

Processos psicossociais do racismo e vulnerabilidades: o racismo como determinante da saúde mental e os caminhos para a promoção da saúde

Psychosocial processes of racism and vulnerabilities: racism as a determinant of mental health and pathways toward health promotion

Procesos psicossociales del racismo y vulnerabilidades: el racismo como determinante de la salud mental y los caminos hacia la promoción de la salud

DOI: 10.54901/educa.v9-704

Fabio Felix Ferreira¹

RESUMO: O presente artigo examina as relações entre racismo, processos psicossociais, racismo institucional, vulnerabilidade social e saúde mental, com o objetivo de demonstrar de que modo a discriminação racial opera como determinante social da saúde e como fator etiológico de sofrimento psíquico da população negra brasileira. Adotou-se, como procedimento metodológico, a pesquisa bibliográfica e documental, de natureza qualitativa e exploratória, com apoio em fontes da psicologia social, da psicanálise, da sociologia das relações raciais, da filosofia política da racialidade, da historiografia das relações raciais brasileiras, da teoria interseccional e da legislação brasileira. Os resultados indicam que o racismo, compreendido em suas dimensões individual, institucional e estrutural, e articulado como dispositivo de biopoder, produz efeitos deletérios sobre a subjetividade negra, manifestos sob a forma de estresse crônico, ansiedade, depressão e ideação suicida. Tais efeitos são potencializados pela precariedade do acesso a serviços de saúde, pela invisibilização do quesito raça nos sistemas de informação em saúde e pela persistência, no interior das próprias instituições sanitárias, de práticas historicamente associadas ao controle do corpo negro. Conclui-se que a promoção da saúde mental da população negra depende da superação do racismo institucional nos serviços de saúde, da incorporação da perspectiva interseccional na formulação de políticas públicas e da efetivação das normas de equidade racial já previstas no ordenamento jurídico brasileiro.

Palavras-chave: racismo; saúde mental; vulnerabilidade social; racismo institucional; interseccionalidade.

1 INTRODUÇÃO

O debate contemporâneo sobre determinantes sociais da saúde não pode prescindir da consideração do racismo como categoria explicativa das desigualdades que incidem sobre a população negra brasileira. Compreender os processos psicossociais e institucionais que produzem sofrimento psíquico exige reconhecer que o racismo não se restringe a manifestações pontuais de preconceito individual. Trata-se de fenômeno estruturante das relações sociais,

¹ Doutor em Direito, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.
E-mail: fabiofelixferreira@uesb.edu.br

econômicas e jurídicas no Brasil. Silvio Luiz de Almeida propõe uma diferenciação analítica entre racismo individual, institucional e estrutural. Para o autor, o primeiro corresponde à conduta isolada de sujeitos preconceituosos; o segundo, à reprodução de práticas discriminatórias no funcionamento cotidiano de organizações e instituições; e o terceiro, à condição de normalidade do racismo, que decorre do próprio modo de constituição das relações políticas, econômicas e familiares da sociedade brasileira (Almeida, 2019). Nessa perspectiva, as instituições não são racistas por desvio de sua função, mas porque a sociedade da qual emergem é ela própria organizada a partir de hierarquias raciais historicamente sedimentadas. Essa circunstância compromete de modo direto a formulação e a execução de políticas públicas de saúde voltadas à população negra.

Diante desse quadro, o problema que orienta a presente investigação pode ser formulado nos seguintes termos: de que modo o racismo, em suas dimensões individual, institucional e estrutural, opera como determinante social da saúde e produz sofrimento psíquico na população negra brasileira, e quais caminhos normativos e institucionais se apresentam para a promoção da saúde mental dessa população. O objetivo geral do estudo consiste em demonstrar de que modo a discriminação racial atua como determinante social da saúde e como fator etiológico de sofrimento psíquico da população negra brasileira, articulando os planos individual, institucional e estrutural do racismo à luz da psicologia social, da psicanálise, da sociologia das relações raciais e do ordenamento jurídico brasileiro. Como objetivos específicos, pretende-se: identificar as manifestações do racismo institucional no campo da saúde; examinar os efeitos do racismo sobre a constituição subjetiva da população negra; e analisar o arcabouço normativo brasileiro voltado à equidade racial em saúde, avaliando seus limites de efetivação. A relevância do tema decorre da persistência de indicadores de saúde desfavoráveis à população negra brasileira e da necessidade de que a atenção psicossocial incorpore o racismo como categoria clínica e institucional relevante.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Essa leitura estrutural do racismo ganha densidade teórica na obra de Sueli Carneiro, para quem o racismo brasileiro configura um dispositivo, na acepção que Michel Foucault confere a essa noção: uma rede heterogênea de discursos, instituições e práticas que se articula estrategicamente para responder a uma urgência histórica determinada. Carneiro sustenta que, paralelamente ao dispositivo de sexualidade descrito por Foucault, a modernidade ocidental produziu um dispositivo de racialidade no qual a cor da pele adquire estatuto de marcador

ontológico. Esse dispositivo divide a humanidade entre um sujeito hegemônico branco, investido de razão, normalidade e vitalidade, e um outro negro, relegado à desrazão, à anormalidade e, em sua manifestação mais extrema, à morte (Carneiro, 2023, p. 25-28). A autora articula essa formulação à noção foucaultiana de biopoder, entendida como a tecnologia que administra a vida das populações e distribui, de modo desigual entre negros e brancos, a exposição à morte. Cabe à racialidade, nesse arranjo, a função histórica de determinar quem deve viver e quem deve morrer (Carneiro, 2023, p. 61). Esse arcabouço teórico permite compreender o racismo institucional em saúde não como desvio pontual de funcionamento das instituições, mas como efeito regular de um dispositivo de poder que se atualiza e se ressignifica a cada configuração histórica, sem perder sua função de hierarquização racial.

A associação histórica entre racismo e loucura ilustra o modo como as instituições de saúde mental brasileiras absorveram os pressupostos do dispositivo racial. A despeito da atuação de médicos como Juliano Moreira e Nise da Silveira, que se opuseram à correlação entre loucura e pertença racial e desenvolveram alternativas terapêuticas às práticas asilares vigentes, a experiência republicana consolidou uma correlação persistente entre comportamentos classificados como loucura e a cor da pele dos sujeitos a eles submetidos (Santos, 2022, p. 235). Manifestações de religiões de matriz africana e o próprio alcoolismo chegaram a ser interpretados como sintomas de doença mental. Essa circunstância explica por que a maior parte dos internos de hospícios e colônias de alienados no país foi, histórica e atualmente, composta por homens e mulheres negros, muitas vezes internados em razão da própria cor da pele (Santos, 2022, p. 236). Essa correlação entre negritude e periculosidade posiciona a população negra naquilo que a autora denomina zona do não ser, expressão que remete à impossibilidade de ter a própria humanidade reconhecida sem prova em contrário. Tal condição permite compreender por que o racismo institucional em saúde mental não pode ser dissociado do racismo que opera no sistema de justiça criminal, ambos fundados na mesma presunção de periculosidade atribuída ao corpo negro (Santos, 2022, p. 235-236).

No plano subjetivo, as dinâmicas institucionais descritas reverberam sobre a constituição psíquica dos sujeitos negros, tal como já haviam descrito, ainda na primeira metade do século vinte, Frantz Fanon. Para o autor, a alienação da pessoa negra colonizada não constitui questão exclusivamente individual. Ela resulta de um processo de sociogênese pelo qual a inferioridade é introjetada por via da epidermização, isto é, pela associação simbólica entre a cor da pele e um lugar social de desvalia (Fanon, 2008, p. 28). A obra de Fanon evidenciou que a violência colonial produz efeitos psicopatológicos que não podem ser tratados como transtornos de origem estritamente endógena, devendo ser compreendidos à luz das condições

históricas e materiais de dominação racial. Essa chave de leitura foi apropriada e desenvolvida, no contexto brasileiro, pela psiquiatra e psicanalista Neusa Santos Souza. Sua obra *Tornar-se negro* constituiu marco pioneiro ao investigar, por meio de depoimentos de pessoas negras em ascensão social, os custos emocionais da adesão compulsória a padrões estéticos e comportamentais brancos como condição de mobilidade social (Souza, 2021). A autora conclui sua reflexão advertindo que a escravidão jurídica findou, mas que a luta subjetiva contra seus efeitos permanece em curso (Souza, 2021, p. 163), formulação que sintetiza a persistência de marcas psíquicas coloniais muito além da abolição formal da escravatura.

Essa correlação entre poder e subjetividade encontra amparo teórico complementar na obra da psicanalista Suely Rolnik, para quem toda política de subjetivação depende de formas específicas de subjetividade para se tornar viável no cotidiano dos sujeitos que a experimentam. A instalação de qualquer regime de poder implica, nesses termos, a produção de configurações subjetivas compatíveis com sua própria reprodução (Rolnik, 2006, p. 13). Transposta para o campo racial, essa formulação ajuda a compreender por que o dispositivo de racialidade não se limita a hierarquizar corpos, mas produz, ele mesmo, os modos de subjetivação pelos quais negros e brancos experimentam a própria existência.

Contribuição de particular relevância para a compreensão psicanalítica dessa dinâmica subjetiva é oferecida por Isildinha Baptista Nogueira, para quem as significações atribuídas ao corpo negro pelo racismo inscrevem-se psiquicamente desde a infância, em momentos iniciais da constituição subjetiva. Segundo a autora, tais inscrições não decorrem apenas da introjeção de experiências de discriminação efetivamente vivenciadas, circunstância que explica a persistência do sofrimento independentemente da posição socioeconômica alcançada pelo sujeito negro (Nogueira, 1998, p. 8). Recorrendo à distinção proposta pela psicanalista Françoise Dolto entre esquema corporal, condição genérica comum a todos os representantes da espécie, e imagem do corpo, construção singular elaborada ao longo da história do sujeito, Nogueira demonstra que o racismo produz, para o negro, uma dissociação narcísica. Idealiza-se uma imagem de corpo que não corresponde ao próprio esquema corporal, pois a cor da pele e os tipos de cabelo são retaliados por um ideal de brancura que o sujeito não alcança (Nogueira, 1998, p. 77-78). Essa dissonância produz o que a autora nomeia relação persecutória com o corpo negro, mecanismo pelo qual a consciência do racismo marca o psiquismo do sujeito com o selo da perseguição pelo corpo próprio, formulação que a autora recolhe do psicanalista Jurandir Freire Costa (Nogueira, 1998, p. 89). Sua experiência clínica, relatada na condição de psicanalista negra, evidencia que a cor pode configurar significante clínico relevante, cuja

elaboração analítica não deve ser neutralizada pela suposta universalidade do método (Nogueira, 1998, p. 112, 119).

Sueli Carneiro oferece chave complementar de leitura sobre esse processo de subjetivação, ao recuperar as categorias foucaultianas do monstro e do indivíduo a ser corrigido. A autora descreve, com apoio nessas categorias, os mecanismos pelos quais o imaginário racista brasileiro posicionou o negro em território intermediário entre a humanidade plena e a animalidade, submetendo-o a estado permanente de suspeição, no qual a cor da pele opera como presunção de culpa que dispensa prova (Carneiro, 2023, p. 118-120). Essa redução simbólica tem consequência direta sobre a constituição psíquica do sujeito negro: enquanto a branquitude dispõe da pluralidade de identidades que compõem a experiência humana, profissão, gênero e trajetória pessoal, à negritude é imposta uma identidade única e antecipada. Segundo a autora, o negro chega antes da pessoa, antes do profissional e antes do título universitário, cabendo às demais dimensões do sujeito serem resgatadas somente depois da averiguação que a suspeição racial impõe (Carneiro, 2023, p. 125-126). Carneiro nomeia esse fenômeno de negação dos eus, processo pelo qual as identidades latentes do sujeito negro são congeladas pela tirania do estigma racial anexado ao corpo, produzindo formas específicas de sofrimento psíquico que não decorrem de fragilidade individual, mas de imposição social contínua. A autora demonstra ainda que, mesmo quando o sujeito negro rompe as barreiras de mobilidade social impostas pelo dispositivo de racialidade, permanece exposto ao que denomina assassinato moral, mecanismo de destruição da reputação acionado como forma de ressentimento contra aqueles que escaparam dos mecanismos de vigilância racial. O caso do cantor Wilson Simonal, acusado sem prova consistente de colaboração com a ditadura militar e conduzido ao ostracismo até sua morte, constitui exemplo emblemático desse mecanismo (Carneiro, 2023, p. 127). Episódios dessa natureza demonstram que a ascensão social não protege o sujeito negro do dispositivo de racialidade, apenas desloca a forma pela qual esse dispositivo se manifesta, do controle explícito sobre o corpo para a vigilância moral sobre a reputação e a conduta.

A fabricação científica da inferioridade racial, denunciada por Fanon, por Neusa Santos Souza e por Carneiro no plano da subjetividade, encontra correspondência na análise dos discursos científicos que, ao longo do século vinte, produziram a patologização e a criminalização de sujeitos posicionados à margem da norma branca, heterossexual e burguesa. Pesquisadoras vinculadas ao campo da psicologia social crítica observam que tais discursos fabricaram uma realidade de sofrimento e de acesso limitado a direitos para pessoas negras, pobres, mulheres e sujeitos LGBTQIA+, ao estabelecer parâmetros que concebem a população negra como menos capaz intelectualmente ou mais propensa à criminalidade (Brandão et al.,

2019, p. 119). Essa constatação reforça a tese de que o sofrimento psíquico da população negra não decorre de predisposição individual, mas de um processo histórico de produção de verdades científicas que naturalizou hierarquias raciais e que, ainda hoje, orienta, de modo dissimulado, práticas institucionais no campo da saúde, da educação e da segurança pública.

Esse processo histórico de produção da inferioridade intelectual negra recebe, na obra de Carneiro, o nome de epistemicídio, conceito recolhido do sociólogo Boaventura de Sousa Santos para designar a negação sistemática da legitimidade do conhecimento produzido por grupos dominados. Tal negação alcança não apenas os saberes, mas a própria condição dos sujeitos dominados como capazes de conhecer (Carneiro, 2023, p. 82-84). Na formulação de Sousa Santos, recolhida pela autora, o genocídio que acompanhou a expansão colonial europeia foi também um epistemicídio, pois eliminaram-se povos porque sustentavam formas de conhecimento estranhas à racionalidade ocidental. Esse processo se estendeu, nas dimensões colonial e pós-colonial, aos trabalhadores, aos povos indígenas, às populações negras, às mulheres e às minorias religiosas e sexuais (Carneiro, 2023, p. 83). Aplicado à realidade educacional brasileira, esse conceito explica por que a negação do acesso à educação de qualidade, a inferiorização intelectual sistemática e o rebaixamento da autoestima de estudantes negros no processo educativo não constituem falhas pontuais do sistema de ensino, mas engrenagens de um mesmo dispositivo voltado ao controle de mentes e corações (Carneiro, 2023, p. 84). Esse quadro tem repercussões diretas sobre a saúde mental de crianças e adolescentes negros, que internalizam, desde a educação infantil, representações discriminatórias sobre a própria capacidade cognitiva e moral.

Também no registro da negação da memória histórica, a socióloga e ativista Lélia Gonzalez ofereceu contribuição complementar ao propor que o racismo funciona como sintoma de uma neurose cultural brasileira. Trata-se do mecanismo psíquico coletivo pelo qual a sociedade nega a própria matriz afrodiaspórica de sua formação e recalca a violência histórica exercida contra a população negra (Gonzalez, 1984, p. 232). Gonzalez distingue o racismo aberto, próprio de sociedades com segregação racial explícita, do racismo por denegação, característico do Brasil, no qual o mito da democracia racial dissimula práticas discriminatórias e dificulta o reconhecimento, pelas próprias vítimas e pelas instituições, da existência do problema (Gonzalez, 2020, p. 130). Essa dissimulação tem consequência psicossocial direta: ao impedir a nomeação da experiência de discriminação, o racismo por denegação retira da pessoa negra os recursos simbólicos necessários para elaborar o sofrimento vivido, agravando o isolamento e a naturalização de sintomas como ansiedade e desânimo persistente.

A genealogia do mito da democracia racial remonta ao século dezenove, quando o Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro adotou a proposta do naturalista Karl Friedrich Philipp von Martius de narrar a formação nacional como resultado do encontro harmonioso entre três raças fundadoras. Essa formulação já continha os primórdios da tese de uma miscigenação pacífica (Santos, 2022, p. 126). A narrativa foi retomada e ampliada por Gilberto Freyre, cuja interpretação da colonização brasileira, ao reconhecer as contribuições culturais das diferentes raças sem questionar a hierarquia entre elas, forneceu as bases intelectuais para a consolidação do mito como ideologia de Estado (Santos, 2022, p. 184-185). Durante o governo de Getúlio Vargas, o enaltecimento oficial de uma brasilidade multirracial funcionou como estratégia de inclusão seletiva da população negra no mundo do trabalho, ao mesmo tempo em que mantinha, na prática cotidiana, a impossibilidade de acesso a profissões de maior prestígio social (Santos, 2022, p. 193, 197). A ditadura militar, por sua vez, apropriou-se do mesmo mito para silenciar o debate racial, a ponto de proibir a imprensa de veicular matérias sobre o movimento negro e de manter em sigilo documentos que pudessem comprometer, perante organismos internacionais, a imagem de um país sem conflitos raciais (Santos, 2022, p. 216, 219-220). Essa trajetória histórica revela que o racismo por denegação descrito por Gonzalez não constitui apenas mecanismo psíquico coletivo, mas também projeto político deliberadamente sustentado, em diferentes momentos da história republicana, por setores do Estado brasileiro.

Do ponto de vista da psicologia social da saúde, a discriminação racial configura estressor social crônico, cuja exposição reiterada compromete os mecanismos de regulação psicofisiológica do organismo. Revisão sobre raça, racismo e saúde demonstrou que a distribuição do estresse na sociedade não é aleatória, mas segue um padrão de desigualdade social pelo qual grupos racializados encontram-se mais expostos a estressores vinculados à discriminação, ao preconceito e à segregação. Essa exposição pode ser atenuada, mas não neutralizada por completo, pelos processos de identidade racial e de suporte intragrupal (Faro; Pereira, 2011, p. 271-278). Na literatura internacional, esse fenômeno foi descrito sob a categoria de dano por estresse traumático de base racial, segundo a qual a exposição contínua a episódios de racismo, ainda que sutis e cotidianos, pode gerar quadro clínico assimilável ao do estresse pós-traumático (Carter, 2007 apud Damasceno; Zanello, 2018, p. 456). A reiteração de microagressões no ambiente de trabalho, na escola e nos serviços públicos produz, assim, desgaste psíquico cumulativo, associado a menor autoestima, menor engajamento social e maior prevalência de transtornos mentais comuns entre pessoas negras, sobretudo mulheres negras, que se encontram na interseção entre racismo e sexismo (Damasceno; Zanello, 2018).

A leitura interseccional das opressões contribui para evitar a compreensão fragmentada desses fenômenos. Kimberlé Crenshaw demonstrou que a sobreposição de eixos de subordinação, como raça e gênero, produz experiências específicas de discriminação que não são apreendidas de modo satisfatório quando se analisa cada eixo isoladamente. A interseccionalidade permite, assim, captar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais desses eixos (Crenshaw, 2002, p. 177). Patricia Hill Collins e Sirma Bilge situam a interseccionalidade como ferramenta analítica voltada à investigação de como relações interseccionais de poder envolvendo raça, classe, gênero, sexualidade e outras categorias se sobrepõem e funcionam de modo unificado na configuração das experiências individuais e das relações sociais, em vez de operarem como entidades distintas e mutuamente excludentes (Collins; Bilge, 2021). As autoras identificam quatro domínios em que essas relações de poder se manifestam: o estrutural, correspondente à organização de instituições fundamentais como os mercados de trabalho, a moradia, a educação e a saúde; o disciplinar, atinente à aplicação desigual de regras e procedimentos administrativos; o cultural, relativo à produção e à circulação de ideias e representações; e o interpessoal, referente às práticas cotidianas entre indivíduos (Collins; Bilge, 2021).

No plano normativo, o enfrentamento do racismo como determinante da saúde encontra fundamento no artigo 3º, inciso IV, e no artigo 5º, caput, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Esses dispositivos erigem a promoção do bem de todos, sem preconceito de origem, raça, cor ou quaisquer outras formas de discriminação, e a igualdade perante a lei, à condição de objetivos fundamentais e de direito fundamental, respectivamente (Brasil, 1988). A Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, tipifica os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional, conferindo à discriminação racial o tratamento de ilícito penal (Brasil, 1989). No campo da saúde, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, consagra a equidade como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde, vedando qualquer forma de discriminação no acesso às ações e aos serviços de saúde. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, do Ministério da Saúde, representa o principal marco normativo específico da área. A política reconhece o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, e estabelece diretrizes voltadas à ampliação do acesso e à qualificação do cuidado prestado à população negra (Brasil, 2009). O Estatuto da Igualdade Racial, instituído pela Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, reforça esse arcabouço ao assegurar, em seu artigo 6º, que o direito à saúde da população negra será garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas

destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos, além de instituir o Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial (Brasil, 2010). A efetividade desse arcabouço normativo depende, contudo, de sua articulação com o conceito de promoção da saúde consagrado na Carta de Ottawa, de 1986, segundo a qual a saúde resulta de um processo de capacitação da comunidade para atuar sobre os determinantes sociais que a condicionam, e não apenas da oferta de assistência curativa individual (Organização Mundial da Saúde, 1986).

3 METODOLOGIA

Adotou-se, como procedimento metodológico, a pesquisa bibliográfica e documental, de natureza qualitativa e exploratória. A escolha por esse desenho decorre da natureza do problema investigado, que exige a articulação de categorias teóricas oriundas de campos disciplinares distintos, e não a mensuração de variáveis por meio de instrumentos de coleta de dados primários. O levantamento bibliográfico apoiou-se em fontes da psicologia social, da psicanálise, da sociologia das relações raciais, da filosofia política da racialidade, da historiografia das relações raciais brasileiras e da teoria interseccional, complementadas por fontes documentais de natureza normativa, compreendendo a Constituição da República, a legislação infraconstitucional relativa à igualdade racial e à saúde, e atos normativos do Ministério da Saúde. O critério de seleção das fontes foi a pertinência teórica e documental de cada obra ou documento para a compreensão das dimensões individual, institucional e estrutural do racismo e de sua incidência sobre a saúde mental da população negra brasileira, privilegiando-se autoras e autores de reconhecida relevância nos respectivos campos de conhecimento, entre os quais pesquisadoras e pesquisadores negros cuja produção teórica é historicamente sub-representada nos currículos acadêmicos. O procedimento analítico consistiu na leitura temática das fontes selecionadas, seguida do cotejo entre os achados teóricos, empíricos e normativos, de modo a permitir a construção de um quadro interpretativo integrado sobre o racismo como determinante da saúde mental. Constitui limitação do estudo a ausência de coleta de dados primários junto a serviços de saúde ou a usuários do sistema, de modo que as conclusões alcançadas dizem respeito à sistematização e à interpretação de fontes secundárias, não a resultados de pesquisa de campo.

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

A dimensão institucional do racismo manifesta-se, no campo sanitário, pela sub-representação da população negra nos espaços de decisão em saúde, pela ausência sistemática do quesito cor ou raça nos prontuários e sistemas de informação, e pelo tratamento desigual dispensado a usuários e a profissionais negros no interior dos serviços. Estudo de revisão sobre a produção científica brasileira relativa à saúde mental e ao racismo constatou que a coleta do dado racial nos serviços de assistência psicossocial permanece incipiente, o que mantém invisível o sofrimento psíquico da população negra atendida nesses equipamentos, a despeito do compromisso assumido pelo Brasil, na Conferência Mundial de Durban, de desagregar dados por raça e etnia (Damasceno; Zanello, 2018, p. 450-464). Essa invisibilidade estatística não se restringe ao campo psicossocial. Levantamento sobre o preenchimento do Sistema de Informação de Agravos de Notificação relativo ao período de 2013 a 2023 mostra que somente a partir de 2015 os campos referentes a orientação sexual e a identidade de gênero passaram a integrar protocolo oficial de notificação, e que as notificações de violência contra mulheres negras cresceram de modo sustentado ao longo da série histórica, com aumento particularmente acentuado entre 2022 e 2023. Essa tendência só se tornou visível porque movimentos sociais pressionaram, ao longo de décadas, pela inclusão do quesito raça e cor nos sistemas de notificação em saúde (Guimarães, 2026, p. 156-158).

Diagnóstico convergente foi produzido a partir da experiência de profissionais vinculados às redes públicas de saúde, assistência social e justiça de Belo Horizonte, para quem os indicadores do Sistema Único de Saúde revelam disparidades persistentes de acesso enfrentadas pela população negra. O alto índice de mortalidade materna evitável constitui expressão emblemática dessas disparidades: no ano de 2017, mulheres negras corresponderam a 63,1% (sessenta e três vírgula um por cento) dos óbitos maternos registrados no país (Aiexe; Dias, 2019, p. 183, 192). Os mesmos autores relatam que a violência institucional contra mulheres negras e pobres no âmbito sanitário assume, ainda, a forma de retiradas compulsórias de recém-nascidos no próprio ambiente da maternidade, sob a justificativa de suposta situação de risco. Os autores classificam essa prática como manifestação simultaneamente cruel, racista e elitista de arbitrariedade estatal sobre os direitos reprodutivos dessa população (Aiexe; Dias, 2019, p. 183). Essa invisibilidade estatística associada à violência institucional não é neutra: impede o diagnóstico preciso das necessidades da população negra e, por consequência, retarda a formulação de respostas terapêuticas e de gestão adequadas às suas especificidades, configurando forma ao mesmo tempo sutil e flagrante de racismo institucional.

A hipótese de que a mortalidade materna evitável expressa uma hierarquia racial de valor sobre a vida encontra corroboração empírica em pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz em parceria com a prefeitura do Rio de Janeiro, que ouviu dez mil mulheres logo após o parto, entre julho de 1999 e março de 2001. A pesquisa identificou tratamento diferenciado entre gestantes negras e brancas mesmo quando controladas as variáveis de escolaridade e de classe social: às mulheres negras foi dispensada menor atenção quanto ao uso de analgesia durante o parto, à ausculta dos batimentos cardíacos fetais, ao acompanhamento pré-natal e à permissão de acompanhante antes e depois do parto (Carneiro, 2023, p. 66-67). Estudo de projeção nacional conduzido no estado do Paraná constatou, na mesma direção, que mulheres negras morrem 6,6 (seis vírgula seis) vezes mais que as brancas por causas maternas evitáveis, em um dos estados mais desenvolvidos do país (Carneiro, 2023, p. 65). Padrão análogo de desigualdade racial no cuidado em saúde foi documentado nos Estados Unidos, onde pesquisa coordenada pela Universidade do Alabama demonstrou que pessoas negras têm probabilidade significativamente menor de receber tratamento de alta eficácia para infarto. No mesmo país, o caso Tuskegee, conduzido entre 1932 e 1972 pelo Serviço de Saúde Pública norte-americano, submeteu seiscentos homens negros a observação não consentida da evolução da sífilis, negando-lhes tratamento disponível mesmo após a descoberta da penicilina (Carneiro, 2023, p. 68). Esses achados demonstram que a desatenção ao corpo negro no âmbito sanitário não decorre de fatores exclusivamente socioeconômicos, mas de uma hierarquização racial da própria noção de vida a ser protegida. Movimentos negros e feministas já denunciavam essa hierarquização, décadas antes de sua confirmação estatística, como manifestação estrutural do racismo institucional em saúde.

Essa apropriação institucional do corpo negro pelas estruturas de saúde não constitui fenômeno exclusivamente contemporâneo, tampouco circunscrito à realidade brasileira. Angela Davis demonstrou que, ao longo do século vinte, clínicas de planejamento familiar e programas públicos de assistência social nos Estados Unidos submeteram mulheres negras, indígenas e latinas a esterilizações cirúrgicas sem consentimento válido, sob pretexto de controle de natalidade, chegando a condicionar a manutenção de benefícios assistenciais à aceitação do procedimento. Segundo levantamentos citados pela autora, somente no estado da Carolina do Norte, aproximadamente 65% (sessenta e cinco por cento) das mulheres esterilizadas pelo programa estadual eram negras (Davis, 2016). O exame dessa experiência histórica esclarece o modo como as instituições de saúde podem operar, para além da omissão ou da negligência, como instrumento ativo de controle reprodutivo sobre corpos racializados. Esse achado reforça, no plano teórico, a leitura de que o racismo institucional em saúde não se esgota na ausência de

dados ou na sub-representação de profissionais negros, alcançando também formas diretas de intervenção sobre a autonomia corporal e reprodutiva da população negra.

Se o corpo feminino negro foi historicamente convertido em alvo do controle sobre a capacidade reprodutiva, o corpo masculino negro converteu-se, no mesmo arranjo de biopoder, em alvo preferencial da letalidade estatal. Carneiro demonstra que o período pós-abolição brasileiro produziu, por meio da Lei da Vadiagem, dispositivo penal que tipificava como contravenção a ausência de ocupação comprovada, um mecanismo de recondução do ex-escravo aos aparelhos de repressão. Esse mecanismo associou a negritude, de modo estrutural, à suspeição de periculosidade justamente no momento em que a população negra libertada era alijada do mercado formal de trabalho, destinado preferencialmente à mão de obra imigrante (Carneiro, 2023, p. 74-75). A tipificação penal da vadiagem, prevista no artigo 399 do Código Penal republicano de 1890, não vinculava expressamente a conduta punível à cor da pele. Contudo, a dinâmica de aplicação da norma, no contexto de uma Primeira República que apostava na imigração europeia como estratégia de depuração racial da força de trabalho, converteu a vadiagem em instrumento de perseguição preferencial da população negra recém-liberta (Santos, 2022, p. 170). O mesmo diploma penal, em seu artigo 402, criminalizava os exercícios de agilidade e destreza corporal conhecidos como capoeiragem, disposição que atingia diretamente prática de resistência corporal historicamente associada à luta da população escravizada pela liberdade (Santos, 2022, p. 172). A combinação entre a repressão à vadiagem e a criminalização de manifestações culturais negras evidencia que o aparato penal da República nascente operou como instrumento de controle racial dissimulado sob a linguagem aparentemente neutra da lei, circunstância que antecipa, no plano histórico, o diagnóstico contemporâneo de racismo institucional no sistema de justiça.

Essa suspeição permanece operante na atualidade. Dados do Mapa da Violência, elaborado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura com informações de sessenta e sete países, situam o Brasil entre as nações de maior letalidade juvenil, sendo as mortes violentas de jovens negros 74% (setenta e quatro por cento) superiores às de jovens brancos (Carneiro, 2023, p. 78). A autora relata episódio no qual um jovem dentista negro, morto por policiais militares que alegaram confronto com suspeito de assalto, foi tratado pela imprensa sob o epíteto de "o negro errado", expressão que revela como a letalidade policial dirigida a corpos negros pobres constitui, para a opinião pública, ocorrência esperada. Segundo a autora, somente a inserção social da vítima permitiu que o caso rompesse a invisibilidade a que estão submetidas as mortes de homens negros no país (Carneiro, 2023, p. 79). Esse padrão de violência letal, associado à impunidade sistemática dos agentes responsáveis, compõe

camada adicional de sofrimento psíquico para a população negra: a exposição cotidiana à possibilidade da morte violenta, própria ou de pessoas próximas, opera como fonte permanente de estresse e de luto antecipado, dimensão ainda pouco incorporada aos protocolos brasileiros de atenção psicossocial.

A reconstrução da memória histórica apagada pelo epistemicídio encontra expressão também na produção literária brasileira contemporânea, que tem cumprido função de contradiscurso em relação ao silenciamento historiográfico sobre a agência política da população negra. A escritora Ana Maria Gonçalves relata que a pesquisa que deu origem ao romance *Um defeito de cor* nasceu do encontro fortuito com o relato, praticamente esquecido pela historiografia baiana, da revolta dos escravizados muçulmanos conhecidos como malês, ocorrida em Salvador no ano de 1835. A autora descreve esse episódio de resistência como banido da história e carente de investigação acadêmica que lhe restituísse relevância (Gonçalves, 2006, p. 7). A opção pela narrativa ficcional como via de recuperação dessa memória ilustra, no plano da produção cultural, o mesmo mecanismo teórico descrito por Carneiro a propósito do epistemicídio: a marginalização de saberes e de sujeitos históricos que ameaçavam a ordem escravista encontra, na escrita literária de autoria negra, instrumento de restituição simbólica capaz de operar como recurso de elaboração psíquica coletiva diante do apagamento sofrido, na medida em que devolve à população negra a condição de sujeito de sua própria história, e não apenas de objeto do discurso alheio.

Diagnóstico semelhante ao já discutido a propósito da mortalidade materna pode ser formulado quanto ao mito da democracia racial: ao dissimular o racismo estrutural brasileiro sob a narrativa de uma miscigenação pacífica e igualitária, esse mito dificulta que as próprias vítimas se reconheçam como negras e que o poder público identifique a raiz racial de agravos evitáveis. Essa circunstância permite que mulheres negras continuem morrendo enquanto o Estado sustenta o discurso de tratamento igualitário (Aiexe; Dias, 2019, p. 191-192).

A noção de vulnerabilidade social é indispensável para a compreensão integrada desses processos, na medida em que articula a exposição a riscos de adoecimento às condições concretas de acesso a bens e serviços, à renda, à moradia e à proteção jurídica. A população negra brasileira encontra-se sobrerrepresentada entre os que auferem menor rendimento, entre os que exercem atividades informais e entre os que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde. Essa circunstância amplia sua exposição a agravos evitáveis e reduz sua capacidade de resposta diante de situações de adoecimento mental (Geledés, 2021). Dados oficiais sobre violência letal por armas de fogo indicam que jovens negros apresentam risco de morte significativamente superior ao verificado entre jovens brancos da mesma faixa etária (Brasil,

2016), o que revela, em sua expressão mais aguda, o custo psíquico da articulação entre racismo, pobreza e ausência de suporte institucional adequado. A vulnerabilidade, nesse sentido, não deve ser interpretada como atributo intrínseco de sujeitos ou de grupos, mas como produto de arranjos sociais e institucionais que distribuem de modo desigual a proteção e o cuidado.

Aplicado ao campo da saúde mental, o arcabouço interseccional anteriormente exposto evidencia que mulheres negras, pessoas negras em situação de pobreza, pessoas negras LGBTQIA+ e demais sujeitos posicionados na confluência de múltiplas opressões experimentam formas qualitativamente distintas de sofrimento psíquico. Tais formas exigem respostas terapêuticas e institucionais também diferenciadas, sob pena de as políticas de saúde mental reproduzirem, ainda que involuntariamente, as próprias hierarquias que pretendem corrigir. A letalidade dessa confluência de opressões manifesta-se, de modo extremo, em episódios nos quais o estigma que associa a pessoa negra à periculosidade converge com a desqualificação do sofrimento psíquico como demanda legítima de cuidado. Exemplo discutido na literatura interseccional é o de mulher negra de trinta e sete anos, em crise decorrente de sofrimento mental, morta pela polícia norte-americana após a própria família solicitar socorro. O episódio revela como a suspeita policial dirigida a corpos negros pode substituir, mesmo diante de evidente necessidade de cuidado em saúde, qualquer resposta assistencial (Collins; Bilge, 2021). Episódios dessa natureza sinalizam o risco concreto de que, também no Brasil, a ausência de protocolos de atendimento sensíveis à interseção entre raça e sofrimento psíquico transforme situações de crise em episódios de violência institucional. Os dados brasileiros de notificação de violência contra mulheres negras, ainda incompletos, já permitem antever esse risco pela tendência de crescimento sustentado registrada na última década (Guimarães, 2026, p. 157-158).

Levantamento sobre a trajetória da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra demonstra que sua instituição resultou de mobilização de décadas de ativistas, pesquisadores e profissionais de saúde negros, que denunciaram, com apoio em dados desagregados por raça e gênero, o racismo como determinante central dos processos de adoecimento e morte da população negra brasileira. O mesmo levantamento revela, contudo, que o reconhecimento formal da política, mais de quinze anos após sua instituição, não tem sido suficiente para garantir sua efetivação em todas as esferas do Sistema Único de Saúde, o que evidencia a persistência das desigualdades raciais no acesso e na qualidade do cuidado (Menezes, 2026, p. 116-117). Esse achado indica que a existência formal de arcabouço normativo favorável à equidade racial em saúde não é condição suficiente para a superação do

racismo institucional, exigindo-se mecanismos efetivos de monitoramento, financiamento e responsabilização.

A articulação entre os planos individual, institucional e estrutural do racismo, tal como examinada ao longo deste estudo, permite compreender por que medidas isoladas de assistência clínica, embora necessárias, mostram-se insuficientes para responder ao sofrimento psíquico da população negra. Os resultados aqui sistematizados respondem ao objetivo proposto na medida em que demonstram que a discriminação racial opera simultaneamente como determinante social da saúde, pela via da desigualdade material e do acesso a serviços, e como determinante psicossocial, pela via da subjetivação descrita por Fanon, Souza, Nogueira e Carneiro. Impõe-se, à luz desses resultados, que a atenção psicossocial reconheça o racismo como categoria clínica relevante, capaz de orientar a escuta terapêutica e o diagnóstico situacional, e que a gestão dos serviços de saúde incorpore a equidade racial e a perspectiva interseccional como diretrizes transversais de planejamento. A superação do racismo institucional nos serviços públicos de saúde constitui, nesse sentido, condição de possibilidade para que as políticas de promoção da saúde mental, especialmente a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Carta de Ottawa, cumpram sua finalidade declarada, e não permaneçam restritas ao plano formal da legislação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, a partir da revisão realizada, que o racismo opera como dispositivo de biopoder e como determinante social e psicossocial da saúde mental da população negra brasileira. Seus efeitos se estendem da subjetivação individual, pela negação dos eus e pelo assassinato moral descritos por Carneiro, à organização das instituições de cuidado. Manifestam-se, em sua face mais aguda, no controle histórico exercido sobre o corpo reprodutivo negro, na letalidade dirigida ao corpo masculino negro e na letalidade da confluência entre racismo, sexismo e estigma psiquiátrico. Essa conclusão decorre diretamente dos resultados sistematizados: a persistência de indicadores de mortalidade materna e de letalidade juvenil desfavoráveis à população negra, a subjetivação descrita pela literatura psicanalítica, e os limites de efetivação do arcabouço normativo já existente convergem para demonstrar que o racismo institucional constitui obstáculo concreto à promoção da saúde mental dessa população.

A superação desse quadro depende da efetivação articulada do arcabouço jurídico já existente, do enfrentamento do mito da democracia racial que ainda dissimula o racismo

estrutural brasileiro, do combate ao epistemicídio que segue subtraindo à população negra o reconhecimento como sujeito de conhecimento e de história, da incorporação da perspectiva interseccional na formulação de políticas públicas e da transformação da cultura institucional dos serviços de saúde. É necessário que a promoção da saúde mental deixe de ser compreendida como ausência de sintoma e passe a ser tratada como processo coletivo de enfrentamento das desigualdades raciais que produzem o sofrimento psíquico. Pesquisa futura sobre o tema deve priorizar a produção de dados desagregados por raça nos serviços de assistência psicossocial brasileiros, de modo a permitir o monitoramento contínuo das desigualdades aqui discutidas e a avaliação do impacto das políticas de equidade racial já instituídas.

REFERÊNCIAS

AIEXE, Egídia Maria de Almeida; DIAS, André Luiz Freitas. Maternagens violadas e redes de cuidado e atenção em direitos humanos. In: LIMA, Andréa Moreira et al. (org.). **Psicologia social crítica: tecendo redes e articulando resistências em contextos de retrocessos**. Porto Alegre: ABRAPSO Editora, 2019. p. 183-193. (Coleção Encontros em Psicologia Social, v. 6).

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. 264 p. (Feminismos Plurais).

BRANDÃO, Brune Coelho; PERUCCHI, Juliana; COSTA, Frederico Alves; KIND, Luciana; TEIXEIRA, Cíntia Maria. Processos democráticos na ciência e na política: metodologias participativas, sujeitos marginalizados e trabalho com a linguagem. In: LIMA, Andréa Moreira et al. (org.). **Psicologia social crítica: tecendo redes e articulando resistências em contextos de retrocessos**. Porto Alegre: ABRAPSO Editora, 2019. p. 116-134. (Coleção Encontros em Psicologia Social, v. 6).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 jul. 2010.

BRASIL. Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jan. 1989.

BRASIL. Lei nº 8.080, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Mapa da violência 2016: homicídios por armas de fogo no Brasil**. Brasília, DF, 2016.

CARNEIRO, Sueli. **Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser**. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Tradução: Rane Souza. São Paulo: Boitempo, 2021.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

DAMASCENO, Michele Gouveia; ZANELLO, Valeska Maria Loyola. Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 38, n. 3, p. 450-464, jul./set. 2018.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. Tradução: Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FARO, André; PEREIRA, Marcos Emanuel. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 16, n. 3, p. 271-278, set./dez. 2011.

GELEDÉS – INSTITUTO DA MULHER NEGRA. **Impacto do racismo na saúde mental**. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/impacto-do-racismo-na-saude-mental/>. Acesso em: 5 set. 2026.

GONÇALVES, Ana Maria. **Um defeito de cor**. Rio de Janeiro: Record, 2006.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Brasília, ANPOCS, p. 223-244, 1984.

GONZALEZ, Lélia. **Primavera para as rosas negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa**. Diáspora Africana: Filhos da África, 2020.

GUIMARÃES, Agnes Sofia. Rastreios da violência de gênero pelo Sinan: ativismo de dados por uma ética de interseccionalidades. In: SILVA, Camila Rodrigues da (org.). **Anuário da população negra no Brasil: volume 1**. São Paulo: Alma Preta Jornalismo, 2026. p. 153-160.

MENEZES, Maria José. População negra: construção e desafios no acesso à saúde pública. In: SILVA, Camila Rodrigues da (org.). **Anuário da população negra no Brasil: volume 1**. São Paulo: Alma Preta Jornalismo, 2026. p. 111-118.

NOGUEIRA, Isildinha Baptista. **Significações do corpo negro**. 1998. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. In: PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, Ottawa. Ottawa: OMS, 1986.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006.

SANTOS, Ynaê Lopes dos. **Racismo brasileiro: uma história da formação do país**. São Paulo: Todavia, 2022.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro: ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Zahar, 2021. 171 p.