde mental é pensar sobre impacto da desigualdade social e racial e seus efeitos na saúde mental das pessoas.

Palavras-chave: Saúde Mental; racismo e Política de Assistência Social.

Abstract: In light of the thoughts of Frantz Fanon (2008), we can point out that black individuals, men and women, are placed in the “zone of non-being”. Fanon (2008), in *Black skin, white masks*, shows us that there is a universal conception of human being that is intended only for white people. Racism will be the foundation of this hierarchical system that divides humanity between inferiors and superiors through some marks and, in the Brazilian case, this mark is established by the color of the skin. Therefore, we recognize that Brazilian sociability has racism as its structuring and structural basis, expressed through public and social policies, institutions and social relations. The State that claims to protect ends up promoting violations that reaffirm punishment and extermination. (PASSOS, 2020). To the extent that social policies are not created to reduce levels of inequality and that, due to the way racism operates, being unequal is equivalent to being black, this being is also associated with racial inferiority, denied humanity is part of constitutive of this violent circle

¹ Mestranda em Serviço Social pela PUC-SP, pesquisadora do NEPSAS/PUC-SP - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Seguridade e Assistência Social. Assistente Social e trabalhadora na saúde mental da cidade de Jaguariúna-SP. Email: patriciaribeiroassistsocial@gmail.com



(EURICO,2021). Thus, to think about the production of care within the Social Assistance Policy together with mental health is to think about the impact of social and racial inequality and its effects on people's mental health.

Keywords: Mental health; racism and Social Assistance Policy.

1.INTRODUÇÃO

Diante do cenário que vivemos, de um avanço neoliberal de enxugamento de serviços públicos, principalmente no SUAS, e a herança assistencialista que ainda insiste em atuar em muitas práticas, nós nos questionamos sobre como é possível pensar e apostar em práticas de cuidado para além das normativas de gerenciamento da vida. Que cuidado produzimos em nossa prática de trabalho social com as/os usuárias/os? Na relação com o território? Esse cuidado dá conta das demandas das famílias? Conseguimos reconhecer a existência de um sofrimento mental que advém das vulnerabilidades sociais vivenciadas pela população? Um sofrimento coletivo perpassado por marcadores sociais como gênero, raça, sexualidade, entre outros. Conseguimos fazer essa análise quando propomos as intervenções nas diferentes complexidades da Política de Assistência?(CATANIO, BATTISTELLI e RODRIGUES,2021).

Assim, a (in)visibilidade emergir como uma realidade dual. No caso do segmento negro e das mulheres negras na assistência social e na sociedade em geral, são vistos(as), na maior parte das vezes, estereotipadas negativamente, mas, ao mesmo tempo, produz-se a negação de condições históricas que produzem este modo de enxergá-las, isso porque supostamente vive-se numa sociedade de iguais. E, no caso de uma realidade como a brasileira, que historicamente negou a raça, constituiu-se como sinônimo do atraso. É ela que mais se torna (in)visível, ou melhor, invisibilizada. Daí a produção de sua negação, a exemplo da produção do supracitado mito da democracia racial.(COSTA,2020).

Quando falamos de questão-ético racial e o quanto a população negra é vítima do racismo estrutural e entendendo a importância de acompanhar de maneira integral esta população, se faz necessário compreender esse atendimento perpassando entre todas as políticas sociais, com destaque para Política de Assistência Social tema deste trabalho, uma vez que como foi trazido anteriormente a grande maioria do público atendido dentro dos serviços socioassistenciais é a população negra sendo a maioria mulheres e assim não podemos deixar de problematizar as expressões do racismo vividas pelas pessoas negras e seus reflexos na saúde mental e a importância do trabalho entre as duas políticas supracitadas.



2.DESENVOLVIMENTO

A LOAS e a PNAS apontam para a necessidade de se aproximar e enxergar o território como o lugar onde as vulnerabilidades se expressam, além de olhar para os “invisíveis” como parte de uma situação coletiva, e não apenas individual (Brasil, 2005).

A Seguridade Social tem, portanto, o intuito de assegurar os direitos relativos a estas três esferas (Lonardoni et al., 2006; Brasil, 1988), e consolida a Assistência Social no campo dos direitos sociais. E, muitas vezes, torna-se importante interlocutora para que as/os usuárias/os tenham acesso à Saúde e Previdência Social, pois costuma ser a partir do CRAS que usuárias/os conseguem entender a relação entre os diferentes eixos da Seguridade Social e os direitos a que têm direito.(CATANIO, BATTISTELLI E RODRIGUES,2021).

Carneiro (2011) afirma que o IPEA demonstra que a pobreza no Brasil está calcada no alto grau de desigualdade, apontando que isso é resultado da implementação de políticas de cunho universalistas. A autora refere que a escolha pelo crescimento econômico tem impacto inferior do que o combate à desigualdade em nosso país.

Um ponto importante salientado pela autora diz respeito ao acirramento da desigualdade social em decorrência da focalização das políticas públicas e consequente status universalista dessas: A defesa intransigente das políticas universalistas no Brasil guarda, por identidade de propósitos, parentesco com o mito da democracia racial. Ambas realizam a façanha de cobrir com um manto “democrático e igualitário” processos de exclusão racial e social que perpetuam privilégios. Postergam, igualmente, o enfrentamento das desigualdades que conformam a pobreza e a exclusão social. (Carneiro, 2011, p. 99).

O profissional da Saúde, então, deve ser um operador de cuidado – não um agente de cura (Merhy, 2004) – que opera com a ideia de encontros “entre” e “com”. No caso da Assistência Social, acreditamos que o trabalhador também tenha um papel de operador de cuidado e, ao invés de buscar a cura como na Saúde, no campo da Assistência Social ele deve se afastar da ideia de ser um agente da “salvação” da pobreza e da miséria. Merhy se vale muito da descrição de cenas e na construção de imagens, que colocam em perspectiva o que ele compreende como produção do cuidado. (Merhy, 2013, p. 144).

Para contextualizar o que entendemos como cuidado de acordo as autoras Catanio, et al.,2021, durante a escrita do artigo que foi utilizado como referência neste trabalho, para elucidar foi trazido por elas três histórias inventadas de mulheres que tinham como intenção operar com o que elas estavam discutindo (apresentando no artigo entre Assistência Social e Saúde Mental: Produzindo Práticas de Cuidado). As histórias ficcionalizadas foram três dentre elas a dona Cláudia personagem que nos ajuda a contar a experiência vivida sem que incorramos em improbidades éticas. Mulheres, negras,



moradoras de bairros periféricos e que são usuárias da Política Nacional de Assistência Social. Além disso, elas têm em comum uma vivência enlaçada na Saúde Mental.

Cláudia tem um filho com diagnóstico de esquizofrenia – e ela própria foi diagnosticada com depressão; Beatriz já esteve internada em hospital psiquiátrico e Joana é usuária de um Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II). Uma relação ainda pouco explorada no campo de pesquisa sobre a Assistência Social. Contar as histórias dos encontros que tivemos com essas mulheres coloca em pauta, além da temática do cuidado, a transversalidade de gênero e raça nas políticas sociais. Quando estamos olhando para uma Política, é importante que olhemos também os marcadores sociais que a atravessam.(CATANIO, BATTISTELLI E RODRIGUES,2021).

O primeiro registro dela no CRAS é de 2016. Naquela oportunidade, dona Cláudia procurou o serviço para obter informações sobre vagas de emprego. Já na segunda vez, sua busca pelo serviço foi em função do filho: queria orientações sobre internação compulsória, pois o filho vinha fazendo uso de drogas. Na terceira vez, queria encaminhar um Benefício de Prestação Continuada (BPC) para ele, além de solicitar auxílio-alimento. Nos acolhimentos seguintes, a questão do filho foi ficando mais evidente. Dona Cláudia traz em seu relato que já não mora mais em sua casa, pois o filho passou a ameaçá-la de morte, além de ter passado por uma internação em saúde mental na semana anterior. As crises do filho são frequentes e ele costuma brigar com pessoas na rua, ameaçar a família e fazer uso de drogas. Apesar de já ter sido atendido algumas vezes no Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II), ele não costuma acessar o serviço, assim como também não vem ao CRAS.(CATANIO, BATTISTELLI E RODRIGUES,2021).

Em 2018, ela retornou ao CRAS, sua ida envolveu o filho. Ela foi buscar auxílio, pois ele estava em surto e seguia ameaçando-a. A partir disso, o CRAS contatou a Promotoria de Justiça, a Defensoria Pública e o CAPS II, além de orientar dona Cláudia a fazer contato com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Ela procurou os outros pontos da rede, mas algo a faz sempre retornar ao CRAS. Provavelmente, porque ver o serviço como um espaço que lhe escuta, mesmo que não “resolva” a demanda, faz com que ela busque o CRAS. Dona Cláudia procura por qualquer pessoa da equipe técnica que se mostre disponível para escutá-la, que pode se sentar por alguns minutos e ouvir o que ela tem para contar. Procura (e encontra) no CRAS um espaço para falar de seus medos, angústias e preocupações. As situações que dona Cláudia relata nos enchem de perguntas: essa escuta e acolhimento deveriam ser feitos aqui? Não é papel da Saúde? Mas eu não posso não escutar. . . Alguém olha para dona Cláudia para além da fala relacionada ao filho? Algum serviço dá conta de escutar o sofrimento de dona Cláudia? Ou só cuidamos do



filho dela? Ou então será que, indiretamente, ao cuidar do filho, não cuidamos dela?(CATANIO, BATTISTELLI E RODRIGUES,2021).

Do ponto de vista de Merhy (2004), o ato de cuidar envolve o momento em que o cuidado acontece. “Cuidar” implica no “trabalho vivo em ato” (2004, p. 115), que pode se dar na relação entre trabalhador/a-usuário/a e que produz acolhimento e responsabilização da situação demandada.

Nesta situação trazida pela autoras Catanio, Battistelli e Rodrigues(2021),é possível observar que Sra.Cláudia trazida como estudo de caso(fictício) pelas autoras supracitadas, tem o espaço do CRAS como lugar que oferece acolhimento e um espaço que tem seu lugar de fala valorizado,pois nesta instituição ela foi ouvida.Ou seja: o encontro de cada profissional do CRAS com dona Cláudia, mesmo que pareça repetitivo, é o que a acolhe. Na repetição se produz escuta, acolhimento e cuidado, mesmo não havendo solução ou resposta.Só é possível que dona Cláudia cuide do filho porque é cuidada pelas trabalhadoras do serviço. Assim, para situações como a de Dona Cláudia, o CRAS é o serviço de porta aberta para a escuta.

O sofrimento precisa ser deslocado para uma discussão que não fique restrita ao campo da saúde mental. Para Basaglia (1979, p. 37-38), “o sofrimento humano é algo que não se pode eliminar. Está na vida, está no homem, é uma condição do homem. O problema da vida é a contradição entre o que é a organização social e a dor que se expressa em cada um de nós”. É importante compreendermos que a existência humana possui uma dor que é inerente ao ser, logo, faz parte da constituição da humanidade o sofrimento. Segundo Leão, Ianni e Goto (2019, p. 53), é equivocado reduzir o sofrimento psíquico apenas à experiência individual e singular, isolando-a dos referenciais sociossimbólicos, já que, “ao mesmo tempo em que duas pessoas não experimentam o sofrimento de forma absolutamente igual, há também algo comum, algo coletivamente individualizado”. Para os autores, o sofrimento pode estar relacionado a, pelo menos, quatro dimensões: individual, social, coletiva e institucional, sendo indissociáveis, multideterminadas e multideterminantes.(PASSOS,2021).

Basaglia (1979, p. 38) nos mostra que aquele que tem acesso econômico para expressar seu sofrimento existencial pode se manifestar subjetivamente. Já aquele que “não tem condições econômicas para sobreviver, não pode se expressar de maneira alguma, não conhece o sofrimento existencial, mas somente o sofrimento da sobrevivência, não havendo assim a possibilidade de expressar a contradição e o antagonismo”. Para o autor, todos temos o direito de nos manifestarmos como cidadãos, entretanto, será o poder que determinará a forma como iremos nos expressar.



Portanto, o racismo é contra determinadas formas de existir, por isso precisa retirar o poder econômico, inferiorizar subjetivamente e aniquilar os valores culturais que sustentam esses povos. Nesse caminho, acontece a desumanização dessa existência através do apagamento da dor que compõe a humanidade e a transforma em sofrimento da sobrevivência. A existência negra foi remodelada pela dominação do colonizador que buscou afirmar maciçamente a sua superioridade. Para Quijano (2005), a Europa criou um novo padrão de poder mundial que concentrou sobre sua hegemonia as formas de controle da subjetividade e do sofrimento, o que fez com que definisse a experiência de ser negro, louco, mulher, LGBT.(PASSOS,2021).

No caso brasileiro, Giacomini (1988) aponta que para compreendermos a composição e a formação do proletariado brasileiro é necessária uma análise das transformações dos negros e negras escravizados/as em trabalhadores livres e, também, da herança deixada pela escravidão para as mulheres negras. Nesse sentido, para a autora é primordial uma reelaboração da história da escravidão brasileira e da compreensão das raízes históricas da situação atual da mulher negra no Brasil. Portanto, a forma como está colocada a existência da mulher negra e do sofrimento a ela destinado na contemporaneidade está vinculada às bases colonialistas, racistas, patriarcais, elitistas e classistas que sustentam a formação social brasileira.

Partimos da compreensão de que o cuidado é uma necessidade ontológica do ser social. A satisfação das necessidades do ser social aparece como produção da vida, tanto da própria, como da alheia, através da conexão materialista entre os indivíduos. Ou seja, para que tenhamos a reprodução, a continuidade e a existência da humanidade é preciso que ocorra a cooperação entre os indivíduos. Nesse processo, existem aqueles que não conseguem ou não podem suprir as suas necessidades ontológicas primárias, o que os coloca como dependentes de um outro. Definimos o cuidado como sendo essa interdependência dos seres humanos, já que ao mesmo tempo há a necessidade do indivíduo para existir e a ação para suprir (PASSOS, 2018).

De acordo com Eurico (2013, p. 299), “o racismo institucional possui duas dimensões interdependentes e relacionadas: a político-programática, e a das relações interpessoais”. A primeira diz respeito às ações que vão impedir a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas que combatem o racismo. Por sua vez, a segunda dimensão está relacionada às relações entre os gestores, trabalhadores e usuários, pautadas em atitudes discriminatórias. Para a autora, “toda vez que a instituição não oferece acesso qualificado às pessoas em virtude de sua origem étnico-racial, da cor da sua pele ou cultura, o trabalho



fica comprometido. Esse comportamento é resultante do racismo institucional” (EURICO, 2013, p. 300).

A partir do diálogo entre Basaglia e Fanon compreendemos que o sofrimento do ser negro é oriundo do processo de colonização que criou a racialização dos povos, dos corpos e das culturas. Nesse caminho, a composição do existir mulher negra se deu na zona do não ser, sendo-lhe negadas as características destinadas ao gênero feminino, tendo como traço marcante o sofrimento de sobrevivência.(PASSOS,2021).

medicalização do sofrimento não é uma resposta isolada, pois ela faz parte das estratégias da psiquiatria tradicional que tem como base a internação, o isolamento, a medicalização e o manicômio. Para Basaglia (apud Pereira, 2018, p. 324), “a doença pode torna-se, dentro da lógica capitalista, um dos elementos para justificar uma exclusão, resumindo a um nível individual o que diz respeito à sociedade e suas contradições”. Nesse caminho, consideramos a existência de um processo de manicomialização das relações sociais que vem se dando através da violência que é componente estrutural da formação social brasileira, já que somos uma nação que se desenvolveu a partir da mercantilização, exploração e morte da existência e dos corpos negros.(PASSOS,2019).

De acordo com Freitas e Amarante (2015), na contemporaneidade vivenciamos a medicalização das experiências que fazem parte da vida cotidiana. Para os autores, medicalização é “o processo de transformar experiências consideradas indesejáveis ou perturbadoras em objetos da saúde, permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e práticas afins” (p. 14). Esse fenômeno não está localizado como um processo isolado da realidade brasileira, pois faz parte das estratégias adotadas pelo capitalismo contemporâneo, não só para controlar os comportamentos desviantes, mas para amenizar os efeitos nefastos da sua devastação na existência humana.(PASSOS,2019).

A Partir da contribuição de Barreto (2009) que a articulação com políticas que objetivam o acesso e a garantia de direitos, como a Assistência Social, poderá contribuir na efetivação da própria política de saúde mental.

Atualmente para efetivação desse cuidado inclusivo é necessário a defesa da estruturação da RAPS(Rede de Atenção Psicossocial) composto pelos equipamentos substitutivos, que são: Centros de Atenção Psicossocial(CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos(SRT), os Centros de Convivência(Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda,as Unidades Básicas de Saúde e o diálogo com os serviços de Assistência Social.(BRASIL,2004).

São audaciosos os objetivos da Política de Saúde Mental e da estruturação da RAPS, e partindo da lógica de Incompletude Institucional, para a garantia do bem estar psicossocial dos cidadãos, tal política e seus equipamentos de operacionalização não



poderão atingir a sua efetividade, se não estiverem em constante contato com a Assistência Social e suas ações Proteção Social.(SILVA E FILHO,2020).

Como trabalhadora da saúde mental no CAPS I, anteriormente tive a oportunidade de trabalhar na Política de Assistência Social dentro de um CREAS, vejo algumas barreiras entre as duas Políticas um certo distanciamento, como se no momento do acompanhamento da Família pelo PAEFI-Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos, no caso do CREAS, fosse outra realidade que é trazida na política de saúde mental, há uma tendência de distanciamento e envolvimento entre as duas políticas, questões estas que devem ser trazidas e discutidas, a fim de propor melhor atendimento de maneira integral.

3. RESULTADOS E CONCLUSÕES

Assim quando discutimos sobre políticas sociais brasileiras,juntamente com os operadores dessas políticas podemos encontrar vias de efetivação por conseguinte, a promoção da qualidade de vida dos cidadãos a partir da escuta dos sujeitos vítimas da questão social.

Urge então, a necessidade de atuarmos baseados na compreensão das reais necessidades destes sujeitos.Muito possivelmente este momento deixará marcas, mas cabe as políticas públicas(assistência social e saúde mental dentre outras) criarem estratégias para que esta população tenha seu sofrimento minimizado.Assim,essas políticas públicas que intentam minimizar as desigualdades sociais e promoção de bem-estar psicossocial necessitam de profundas mudanças para não agenciar apenas a reprodução de velhos paradigmas em tempos atuais.(SILVA E FILHO,2020).

No caso da saúde mental, os próprios trabalhadores desta política algumas vezes desconhecem a Política de Assistência Social e vice-versa. Ainda Somando tudo que foi trazido no decorrer deste texto, quando é colocado ao nível de debate dentro dos espaços, no caso das instituições, sobre gênero, raça e classe as falas de alguns profissionais são: “Não sou racista, eu até tenho amigos pretos!” e “Não vamos falar apenas do racismo que o negro sofre, mais de todos, inclusive pessoas brancas são vítimas de racismo”, essas falas racistas são expressões colocadas pelo mito da democracia racial.

4.REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. Família Negra: ‘filha de estranho’ na sociedade brasileira, paper apresentado na Mesa Redonda Trabalho e Famílias: configurações e tensões em contexto de desigualdades – XV ENPESS, Ribeirão Preto, 2016.



BERBERIAN, T. P. Serviço Social e avaliações de negligências: debates no campo da ética profissional. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 121, jan./mar. 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica - NOB SUAS. Brasília/DF, 2012.

BRASIL. Estatuto da Igualdade Racial. Lei 12288/10 | Lei no 12.288, de 20 de julho de 2010, Brasília.

CARNEIRO, S. Gênero e Raça. In: BRUSCHINI, C; UNBEHAUM, S. G. Gênero, democracia e sociedade brasileira. São Paulo: FCC: Editora 34,2002.

CARNEIRO, S. (2011). Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil. São Paulo: Selo Negro.

COSTA, Gracyelle. Assistência Social, no enlace entre a cor e gênero dos (as) que dela necessitam *O Social em Questão*, vol. 20, núm. 38, 2017, Maio-, pp. 227-246 Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro-Brasil.

CATANIO, NICOLLE; BATTISTELLI, BRUNA, MORAES, RODRIGUES, LUCIANA. Entre Assistência Social e Saúde Mental: Produzindo Práticas de Cuidado. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 13, n. 3, jul./set. 2021, p. 75-88.

DUARTE, C. L. O cânone literário e a autoria feminina. In: AGUIAR, N.(Org.). *Gênero e Ciências Humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres*. Rio de Janeiro: Record, 1997.

DUARTE, M. J. O. Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuários de drogas em contexto de internação compulsória. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, dez. 2013.

EURICO, Marcia, Campos. A percepção do assistente social acerca do racismo institucional. *Serviço Social e Sociedade*. 2013, n.114, pp.290-310

FAGUNDES, S. (1995). Exigências Contemporâneas. *Saúde Mental Coletiva*, 2(2), 2-4.

FANON, F. *Peles negras, máscaras brancas*. Salvador: Editora Edufba, 2008.

FAUSTINO, D. M. *Frantz Fanon: um revolucionário, particularmente negro*.

São Paulo: Ciclo Contínuo Editorial, 2018.

FIUZA, S. C. R., & COSTA, L. C. (2015). O direito à assistência social: O desafio de superar as práticas clientelistas. *Serviço Social em Revista*, 17(2), 64-90.



GUIMARÃES A. S. Racismo e Anti-racismo no Brasil. 2. ed. São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo, 1999.

JACCOUD, L. (Org.). A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos 20 anos. Brasília: Ipea, 2009.

LONARDONI, E., Gimenes, J. G., Santos, M. L. D., & Nozabielli, S. R. (2006). O processo de afirmação da assistência social como política social. *Serviço Social em Revista*, 8(2),35-43.

MERHY, E. E. (2004). O ato de cuidar: A alma dos serviços de saúde. In Brasil, VER-SUS Brasil:Cadernos de textos (pp. 108-137). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

MIOTO, R. C. T. Família e Políticas sociais. In: BOSCHETTI, I. BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. M dos; MIOTO, R. C. T. (Org.). *Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas*. São Paulo: 2008.

MUNANGA, K. *Superando o racismo na escola*. UNESCO, 2005.

MUNANGA, K. "Algumas considerações sobre 'raça', ação afirmativa e identidade negra no Brasil: fundamentos antropológicos". *Revista USP*, São Paulo, n. 68, p. 46-57, dez/fev., 2005/2006.

NADER, M. B. *Mulher: do destino biológico ao destino social*. 2. ed. Vitória: EDUFES, 2001.

Família – PAIF, segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. v. 1. Brasília: 2012a.

Orientações Técnicas sobre o PAIF: Trabalho Social com Famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF. v.2. Brasília: 2012b.

PASSOS,R.G.Racismo,Violência e o Sofrimento das mulheres negras: diálogos a partir de Heleieth Saffioti.Lutas Sociais,São Paulo, vol.23 n.43, p.285-295, jul./dez. 2019.

PASSOS,R.G.“O lixo vai falar, e numa boa!”R. Katál., Florianópolis, v.24, n. 2, p. 301-309, maio/ago. 2021 ISSN 1982-025.

PIOSEVAN, F. Ações afirmativas e Direitos Humanos. Introdução. *Revista USP*, São Paulo, n.69, p. 36-43, mar./maio. 2006.

PASSOS,P.G.Mulheres Negras,sofrimento e cuidado colonial.Em pauta,Rio de Janeiro.1ºSemestre de 2020-n.45,v.18,p.116-129.Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.



QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, Eucentrismo e América latina. In: A COLONIALIDADE do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Americano de Ciências Sociales, 2005.

Questão racial, Serviço Social e os desafios contemporâneos/organizado por Márcia Campos Eurico ... et al; prefácio de Esther Luíza de Souza Lemos. Campinas: Papel Social, 2021.

Resolução no 145 de 15 de outubro de 2004. Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Brasília, DF. 2004.

Resolução no 109, De 11 de novembro de 2009d. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília - DF. 2009.

SILVA, Isis Lima ; FILHO, E.L.L. Saúde Mental e Assistência Social: Desafios Durante a COVID-19. v.9 n.19(2020): Revista Psicologia e Saberes.