

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

JOSÉ ELIAS COSTA JÚNIOR

**CAMINHOS BIOÉTICO-POLÍTICOS NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO
NEGRA: UMA ANÁLISE DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO MINISTÉRIO DA
SAÚDE**

BRASÍLIA, 2025

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

JOSÉ ELIAS COSTA JÚNIOR

**CAMINHOS BIOÉTICO-POLÍTICOS NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO
NEGRA: UMA ANÁLISE DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO MINISTÉRIO DA
SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Bioética pelo Programa
de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Orientador: Doutor Swedenberger do
Nascimento Barbosa

Coorientadora: Doutora Luana Lima Santos
Cardoso

BRASÍLIA

2025

BANCA EXAMINADORA

Swedenberger do Nascimento Barbosa
(Presidente)

Universidade de Brasília

Luana Lima Santos Cardoso
(Coorientadora)

Universidade de Brasília

wanderson flor do nascimento
(Examinador interno)

Universidade de Brasília

Jeane Saskya Campos Tavares
(Examinadora Externa)

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Marianna Assunção Figueiredo Holanda
(suplente)

Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

Aos meus ancestrais, que me recarregaram de força vital e trouxeram a leveza necessária para o processo dissertativo.

À minha família, por acreditar em mim em todos os momentos. Pelas orações diárias e repentinas de minha mãe.

À Vanessa Araújo e seus pequeninos, que me trouxeram a energia do acreditar, sonhar e realizar em nossos diálogos e vivências cotidianas.

Ao estimado amigo Thiago Amorim por me acolher com conversas longas e compreensíveis, por vezes até chorosas.

À Mariana Siqueira, por me reerguer no momento certo. Pelos seus conselhos e puxões de orelha ditos nos momentos mais oportunos.

À Izabela Caixeta que, através do afeto, empatia e amizade me recarrega de energia e boas perspectivas.

À Luana Lima, que topou essa aventura comigo desde a minha primeira abordagem no pátio da FDV no Espírito Santo. Sua atenção, sua escuta, sua bondade, sua leveza é admirável. Gratidão.

Ao Professor Berger, que, mesmo com uma agenda comprometida, se fez presente nos momentos necessários ao meu desenvolvimento acadêmico.

À Lízia Fabíola, pelas escutas ao telefone, pela energia positiva que emana, pela força que me traz em cada palavra, cada manifestação de preocupação e afeto.

À Marcela Motta e Joana Bicalho, por me ensinarem a reorganizar as ideias e reafirmar a esperança e o orgulho desse processo.

À Lígia Moreira, por me mostrar como nadar por águas turbulentas quando nós temos uma responsabilidade. De forma lenta, profunda e pacífica.

À Silvaneide Marculino, pela sua escuta doce e madura, acariciando meu sofrimento diante das incertezas da vida.

Aos professores/as da instituição de ensino em que trabalhei durante um período necessário, que com toda generosidade me apoiaram do começo ao fim com mensagens positivas.

Ás/Aos colegas e professores da Pós Graduação em Bioética que durante as aulas e eventos compartilhamos saberes e afetos, o que tornou essa caminhada menos exaustiva.

Agradeço à CAPES pelo apoio ao Programa e pela bolsa que me acompanhou durante a realização deste trabalho. Por fim, mesmo sabendo das possíveis falhas que são apenas de minha responsabilidade, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram com a elaboração desse trabalho.

“Existe uma distância entre os valores que dizem defender e sua disposição de fazer o trabalho necessário para conectar pensamento e ação, teoria e prática, para concretizar esses valores e assim criar uma sociedade mais justa.”

(bell hooks)

RESUMO

A relação entre o sofrimento psíquico e as condições de vida exige uma compreensão aprofundada no que tange às intervenções político-institucionais. Considerando os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, ao adotarmos uma abordagem bioético-política, queremos tratar da necessária resolutividade do desalinhamento entre as políticas de saúde/saúde mental e a totalidade concreta; problematizando a realidade, sentindo e pensando como encontrar limites na reprodução da lógica manicomial e do racismo estrutural. Sendo assim, objetivamos produzir uma análise bioético-política das ações estratégicas promovidas pelo Ministério da Saúde que influenciam as políticas e práticas de saúde mental voltadas para a população negra. Este trabalho corresponde a uma pesquisa qualitativa de natureza empírica, utilizando a análise documental e a abordagem etnográfica como métodos. O método utilizado para a coleta de dados foi o método de bola de neve, que permite definir a amostra por meio de indicações de participantes. Os resultados deste estudo mostram que, apesar da intensa produção de ações estratégicas e da adoção de uma ética reformista e libertária por parte dos profissionais, ainda existem desafios significativos para o avanço em pautas essenciais, como o reconhecimento dos impactos do racismo na saúde mental e a efetividade das ações implementadas. Isso se deve, em grande parte, à simplificação de uma temática complexa e ao avanço de forças antidemocráticas, que atuam como barreiras ao progresso dessas iniciativas.

Palavras-chave: Bioética; Saúde mental; População Negra; Política Pública.

ABSTRACT

The relationship between mental suffering and living conditions requires an in-depth understanding of political and institutional interventions. Considering the principles of the SUS and the Anti-Asylum Psychiatric Reform, by adopting a bioethical-political approach, we want to address the need to resolve the misalignment between health/mental health policies and the concrete totality; problematizing reality, feeling and thinking about how to find limits in the reproduction of the asylum logic and structural racism. Therefore, we aim to produce a bioethical-political analysis of the strategic actions promoted by the Ministry of Health that influence mental health policies and practices aimed at the black population. This work corresponds to a qualitative research of an empirical nature, using documentary analysis and the ethnographic approach as methods. The method used for data collection was the snowball method, which allows defining the sample through participant indications. The results of this study show that, despite the intense production of strategic actions and the adoption of a reformist and libertarian ethic by professionals, there are still significant challenges to progress on essential issues, such as the recognition of the impacts of racism on mental health and the effectiveness of the actions implemented. This is largely due to the simplification of a complex issue and the advancement of antidemocratic forces, which act as barriers to the progress of these initiatives.

Keywords: Bioethics; Mental health; Black population; Public policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Adesão dos municípios à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos planos municipais de saúde em 2018 e 2021.....	32
Figura 2 – Rede de contatos acionados para a realização das entrevistas a partir do método bola de neve.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Ações estratégicas e inferências éticas.....	87
Tabela 2 – Propostas da V Conferência de Saúde Mental e reflexões bioéticas.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DUBDH – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

ECP – Estratégia de Cooperação de Países

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RINCT – Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SPS – Secretaria de Políticas de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

(MINHAS) PRIMEIRAS PALAVRAS.....	14
1. INTRODUÇÃO	18
2. OBJETIVOS	22
2.1. Objetivo geral	22
2.2. Objetivos específicos	22
3. REVISÃO DE LITERATURA E REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1. NOVOS DEBATES E ANTIGOS DESAFIOS: O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA	23
3.1.1 Aspectos históricos e políticos da reforma psiquiátrica no Brasil: início, transições e reinício	23
3.1.2 Raça, racismo e negligência no desenvolvimento histórico da Política Nacional de Saúde Mental	26
3.1.3 Sobre o dispositivo de racialidade: o tripé de problematização	35
3.1.4 A (des)institucionalização do racismo: contribuições bioéticas na racialização do debate do manicômio judiciário e das comunidades terapêuticas	36
3.1.5 Levar o <i>Outro</i> à experiência da loucura e o lucro com a desumanização	43
3.1.6 Sobre o trauma psicossocial coletivo: desumanização e vulnerabilidade	47
3.2 BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO, BIOÉTICA DE PROTEÇÃO, COLONIALIDADE E APONTAMENTOS ÉTICO-POLÍTICOS	50
3.2.1 Diálogos iniciais para a Bioética de Intervenção.....	50
3.2.2 Controvérsias teóricas e o compromisso com os vulneráveis: sobre as bases utilitaristas da BI	51
3.2.3 Aproximações necessárias no campo da Bioética: a noção de quilombo e o conceito de solidariedade para a práxis político institucional.....	54
3.2.4 Bioética de Proteção, estratégia e gestão em saúde: reflexões para (re)pensar as ações em saúde mental	58
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	63
4.1 Contexto de campo.....	64
4.2 Participantes de pesquisa	64
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	67
5.1 Dados observacionais do campo	67
5.2 Definição das categorias	67
5.3 Categoria “Caracterização do panorama geral da formulação das ações estratégicas”	68

5.4 Categoria “Compreensão do tema para os sujeitos”	79
5.5 Categoria “Materialidade das ações estratégicas.”.....	84
5.1.1 Diálogos a partir da extensão do campo de pesquisa: evidências e reflexões sobre a 17ª conferência nacional de saúde e a 5ª conferência nacional de saúde mental	92
5.1.2 Tecendo ideias e sugestões para avançar nas ações estratégicas	109
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS.....	113
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO AOS GESTORES	126
APÊNDICE B – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	127
ANEXO B – APROVAÇÃO CONEP	132

(MINHAS) PRIMEIRAS PALAVRAS

Espero que o leitor crítico acrescente alguns que me tenham escapado ou cuja importância não tenha percebido. (1, p.15)

Prezados leitores,

Venho atender um pedido indispensável.

Início este trabalho relatando um resumo da minha própria história, que está profundamente entrelaçada com a pesquisa que desenvolvo aqui. Proponho uma retomada que se refere à importância do tema em questão dentro do conjunto de interesses que guiam minha curiosidade. Refere-se ainda à conexão entre este tema e outros que vão surgindo ao longo do desenvolvimento do meu pensamento. Nesse sentido, por exemplo, ao revisitar a questão da dignidade humana, estou engajado em um processo contínuo de busca, voltando ao conceito de curiosidade de forma mais crítica, transformando-a de um impulso ingênuo em uma abordagem epistemológica. (1)

Desde cedo, me foi ensinado que um corpo negro não tem identidade ou lugar. Durante esse processo de não assimilação e atraso de consciência, encontrei-me atraído pela ideia da morte, principalmente porque sentia que não fazia mais parte desse mundo. “Daí o tom de raiva, legítima raiva, que envolve o meu discurso quando me refiro às injustiças a que são submetidos os esfarrapados do mundo.”(1, p.16)

“Em tempo algum pude ser um observador ‘acinzentadamente’ imparcial, o que, porém, jamais me afastou de uma posição rigorosamente ética” (1, p.16). No entanto, ao longo do tempo, enquanto crescia, também cresceram em mim sentimentos de solidão, de ser incompreendido e um vazio profundo.

Estimados leitores, preciso informá-los que, quando criança, escutei até de uma professora do ensino fundamental, ao tirar uma nota inferior à média na prova de matemática, que se eu não estudasse “pobre, preto e feio na sociedade não tinha vez”. Cresci condicionado a esta afirmação da maneira mais cruel possível.

Somente na vida adulta, na pós graduação, que acordei. E logo fui questionado sobre quem sou. Muitas vezes.

Para que os senhores me conheçam e façam parte dessa reflexão, preciso informá-los que sou professor universitário em uma instituição na qual a minha realidade é ver alunos da minha cor enxergando em mim esperança para o futuro deles.

Eu tento ensinar, através da minha didática e minhas “sobrevivências” como resistir a um contexto com estruturas raciais tão cruéis e que atravessam a barreira do tempo com tamanha força.

Dói, sangra... tudo que discuto em sala de aula não é nada confortável, ainda mais porque tenho que me fazer entender uma pessoa forte diante dessas adversidades, para que eles se inspirem e criem suas ferramentas para enfrentar a realidade, apesar de que nem todos estão preparados ou terão chances de se preparar para tal. Tento semear esperança.

Portanto, a minha reflexão às/aos senhoras/es diante da minha humilde experiência: “nós mesmos, professores e professoras, a nossa responsabilidade ética no exercício de nossa tarefa docente”(1, p.17) temos a “responsabilidade igualmente àquelas e àqueles que se acham em formação para exercê-la.”(1, p.17) Não podemos “escapar à rigorosidade ética”.

Nas marés turbulentas e das tentativas dissertativas, ouvia “não está ‘claro’ o objeto”, “isso é uma porcaria”, “você não vai conseguir”, “você não está bem”... todos estes fogem da ética a que me refiro. Falo da ética que não pretende “golpear o fraco e indefeso, soterrar o sonho e a utopia”(1, p.17).

A ética de que falo é a que se sabe afrontada na manifestação discriminatória de raça, de gênero, de classe. É por esta ética inseparável da prática educativa, não importa se trabalhamos com crianças, jovens ou adultos, que devemos lutar. E a melhor maneira de por ela lutar é vivê-la em nossa prática, é testemunhá-la, vivaz, aos educandos em nossas relações com eles. (1, p. 18)

Dirijo-me a ti, Eu hegemônico, falando do lugar do ‘paradigma do Outro’, consciente de que é nele que estou inscrita por ti e que, ‘graças’ a ele, expectativas se criaram em relação a mim. Estou ciente de que mesmo tentando negá-las, elas podem se realizar, já que me encontro condicionada por uma ‘unidade histórica e pedagogicamente anterior’ da qual eu seria uma aplicação. (46, p. 9)

Estimados leitores, na elaboração deste trabalho houveram momentos em que me encaminhei para o suicídio de forma não consciente – uso o termo ‘não consciente’ para diferenciar esses episódios dos momentos em que eu simplesmente esperava que algum acontecimento externo levasse ao meu fim. (2)

Após essas experiências, tomei consciência de que necessitava de suporte psicológico e que era essencial compartilhar meus sentimentos com alguém, pois não desejava continuar sendo um fardo para mim mesmo. Foi nesse momento que busquei auxílio.

Ansiedade? Depressão? Complexo de inferioridade? Baixa autoestima? Medo? Todas estas que surgem das opressões estruturais.

Encontrei respostas na autoavaliação da qualidade do vínculo individual e coletivo do ser atravessado pelo amor próprio.

E digo isso sentindo profunda emoção ao lembrar a passagem da apresentação do autor que me moveu completamente a escrever com tal entusiasmo:

Nós, negros e negras, felizmente, não somos apenas corpos emaranhado pelo e no sofrimento, isso quer dizer que nós, negros e negras, produzimos conhecimentos, realidades e, conseqüentemente, somos corpos desejanter. Todavia, o que se verifica ao longo do processo histórico e constituinte dos corpos negros é a desumanização de nossos corpos, ou seja, atribuíram a nós dois papéis sociais: o do “sofrimento” e da “resistência”. (2, p. 20)

Portanto, quando me refiro a aquilo que foge da ética “quem observa o faz de um certo ponto de vista, o que não situa o observador em erro. O erro na verdade não é ter certo ponto de vista, mas absolutizá-lo e desconhecer que, mesmo do acerto de seu ponto de vista, é possível que a razão ética nem sempre esteja com ele.” (1, p. 16)

A prática preconceituosa de raça, de classe, de gênero ofende a substantividade do ser humano e nega radicalmente a democracia. (1, p. 37)

Logo, “formação científica, correção ética, respeito aos outros, coerência, capacidade de viver e de aprender com o diferente, não permitir que o nosso mal-estar pessoal ou a nossa antipatia com relação ao outro nos façam acusá-lo do que não fez são obrigações a cujo cumprimento devemos humilde, mas perseverantemente, nos dedicar.” (1, p. 18)

Eu sou um “*disdocente*” que atravessou a “malvadez da ética do mercado” (1, p.19) com um bote desinsuflado. O ProUni me abriu as portas para adentrar e acessar as estruturas da opressão. Isso quer dizer que “mais do que um ser no mundo, o ser humano se tornou uma presença no mundo, com o mundo e com os outros. Presença que, reconhecendo a outra presença como um ‘não eu’ se reconhece como ‘si própria’. Presença que se pensa a si mesma, que se sabe presença, que intervém, que transforma, que fala do que faz mas também do que sonha, que constata, compara, avalia, valora, que decide, que rompe.” (1, p.20)

Sou “objeto da opressão” pedindo permissão para assumir o meu lugar. (4)

Sujeito, humano, corpo, alma, mente.

Desestruturando os pilares da construção da modernidade e os elementos de elaboração da necropolítica, em que, a partir da construção de uma hierarquia populacional, algumas vidas passaram a ter, politicamente, mais valor do que outras. (5)

A necropolítica estabelece uma relação radical e transgressora entre o Estado e a sociedade e, a partir dela, assiste-se à *objetificação* do ser humano, própria do capitalismo, e ao aniquilamento da integridade moral das populações. O ser humano passa a ser como uma peça de produção substituível. (6)

Escolhi me mover contra o medo, contra a alienação e a inércia.

Portanto, revento a vontade de morrer, por um anseio de libertação e propagação de uma mensagem incomensurável, “a importância do pensamento decolonial para a nossa cura. (Pois) Nossa liberdade se inicia na mente, e se desprender desses legados eurocêntricos que nos deixaram é um dos grandes atalhos para que possamos nos emancipar como povo.” (7, p. 103)

Seria incompreensível se a consciência de minha presença no mundo não significasse já a impossibilidade de minha ausência na construção da própria presença. Como presença consciente no mundo não posso escapar à responsabilidade ética no meu mover-me no mundo. Se sou puro produto da determinação genética ou cultural ou de classe, sou irresponsável pelo que faço no mover-me no mundo. (1, p. 20)

Ao leitor, reitero que estou num processo de cura. Num processo onde me resgato no futuro todos os dias. Me resgato na utopia daquilo que almejo e daqueles sonhos perdidos da minha ancestralidade.

Conduzir essas breves palavras não é de um todo carregadas de sofrimento e dor. Perceba, que, ao longo dessa caminhada, há uma verdadeira constituição do ser em si mesmo e que algumas das inconformidades que poderão surgir ao longo desta, são banais.

Por fim, solicito ao leitor que se coloque nas minhas escrituras da forma mais empática possível. Para sentir, fazer, ver e lutar comigo contra as armadilhas da opressão.

Desejo uma excelente leitura.

1. INTRODUÇÃO

Em novembro de 2022, nos encontros e reencontros das aulas da pós graduação, acende uma fagulha reflexiva em meus pensamentos quanto ao sentimento ancestral de inferioridade e os fenômenos coloniais de perpetuação deste. Logo, o tema Saúde Mental da População Negra me atravessou pela autopercepção e o crescente debate do tema nos conteúdos em que me debruçava e nas referências indicadas por amigos e professores que me rodeavam.

Desacordado da realidade, mas sentindo-a de maneira inquietante, conscientemente reconheço minha tarefa na Bioética: o enfrentamento do racismo e demais opressões estruturais que fazem sucumbir as experiências de vida de pessoas negras, assim como eu. Decido então, pesquisar sobre “Como podemos fortalecer a luta contra esse processo histórico através da Bioética?”. Politicamente encontro afazeres, e ao longo desse processo dissertativo, também encontro e aprendo com as ferramentas ancestrais que se tornaram vias de suportar o desencanto produzido neste modelo de sociedade.

Desse modo, não se pode compreender este trabalho, senão misturarmos a história que nos precedem, com a atualidade e com aquelas que se tecem entorno e sobre nós. É por isso que ora o autor utiliza a primeira pessoa e ora utiliza a terceira pessoa. Quase como um ainda balançado reencontro com sua identidade e com o ímpeto de respeito aos que o orientaram nessa pesquisa.

Assim, ao adotarmos uma perspectiva bioético-política, queremos tratar da necessária resolutividade do desalinhamento entre as políticas de saúde/saúde mental e a totalidade concreta, considerando os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, mas, principalmente, a problematização da/ b realidade vigente, no sentido de que a lógica manicomial e o racismo estrutural sejam desafiados e encontrem limites em sua reprodução. (8,12)

Iniciamos pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e a República Federativa do Brasil, em 2022, quando firmaram um documento (9) que delinea a visão estratégica das duas entidades e especifica as cinco prioridades de saúde pública do país. Fruto do diálogo entre a OPAS/OMS, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a Estratégia de Cooperação de País (ECP) orienta processos de planejamento para o período de 2022 a 2027.

Assim, a OPAS enfatizou a necessidade de todos os países, especialmente aqueles em desenvolvimento, que enfrentam mais desafios econômicos e desigualdades sociais,

considerarem a saúde mental como um elemento fundamental dos marcos estratégicos. Essas recomendações se ancoram na Política sobre etnia e saúde (125), promulgada na 29ª Conferência sanitária pan-americana. Somente assim seria possível oferecer qualidade no cuidado integral das populações durante períodos pandêmicos e pós pandêmicos. (9, 10, 125)

Por muitos anos pesquisadores e intelectuais negros descrevem como o fenômeno do racismo impactam na saúde mental e no bem estar físico, psicológico e social da população negra. Como um homem negro, trabalhador da saúde, usuário do SUS e educador, convido as(os) leitoras(es), o Estado, as(os) especialistas em saúde, às famílias negras que sofrem com as mazelas sociais e toda a sociedade, a buscar caminhos mais eticamente comprometidos no enfrentamento do racismo, da manicomialização, da patologização, da desumanização e do sufocamento das subjetividades. Logo, decidimos ampliar o debate não somente para refletir profundamente, mas despertarmos para o compromisso que temos com a vida, com o planeta e com os seres que nele habitam.

Ainda em minhas experiências profissionais pandêmicas e pós pandêmicas, nos sentimentos que emergiam durante andanças em instituições governamentais e conferências, fui atravessado por reflexões e conflitos éticos de diversas ordens em torno da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Logo, alguns questionamentos surgem nesta trajetória: nas estruturas operacionais, há prioridade na oferta de ações e de serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e/ou morrer em decorrência de fatores de vulnerabilidade relacionados à raça e à etnia? Ao sujeito, a ser beneficiado pela política, é estimulado a exercer de seus direitos políticos e civis, de liberdade e igualdade? Em um processo de desmonte de políticas públicas e ascensão de forças conservadoras, como dialogar na pluralidade? Se o racismo constitui as subjetividades, como pensar em formas de desnaturalizar o preconceito e gerar identificação negra positiva? É possível pensar em uma ética aplicada nos processos de planejamento e de implementação das iniciativas de promoção da saúde mental da população negra? Os questionamentos não se esgotaram e reacende o meu desejo em direção a este estudo bioético.

A PNSIPN, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBH) são os documentos normativos que mais interessou nesta pesquisa. No entanto, não se amplia esses debates apenas por estas referências. Buscamos navegar em dimensões a partir da perspectiva de assessores/coordenadores, dos eventos e do próprio pesquisador para pensarmos e nos implicarmos com outros caminhos no processo de elaboração político-institucional das ações de cuidado em saúde mental, no intuito de que reconheçam o sujeito em sua integralidade, seus desejos e suas contradições (105,119).

Nesse sentido, a análise que será estabelecida se propõe responder às seguintes perguntas: Quais estratégias de gestão têm sido implementadas para a manutenção e/ou avanço da PNSM e da PNSIPN? Quais são os desafios que emergem da formulação das ações quando se pensa na manutenção das políticas apresentadas no estudo? Como a Bioética pode contribuir na leitura das ações estratégicas do Ministério da Saúde?

A composição desse argumento teórico-epistemológico se divide entre três eixos: 1) Novos Debates e Antigos Desafios: o contexto da Saúde Mental da População Negra; 2) Bioética de Intervenção, Bioética de Proteção, colonialidade e apontamentos ético-político; 3) Resultados do campo, discussão das falas dos profissionais e propostas da V Conferência Nacional de Saúde Mental.

O recorte em questão analisa a PNSIPN a partir do contexto da gestão pública, problematizando-a como uma questão bioética. Utilizo-me da lente da Bioética de Intervenção (BI) e da Bioética de Proteção (BP), que ofertam instrumentos de superação da dominação epistemológica proveniente dos países do norte global a medida que promove um processo de construção de novas estratégias e diferentes formas de práxis, para pensar no contexto operacional das políticas no contexto da realidade brasileira. (14)

Dito de outro modo, este estudo se inscreve na linha de pesquisa *Situações persistentes em bioética e saúde pública*, que discute a cerca das perspectivas teóricas e políticas no contexto de exclusão social, a discriminação e vulnerabilidade. Portanto, o presente estudo parte de uma base epistêmica que dá suporte para traçar novos caminhos tanto para os povos afrodescendentes quanto para o conjunto da população.

Para contextualizar a saúde/saúde mental da população negra como uma questão de saúde pública, apresento inicialmente uma análise dos aspectos histórico-políticos, epidemiológicos e transgeracionais que evidenciam a reemergência ética do tema. Buscou-se a compreensão das violências que nos colocam na *zona do “não-ser”*¹ (46) e sobretudo a sua denúncia. O despertar crítico diante das estruturas de opressão legadas pela colonialidade tem nos fornecido ferramentas – e nos impulsionado a resgatar práticas ancestrais – que nos permitem ver a encruzilhada como um ponto de transformação, promovendo a busca por caminhos que possibilitem o bem-viver. (27)

No primeiro eixo, apresentamos alguns marcos político-institucionais fundamentais da contemporaneidade para a compreensão do saber sobre a saúde mental no Brasil. Identifico os

¹ Partimos do entendimento de que a zona do não-ser é produzida pelas múltiplas interdições desencadeadas pelos processos de exclusão. Nesse sentido, Carneiro (46) revela que “o negro é interdito enquanto ser humano, enquanto sujeito, enquanto sujeito de direito, enquanto sujeito moral, político e cognoscente.” (46, p.121)

três pontos sensíveis de reflexão e crítica colocando em pauta a dimensão da desinstitucionalização, a medicalização da vida e a desumanização dos corpos negros. Por esse olhar, esboço a complexidade dos aspectos ligados à saúde integral da população negra dialogando com diferentes saberes e pesquisas para a ampliação do escopo teórico sobre o tema.

No segundo eixo, buscamos desconstruir e construir pontes necessárias entre a BI, a BP e o compromisso com os vulneráveis através do diálogo destas referências com autoras(es) negras(os). Com essa abordagem dialógica e problemática, a BI pode ser potencializada como uma ferramenta política e epistemológica fundamental para o processo de descolonização (e contracolônização, via sentir e pensar), ampliando seu alcance a serviço da equidade (8, 49).

No eixo final, apresento a pesquisa de campo. Foram realizadas entrevistas individuais com três profissionais (assessores, coordenadores e chefes) atuantes no Ministério da Saúde. A análise dos dados coletados é contraposta à teoria anteriormente abordada, com o objetivo de evidenciar os contrastes e convergências na prática. A seleção dos participantes seguiu a metodologia “bola de neve”, caracterizada por uma “amostra não probabilística que utiliza cadeias de referência” (50, p. 203). A partir de um informante-chave, obtivemos acesso aos participantes da pesquisa, que foram indicando outros profissionais com o perfil buscado.

Com essa base, tecemos algumas sugestões para o Ministério da Saúde, construídas a partir de perspectivas bioéticas diversas, contemplando contribuições tanto do Sul quanto do Norte Global. Embora as evidências coletadas indiquem que os projetos e ações estratégicas em vigor já abordam sobre o enfrentamento ao racismo estrutural, a visibilidade das limitações existentes, a denúncia e a aplicação de éticas voltadas para transformações sociais e a garantia da dignidade humana são perspectivas que nos impulsionam a construir ferramentas antirracistas mais “sofisticadas” diante da atualização deste fenômeno.

Propomos, assim, algumas sugestões que reivindicam a conscientização dos agentes da ação (e aqui ampliamos o termo “agentes da ação” para “toda a sociedade”, sobretudo a branquitude) para que encaminhem estratégias que promovam a liberdade e possibilidades de existir, rejeitem processos de exclusão e violência através do reconhecimento crítico do processo histórico racista e que esteja em consonância com os princípios ético-políticos da luta antimanicomial, entendendo que a desinstitucionalização ainda é um grande desafio.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Produzir uma análise bioético-política das ações estratégicas do Ministério da Saúde que impactam nas políticas e práticas de saúde mental da população negra.

2.2. Objetivos específicos

Identificar as ações estratégicas voltadas para a população negra promovidas pelo Ministério da Saúde.

Investigar como os gestores julgam a qualidade das ações estratégicas de saúde mental voltadas para a população negra promovidas pelo Ministério da Saúde.

Analisar historicamente a relação entre o racismo estrutural e as Políticas de Saúde Mental no Brasil.

Estabelecer uma reflexão a partir da Bioética de Intervenção e a Bioética de Proteção como suporte da formulação de ações estratégicas.

3. REVISÃO DE LITERATURA E REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. NOVOS DEBATES E ANTIGOS DESAFIOS: O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA

3.1.1 Aspectos históricos e políticos da reforma psiquiátrica no Brasil: início, transições e reinício

Iniciamos esse diálogo desde o ano de 1970, em continuidade ao processo político-institucional iniciado com o golpe militar de 1964. O país permanecia sob um regime de exceção, que restringia a democracia em quase todos os aspectos da vida nacional. No campo da Saúde, o modelo assistencial da época também estava repleto de contradições e injustiças. Essa situação levou os trabalhadores desse setor a começarem a criticar a instituição e, ao mesmo tempo, a propor mudanças sistematicamente. (15)

Na história da saúde no Brasil, houve uma verdadeira transformação nas relações entre a Sociedade e o Estado, que passaram a se basear em princípios que visavam principalmente a democratização do acesso à saúde. Esse processo, conhecido como Movimento da Reforma Sanitária, junto com todo o movimento pela redemocratização do país, resultou na criação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS em 1990. Embora o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira tenha enfatizado a importância de reduzir as desigualdades sociais e promover o acesso universal e equitativo a serviços e ações de saúde, as questões específicas relacionadas à saúde da população negra não foram abordadas em seus debates, documentos e propostas políticas. (16)

Pensar a partir da reforma sanitária é uma estratégia para encontrarmos diagnósticos que nos conduzam a evidenciar as mudanças substanciais no percurso da implantação das políticas de saúde mental no Brasil. Pois os modelos assistenciais anteriores à reforma necessitaram atualizar as abordagens e tratamentos dos transtornos mentais à medida que a discussão sobre as dimensões raciais e de gênero em território brasileiro se inicia através dos movimentos sociais; como a criação do Movimento Negro Unificado – MNU (1978); a Campanha das Diretas Já (1984); as Marchas do Centenário da Abolição (1988); o I Encontro Nacional de Mulheres Negras (1988); os Encontros estaduais e regionais do Movimento Negro ao longo dos anos 1980 e 1990; o I Encontro Nacional de Entidades Negras – ENEN (São Paulo, 1991); a Marcha Zumbi dos Palmares – Contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida (Brasília, 1995) e a Marcha Nacional de Mulheres Negras (Brasília, 2015), o que tornou o racismo pauta

inarredável da agenda política nacional.

Na América do Sul, essa mudança tornou-se cada vez mais urgente e efetiva, especialmente após a Declaração de Caracas, proclamada em 14 de novembro de 1990, durante a Sessão de Encerramento da "Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde", organizada pela OPAS/OMS/ONU. Nessa declaração, foi reiterada a tendência global de reorientação do modelo assistencial psiquiátrico. (17)

Neste ínterim, a compreensão de raça como uma construção social trouxe à tona que o modelo assistencial psiquiátrico era atravessado por estruturas e práticas sociais injustas que necessitavam de mudanças. No entanto, mesmo que a Reforma tenha simbolizado um rompimento significativo com as ideias racialistas anteriores, em certa medida, ela continuava funcionando dentro de uma lógica não racializada. (19)

Ao longo desse processo, o Ministério da Saúde, por meio de Portarias e Resoluções, tem desenvolvido a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Historicamente e cotidianamente, a PNSM e a PNSIPN são construídas a custo de divergências políticas. Um marco a ser observado, para que as profundas reflexões surjam desta produção científica, foi “quando o impedimento ilegal de uma presidenta eleita ocorreu com a afirmação pública e em tribuna ‘da família, de deus e da propriedade’ e da defesa do direito fundamental ao terror” (20, p. 44). A deposição da presidente Dilma Rousseff, em maio de 2016, representou uma interrupção do processo democrático no país, resultando em uma mudança radical nas políticas sociais.

No Brasil pós-golpe de 2016, a captura colonial de símbolos, de agendas progressistas e de seguridade social ampliou os números do genocídio negro, indígena, das mulheres, de travestis e transexuais, de ativistas ambientais e de direitos humanos no Brasil. Trouxe-nos de volta ao mapa da fome, nosso senso comum, o medo da pluralidade alcançou significância assentando-se como paisagem em diversas camadas da população. (20, p. 46)

Em meio ao “entrelaçamento de práticas, hábitos, ações, instituições, disciplinas, valores e normas sociais aprendidas no cotidiano da colônia” (21, p. 10) é que se desenvolveram políticas que estabelecem uma forma de poder que inferioriza o outro, moldando identidades por meio da criação forçada e violenta de alteridades que, em grande parte, são destinadas à subordinação, violação e opressão. A esse fenômeno, Quijano (22) conceitua como colonialidade.

Do mesmo modo, a ideia de “defesa do direito fundamental ao terror” (20, p. 44)

coaduna com a legitimação do estado permanente de guerra, conquista e o genocídio (23). Para Maldonado-Torres (23), todos são aspectos fundamentais da colonialidade. Ou seja, a colonialidade nos ajuda a compreender que no Brasil instituiu-se uma "não ética" baseada na guerra. Isso quer dizer que não só se aplicou essa "não ética", mas ela foi transformada e naturalizada ao ponto de criar uma realidade moldada pelo conflito. Portanto, o que desejamos apontar é que a colonialidade é o fenômeno que, por meio da não ética, se faz presente no cotidiano da população negra brasileira.

Não somente, mas a partir de 2016, “respaldaram-se normativas que jamais foram escritas e legisladas” (20, p. 44). O governo Bolsonaro (2019-2022) introduziu uma medida provisória que mais tarde se tornou a Emenda Constitucional 95/2016, estabelecendo um congelamento de 20 anos nos recursos destinados a várias políticas sociais e de saúde. Isso deu início a um período, que se intensificou nos anos subsequentes, de redução drástica do já limitado financiamento do sistema público de saúde. (24)

Além disso, é importante destacar a emissão de um documento normativo no semestre anterior à deposição da presidente: a Portaria nº 2.043, datada de 11 de dezembro de 2015, que trata da alteração na gestão do cargo de coordenador geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde. (25)

Esse episódio serviu como parte de um rearranjo na base de apoio do governo para enfrentar a crise política. Foi o primeiro indício de uma mudança de direção do Ministério da Saúde (MS) em relação à PNSM. O indicado para a coordenação nacional de saúde mental, Valencius Wurch Duarte Filho, havia sido diretor técnico da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi - RJ, uma instituição que, nos anos 2000, foi alvo de intervenção do MS com a indicação de ser fechada devido a graves irregularidades constatadas em auditoria especializada, corroboradas pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares em 2006. (25)

Diante disso, constata-se um cenário emergente de ascensão de forças antidemocráticas, expressões de intolerância em diversos setores da vida social, ideologias e ações fascistas e retrógradas. Pensar a partir desses acontecimentos exige, segundo Moreira&Gouveia (26) uma ruptura epistêmica com as lógicas de pensamento colonial para lidar com as demandas que se entrelaçam com as estratégias de intervenção do estado e a ameaça do modelo manicomial.

Logo não se pode avançar sem antes compreender que “diferentes projetos e concepções de saúde mental disputam o direcionamento do mercado e da política pública, demonstrando o quanto a temática compõe as diretrizes de manutenção ou ruptura do modo de produção

capitalista” (27, p. 93). Portanto, buscando meios de responder a seguinte questão: “por que a ‘raça’ é importante no contexto da saúde mental?”, organizamos os próximos tópicos em uma perspectiva histórica de um conjunto amplo de evidências de que a violação dos direitos da população negra existe e persiste. Pretendemos, com essa abordagem, refletir e sistematizar o conjunto de ideias que se entrelaçam com a *colonialidade da vida*¹ ameaçando a funcionalidade das políticas no âmbito da saúde mental.

3.1.2 Raça, racismo e negligência no desenvolvimento histórico da Política Nacional de Saúde Mental

Assim, começaremos explicando o conceito de raça, partindo da ideia de que a vinculação entre população negra e loucura é um debate secular no Brasil. (29) Segundo Munanga (30), o termo raça tem origem no italiano *razza*, que, por sua vez, deriva do latim *ratio*, significando sorte, categoria ou espécie. No latim medieval, a palavra passou a designar a descendência, referindo-se a um grupo de pessoas com um ancestral comum e características físicas semelhantes. No entanto, foram nos séculos XVI e XVII que o conceito de raça começou a influenciar as relações de classe na França, quando os Francos se viam como uma raça distinta dos Gauleses. Eles acreditavam possuir sangue "puro" e se consideravam naturalmente aptos a governar, administrar e até mesmo escravizar os Gauleses.

Tanto a sociedade quanto os cientistas, sustentaram uma visão biológica do conceito por séculos. Utilizaram esse “conhecimento” para justificar crenças na superioridade da raça branca e para além, difundir a ideia de que os brancos estavam beneficiando os escravizados ao tirá-los da África, um argumento frequentemente utilizado na época para legitimar a escravidão. Estes foram os pressupostos do racismo científico.(19)

No Brasil, entre o final do século XIX e o início do século XX, o campo da saúde mental foi moldado por ideais eugenistas, baseados no racismo científico e no chamado "medo branco"³. De acordo com Costa (32), "os eugenistas serviram-se do organismo para reforçar as ideias eugênicas e reativar o racismo puro, recalcado na cultura brasileira, com finalidades político-ideológicas" (32, p. 113). Segundo Tavares (33), no cenário físico, hospícios e

² Nascimento enfatiza que a *colonialidade da vida* está na afirmação política que, ao se articular com outras afirmações e práticas violentas, estratificam de maneira estratégica as vidas e legitima a dominação sobre algumas (28, p. 291)

³ Segundo Azevedo (31), nas últimas décadas do século XIX, a população negra era considerada uma raça inferior porque eram descendentes de africanos. Recebiam títulos como viciados, imorais e criminosos em potencial, inimigos da civilização e do progresso. O medo branco se materializa nas decisões de políticas de imigração de europeus para o Brasil. Estas repudiavam abertamente as teorias raciais e propagava a ideia da inferioridade mental dos negros.

manicômios tinham, entre suas funções, o controle da população negra recém-liberta, que, embora empobrecida e desamparada pelo Estado, ainda era vista como uma ameaça. As tentativas de transformar esse cenário começaram por volta de 1870, quando surgiram produções teóricas que buscavam desmascarar a suposta naturalização das desigualdades sociais, frequentemente usada como justificativa para manter homens e mulheres negras em condições semelhantes à escravidão. Para David (36), somente a terceira tradição do campo da psicologia social se “propôs a compreender o racismo como mecanismo de perpetuação da desigualdade entre raças” (36, p. 49). Sendo assim, as desigualdades raciais passam a levar em consideração os aspectos transgeracionais e provenientes do regime escravista e da política de embranquecimento.

Na assistência psiquiátrica brasileira, a discriminação e a violação de direitos são fenômenos inatos. Segundo Santos (34), no ano de 1890 a maioria das internações psiquiátricas estava profundamente relacionado às práticas das forças policiais e de segurança e, influenciados pela ideologia do racismo científico que sustentava uma suposta propensão inata de pessoas negras e mestiças para certos crimes e condutas inapropriadas, esses órgãos viam os indivíduos não brancos como inferiores e mais propensos a diversas doenças, incluindo transtornos mentais.

Em 1890, sob a administração pública, foi instituída a Assistência Médico-Legal aos Alienados, predominantemente de natureza asilar. Porém, logo após esse acontecimento, a primeira reforma psiquiátrica no Brasil (RPB) se inicia por um médico negro que, crítico às teorias de degenerescência racial, implementou uma nova percepção sobre a alienação que, mesmo imbuída do sanitarismo da época, reconhecia a humanidade dos ditos doentes mentais e se empenhava na possibilidade de cura deles. (35)

Juliano Moreira solicitou ao Congresso Nacional a rápida aprovação do Decreto Legislativo nº 1.132 em 22 de dezembro de 1903. A medida resultou em uma transformação significativa nas estruturas do Hospício em que se tornara diretor, incluindo a eliminação das grades, a abolição do uso de camisas de força e a instalação de uma escola de enfermagem. (34)

Além disso, Moreira implementou a clinoterapia, criando salas específicas para o repouso e a realização de banhos terapêuticos prolongados.

Juliano abriu mão de sua ampla sala no primeiro andar do prédio principal, para ocupar um cômodo menor, no piso térreo. A ideia era estar sempre acessível para os doentes mentais. (34, p. 41)

Realizou uma pesquisa que examinava de forma histórica e sociológica as doenças

mentais no Brasil. Argumentava que, devido a circunstâncias históricas, a maioria dos pacientes internados em hospícios eram homens e mulheres de baixa renda, negros e mestiços. Ele sustentava que muitos dos problemas enfrentados por esses pacientes eram resultado de suas condições históricas, sociais e econômicas, e não necessariamente de uma suposta predisposição racial. (34)

Moreira mostra uma nova perspectiva sobre a saúde mental à medida que ele colocava em foco a humanidade daqueles rotulados como doentes mentais. Seu esforço incansável em buscar a cura para esses indivíduos serve como um lembrete poderoso da necessidade da solidariedade para a garantia da dignidade das pessoas negras diante das novas expressões do manicômio na atualidade. (26)

Ainda é possível destacar que, de acordo com Tavares (33), a crença na igualdade racial está tão enraizada no modo de funcionamento da sociedade brasileira que a história construída sobre a RPB ignora o fato de que Franco Basaglia foi fortemente influenciado por Frantz Fanon. Fanon, por sua vez, considerava o colonialismo e o racismo elementos centrais no processo de adoecimento mental da população negra. Assim, segundo Passos (45), Basaglia “introduziu o discurso anti-institucional e antiespecialístico, entendendo que a lógica manicomial transcende a esfera psiquiátrica e faz parte das estruturas sociais.” (45, p.82)

Logo, para compreendermos as interações do assunto e estabelecermos as conexões necessárias, é imperativo o conceito de Mills (37) que define racismo como “um sistema político, um poder particular que estrutura a regra formal e a informal, o privilégio socioeconômico, as normas de distribuição da riqueza e das oportunidades, dos benefícios e das penas, dos direitos e dos deveres” (37, p. 20).

Sendo este um sistema político que favorece a violação de direitos das pessoas negras, Almeida (38) complementa o conceito trazendo a concepção do racismo estrutural como um fenômeno histórico e político, afirmando que este transcende o âmbito individual, sendo o poder o constitutivo das relações raciais.

Assim, o conceito nos ajuda a entender que a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem origem nessa estrutura, fazendo com que as instituições reproduzam o racismo presente na sociedade. Para Almeida (38), compreender esse fenômeno exige uma análise a partir do funcionamento do racismo através das estruturas estatais, pois é o Estado que promove a classificação e divisão das pessoas. A ideologia nacionalista, por sua vez, serve para tentar reconstruir uma identidade comum, buscando apagar os conflitos entre diferentes grupos e classes, bem como as contradições do sistema capitalista, que ao longo do tempo, aprimora estratégias e técnicas de reprodução discriminatórias.

No que tange à Política de Saúde Mental, os esforços da RPB para a garantia de direitos desembocam na luta antirracista quando em sua essência se mostra contrária ao modelo manicomial. A luta antirracista se fundamenta no reconhecimento claro do que o racismo representa, tanto em suas formas quanto em seus impactos. Ser "anti" implica adotar uma posição contrária a algo que, de maneira geral, gera desvantagens, prejuízos e afronta valores éticos fundamentais na sociedade. No caso do racismo, essa oposição não é apenas ser “do contra” por um mero capricho ou como uma postura individual, mas sim de um compromisso coletivo que visa transformar estruturas injustas e promover equidade. (16)

Assim, a compreensão das definições acerca do antirracismo nos permite entender que o racismo no Brasil exige uma abordagem que considere tanto as dimensões históricas quanto as contemporâneas. E no que se refere ao tema deste estudo, a implementação da política de saúde mental no ano de 2001 demarca dois eventos importantes para esta análise: a aprovação da Lei nº 10.216, conhecida como a lei da reforma psiquiátrica, e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Esta conferência contou com ampla participação e resultou em um relatório final abrangente, contendo diversas propostas, algumas conflitantes, mas todas focadas principalmente na inovação do modelo assistencial e na expansão da rede de serviços alternativos. Esse processo deixou sua marca através das portarias subsequentes, muitas das quais estavam diretamente relacionadas ao relatório da III CNSM ou aos seminários que passaram a ser organizados com mais frequência pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. (42)

Em relação a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), Barros (42) aponta que não há informações ou recomendações relacionadas à questão racial e ou ao enfrentamento ao racismo em que pese dados epidemiológicos ou perfil da doença mental na população negra. Enquanto que, para na II Conferência (1992), não existe menção nos diversos capítulos do relatório, criado para o evento, sobre a saúde mental da população negra e sobre suas vulnerabilidades.

Na já citada III Conferência (2001), o foco das discussões estava fortemente alinhado ao tema mundial proposto pela Organização Mundial da Saúde para aquele ano: "Cuidar, sim. Excluir, não". Conforme Barros et al (42), o relatório do evento é estruturado em capítulos nos quais três deles, segundo a autora, apresentam aspectos passíveis de crítica.

No Capítulo I, foram aprovadas propostas que abordam questões raciais, incluindo a discussão sobre a relevância do quesito cor na saúde mental. Entre as propostas relacionadas à responsabilidade dos gestores, destaca-se a inclusão de recortes de gênero, raça/cor e etnia na elaboração, implementação e execução de diretrizes e ações nas campanhas promovidas pelos

governos federal, estaduais e municipais. No entanto, no item 4 sobre Auditoria, Controle e Avaliação, é recomendado aos gestores criar indicadores e um sistema de avaliação da política e dos serviços de saúde mental, permitindo o acompanhamento, a intervenção e o redirecionamento das práticas. Assim, embora a proposta pretenda garantir essas inclusões, a ausência de indicadores específicos para sua execução torna sua implementação desafiadora. (42)

O Capítulo 13 aborda reflexões e propostas sobre a "Atenção aos usuários de álcool e outras drogas". Contudo, não foram apresentadas recomendações específicas para esse grupo vulnerável. Concordamos com Barros et al (42) que este seja um ponto que se torna significativo quando se analisa historicamente, nas três primeiras décadas do século XX, o pensamento psiquiátrico permeado por um discurso moral que tratava o alcoolismo como uma doença hereditária, a ser combatida e prevenida através de medidas eugênicas. Nesse contexto, as classes menos favorecidas, constituída em sua maioria por pessoas negras, são vistas como mais suscetíveis ao desregramento, à doença e ao vício.

Como apontado por Costa (32, p. 58), "os atributos psíquicos dos indivíduos não brancos, negros, amarelos ou mestiços foram assim considerados patológicos em si, e o único remédio nesse nível era o saneamento racial proposto pela eugenia". A exclusão de alcoólatras e loucos nos hospícios também refletia a exclusão e esterilização em massa de pessoas pretas e pardas. Dessa forma, a psiquiatria desempenhou um papel significativo na consolidação do racismo estrutural em nosso país.

Ainda de acordo com o estudo de Barros et al. (42), a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) reforçou a relevância da aplicação da Lei nº 10.216/2001 e da Constituição Federal no combate aos preconceitos que envolvem a saúde mental, além de garantir a equidade entre os cidadãos, assegurando o respeito à diversidade e às diferenças étnico-raciais, entre outros tipos de grupos sociais. Para o alcance dos objetivos específicos deste estudo, consideramos que as Conferências sejam componentes para a construção das ações estratégicas. Portanto, ao participar da V Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada entre 11 e 15 de dezembro de 2023, extraímos 15 propostas que convergem com os objetivos deste estudo e disponibilizamos nos resultados.

Ainda com todos os avanços, as consequências desta mudança integralizada do modelo assistencial comporta outras camadas. Considerando os diálogos mencionados sobre a 'não' racialização das políticas de saúde mental, como os avanços se deram nessa perspectiva?

Para compreendermos de maneira aprofundada, levamos em consideração as contribuições de David (43) ao apontar que:

Se a racialização pretende demarcar não apenas a existência da raça como constructo social, mas o desvelamento de uma 'ordem racial' assimétrica, compreendemos que todos os humanos na modernidade são racializados (negros, brancos, indígenas, asiáticos) porém, as condições materiais e simbólicas desse processo foram/são distintas para cada grupo étnico-racial, ofertando diferentes modos de compreensão de si e dos grupos raciais existentes. (43, p.111)

Essa diferenciação entre os grupos racializados é evidente nos indicadores sociais, refletindo realidades desiguais em instituições como manicômios judiciários, hospitais psiquiátricos e equipamentos de saúde mental, tanto públicos quanto privados, no Brasil. Essas desigualdades são influenciadas pelos efeitos subjetivos de construções sociais no imaginário coletivo e individual, na propagação do mito da democracia racial e no fenômeno da branquitude. A branquitude, entendida como a posição de privilégio social e econômico que pessoas brancas ocupam em sociedades estruturadas pelo racismo, afeta diretamente a formação identitária e as oportunidades oferecidas às pessoas negras, contribuindo para a perpetuação dessas disparidades.(43)

Assim como apontam David e Vicentin (43), entendemos que a saúde mental da população negra também está intimamente ligada à forma como as pessoas negras têm sido (re)inseridas na sociedade, de maneira distinta de outras raças. Essa dimensão se torna um mecanismo essencial na gestão e na assistência para a promoção da equidade racial. Nessa perspectiva e no contexto da colonialidade da vida, Santos (58) ressalta que o Estado não apenas define quem deve viver e quem deve morrer, mas também quem deve ter saúde mental e quem pode viver atormentado pelo sofrimento decorrente das condições sociais; além de estabelecer quais éticas e abordagens serão aplicadas nos cuidados em saúde.

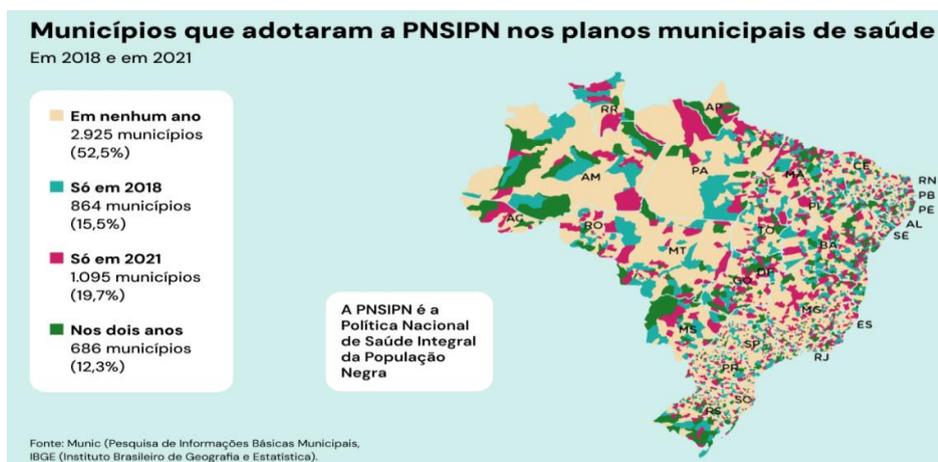
Em 1988, a Constituição brasileira consagrou o princípio da igualdade ou não discriminação, afirmando que "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza", o que marcou o início das políticas de promoção da igualdade racial. Nesse contexto, debates sobre o racismo e a formulação de programas de ação afirmativa começaram a ganhar maior visibilidade no cenário brasileiro, impulsionados por movimentos sociais negros que buscavam construir uma política setorial com enfoque racial. Isso visava gerar um processo de diferenciação e busca de legitimação na saúde pública. (59)

Assim, transformações concretas puderam ser estabelecidas a partir do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (Portaria GM/MS n. 1.678, de 13 de agosto de 2004) instituído por meio da Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovam, neste mesmo ano, o texto da Política Nacional de Saúde Integral da População

Negra (PNSIPN). Dois anos depois, a PNSIPN foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de reduzir as disparidades raciais, incluir grupos socialmente vulneráveis e complementar, aprimorar e sustentar a política universal no setor público de saúde através de ferramentas de gestão voltadas para a atenção à saúde da população negra. (60)

Passados quase 15 anos desde sua instituição, a PNSIPN ainda não foi plenamente incorporada à gestão do SUS. Em 2021, apenas 32% dos municípios brasileiros declararam ter incluído as ações da PNSIPN em seus planos municipais de saúde. Esses números evidenciam que a implementação da PNSIPN não tem ocupado um lugar prioritário na gestão do SUS, refletindo um baixo nível de adesão à política. Além disso, mesmo entre os municípios que aderiram, persistem dificuldades para manter e expandir as ações. Assim, a mera existência formal de uma política não garante, por si só, uma resposta eficaz ou uma transformação concreta nas condições de desigualdade enfrentadas pela população negra. (130) A seguir, destacamos o gráfico que demonstra a assertiva acima:

Figura 1 - Adesão dos municípios à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos planos municipais de saúde em 2018 e 2021.



Fonte: COELHO, R.; NOBRE, V. Política Nacional de Saúde da População Negra deve ser prioridade no novo governo. Nexo Jornal, Nexo Políticas Públicas, Opinião, 2023.

O panorama revela que a adoção e a manutenção da PNSIPN ainda é limitada nos municípios brasileiros. De acordo com dados do Boletim Epidemiológico (130), apenas 12,3% dos municípios relataram ter implementado ações relacionadas à PNSIPN de 2018 a 2021. Esse dado destaca a fragilidade na continuidade das iniciativas e reforça a necessidade de estratégias mais robustas para garantir a sustentabilidade e expansão da política em âmbito municipal. A implementação dessa política de saúde é ferramenta relevante no combate ao racismo estrutural, considerando o desenvolvimento da PNSM. (61)

Com o propósito de promover a criação de espaços de governança participativa nos

serviços de saúde, o Ministério da Saúde instituiu Comitês Técnicos de Saúde, com o objetivo de descentralizar a implementação das políticas e fortalecer a governança diante das iniquidades raciais na atenção à saúde, permitindo o monitoramento e a fiscalização por meio de representantes. (61)

Assim, a partir desses determinantes sociais de saúde, a PNSIPN estabelece a relação entre racismo e vulnerabilidade em saúde. Seus objetivos centrais incluem a atenção humanizada na saúde primária, por meio do Plano Terapêutico de Cuidado (PTC), que é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas interdisciplinares direcionadas tanto ao coletivo quanto ao individual, e do Plano Terapêutico Singular (PTS), que trata questões específicas no enfrentamento do racismo. (62)

De maneira geral, a PNSIPN surge como uma medida compensatória na tentativa de mitigar os efeitos da discriminação e exploração sofridos pela população negra ao longo da história do Brasil, já que esse passado de desigualdade se reflete em diversos aspectos. Dessa forma, o reconhecimento social e político ocorre em consonância com a análise das condições de vida e saúde da população negra, associado à possibilidade de benefícios resultantes da implementação de uma política de saúde organizada.

A PNSIPN e o quesito raça/cor são instrumentos valiosos para a intervenção nas iniquidades raciais em saúde quando são reconhecidas e trabalhadas. Ou seja, quando a coleta não se torna burocrática para os equipamentos de saúde, quando esta faz parte do raciocínio clínico das equipes e dos processos de gestão e assistência (43).

O estudo das pesquisadoras Santos e Santos (44) investigou as narrativas de profissionais da atenção básica sobre a implementação da PNSIPN no cotidiano dos serviços. Suas análises revelaram que os profissionais tendem a não reconhecer a discriminação ou a insistir na sua inexistência, o que contribui para a inação do sistema diante da discriminação e, conseqüentemente, para sua perpetuação e ampliação. Além disso, esses profissionais percebem a PNSIPN como "desnecessária e promotora de discriminação" (44, p. 568). Segundo David & Vicentin (43), os profissionais de saúde frequentemente reproduzem relações raciais hierarquizadas, construídas ao longo de séculos, associando a cor da pele a uma posição hierárquica inferior, baixo poder aquisitivo, e diferenciando os cuidados oferecidos às populações negra e branca.

As pesquisadoras Kalckmann et al. (63) apontam que esse fenômeno não se limita aos equipamentos de saúde pública, mas também ocorre no setor privado. Isso resulta em pouco investimento na saúde da população negra o que acaba não contribuindo para o fortalecimento de uma identidade racial e subjetiva. Enquanto David (64), em sua pesquisa no CAPS, aponta

que a formação das equipes de saúde deve considerar raça e gênero em suas atividades cotidianas, pois em um país marcado pela colonialidade, a representatividade racial influencia diretamente as relações de cuidado em saúde. (64)

Batista e Barros (65) destacam que a PNSIPN funciona bem quando há comprometimento por parte de gestores(as) e técnicas(os), uma coordenação eficaz do programa, e apoio do movimento social à gestão. No entanto, os autores observam que a política ainda é recente e persiste um desconhecimento generalizado entre trabalhadores(as) do SUS e a sociedade civil sobre o racismo e seus possíveis impactos na saúde, no acesso aos serviços, na permanência das(os) usuárias(os) e na qualidade do cuidado oferecido.

Notamos uma política ainda fragilizada sobre as questões raciais. Seja do ponto de vista teórico ou de uma práxis, a instauração de uma política não é suficiente sem um plano correspondente. Para a Bioética Latinoamericana, “a identidade da solidariedade crítica está centrada no comprometimento do sujeito em suas intervenções e ações” (66, p.20). Ou seja, para que se fortaleça a luta pela equidade, é preciso que haja obediência aos compromissos que assumimos com os vulneráveis para alcançarmos os pressupostos (bio)ético-políticos da luta antirracista e antimanicomial.

A guisa de conclusão deste tópico, consideramos importante relembrar que o modelo manicomial brasileiro traz em si tanto uma atualização das perversões coloniais quanto invisibiliza a discussão racial do movimento antimanicomial brasileiro. Assim como Tavares (33), entendemos “que a manutenção da violência e de instituições como prisões e manicômios na atualidade não é um acaso ou desconhecimento sobre as repercussões do encarceramento e tortura sobre a saúde mental da população negra” (33, p.143). Em outras palavras, os que advogam hoje a favor de tais instituições possuem um projeto não ético de saúde.

Diante dos apontamentos, é preciso reforçar que o processo de reforma na contemporaneidade, em meio à conjuntura das crises do Estado Ultraliberal, ainda silencia a questão das desigualdades sociais e a precariedade da vida sobre as quais emergem as identidades e existências singulares e coletivas da população negra. Para Duarte (67):

é mister salientar que não existe sofrimento mental, em se tratando de população negra, sem relação concreta e de fato com as precariedades da vida em que ela encontra-se hierárquica e subalternizada. Mas podemos afirmar que o sofrimento causado pelo racismo passa, necessariamente, a ser um problema de saúde pública e como tal, requer proposições de políticas públicas que garantam o direito e o acesso a um serviço de saúde mental no campo da atenção psicossocial direcionando especificamente ao sofrimento da população negra produzido pelo racismo e pelas intolerâncias correlatas. (67, p.29)

Compreende-se que ao se analisar o campo da RPB, o recorte racial na política de saúde mental só teria preocupado a esfera coletiva diante das pressões estabelecidas pelos movimentos negros para a formulação da PNSIPN. Com a PNSIPN, percebe-se um processo de construção de uma política que vai além do percurso da produção normativa, ultrapassa a oficialidade de uma política de governo expressa em Portarias e apresenta diálogos racializados e persistentes. No entanto, a produção normativa complementar ainda age na confabulação e na configuração de um modelo assistencial sem compromisso (bio)ético com a população negra. No campo da saúde mental, é essencial levar em conta a formação socio-histórica do Brasil estruturada por fundamentos racistas e colonialistas (68).

A seguir, apresento a construção teórica que permitirá analisar um tripé de problematização (didaticamente nomeio esse tripé como os fenômenos da medicalização, desumanização e desinstitucionalização) que reúne características de atualização do racismo, exclusão e patologização da população negra. Usaremos o conceito de ‘dispositivo de racialidade’ para analisar e denunciar como os três fenômenos contribuem para o enclausuramento, sofrimento psíquico e controle social do grupo étnico-racial.

3.1.3 Sobre o dispositivo de racialidade: o tripé de problematização

Utilizamos o conceito de dispositivo de racialidade cunhado por Sueli Carneiro (46) para dar conta do tripé de problematização a ser analisado. O objetivo é revelar como o dispositivo de racialidade opera no campo da saúde mental. Sendo assim, quais são os compromissos éticos que emergem diante da análise? Qual o papel do dispositivo na proposição de políticas de justiça, de equidade, de restituição e de reparação no contexto da saúde mental da população negra?

Para responder a uma urgência do contexto histórico desenvolvido neste eixo, acreditamos, assim como a autora, que o dispositivo “oferece recursos teóricos capazes de apreender a heterogeneidade de práticas que o racismo e a discriminação racial engendram na sociedade brasileira”(46, p. 28) e, sobretudo, no campo da saúde mental.

Sendo o dispositivo de racialidade um “novo campo de racionalidade em que relações de poder, práticas e saberes se articulam, um dispositivo instaura uma divisão que tem efeitos ontológicos, constituindo sujeitos através da enunciação sobre o Outro” (46, p. 28), podemos compreender através deste que “a superioridade do Eu hegemônico, branco, é conquistada pela contraposição com o Outro, negro”(46, p. 13). Assim, “esse Eu, no encontro com a racialidade ou etnicidade, adquiriu superioridade pela produção do inferior, pelo agenciamento que esta

superioridade produz sobre a razoabilidade, a normalidade e a vitalidade.” (46, p. 31)

Portanto, trataremos sobre esses mecanismos numa perspectiva de múltiplas interdições das pessoas negras. Diante das evidências descritas ao longo dos tópicos anteriores, especificamente aquelas em que sujeitos e grupos são alocados no leito da anormalidade, “na esfera do não ser, da natureza e da desrazão, contribuindo para a formação de um imaginário social que naturaliza a subalternização dos negros e a superioridade dos brancos.” (46, p. 14)

De acordo com Foucault (apud Carneiro, 2023, p. 27), um dispositivo é composto por uma diversidade de elementos que abrangem diferentes áreas e práticas, incluindo discursos, instituições, estruturas arquitetônicas, normas regulamentares, legislações, medidas administrativas, conhecimentos científicos, reflexões filosóficas, valores morais e ações filantrópicas. Em essência, tanto o que é explicitamente expresso quanto o que permanece implícito fazem parte da constituição do dispositivo. Dessa forma, o dispositivo pode ser entendido como uma rede complexa de relações que interliga esses diversos componentes. (69)

Entendendo que “o dispositivo de racialidade, ao demarcar a humanidade como sinônimo de brancura, irá redefinir as demais dimensões humanas e hierarquizá-las de acordo com a proximidade ou o distanciamento desse padrão” (46, p. 31). No contexto do enclausuramento e dos fenômenos elencados, esse dispositivo também se abastece das “representações construídas sobre o negro durante o período colonial no que tange aos discursos e às práticas que justificaram a constituição de senhores e escravos” (46, p. 37).

Nestas condições, para aqueles que em sua maioria são encarcerados e silenciados, “o dispositivo de racialidade reserva outras estratégias de assujeitamento”(46, p. 13). Essas ‘estratégias’, de modo amplo e no que tange ao recorte desta pesquisa, podem ser nomeadas como: o fenômeno da medicalização, a persistência do modelo manicomial e a desinstitucionalização da saúde mental.

3.1.4 A (des)institucionalização do racismo: contribuições bioéticas na racialização do debate do manicômio judiciário e das comunidades terapêuticas

Em tempos idos, nem tanto assim, Juiz de Fora, Barbacena e Belo Horizonte foram municípios mineiros que concentraram cerca de 80% dos leitos psiquiátricos de nosso país, compondo o chamado “corredor da loucura”. Nesses espaços de exclusão e tortura (manicômios), as pessoas, em sua grande maioria pretas, eram renomeadas e reduzidas a números. (70, p. 23)

A política de saúde mental implementada no Brasil e a perspectiva de

desinstitucionalização são temas que se cruzam e revelam os desafios e limitações do modelo assistencial. Assim, alguns equívocos podem impedir a concretização dos princípios da Reforma Psiquiátrica e Antimanicomial e o desejo da transformação. Para Marina Bandeira (76), entre as dificuldades apontadas estão a insuficiência de recursos financeiros para o desenvolvimento de serviços comunitários eficazes, a carência de formação adequada e o baixo envolvimento da comunidade no acolhimento às pessoas em sofrimento mental. Além disso, a autora destaca que há problemas na coordenação entre os diferentes setores envolvidos, divergências ideológicas entre os profissionais da saúde mental que integram as equipes interdisciplinares e a falta de estratégias que atendam às necessidades dos grupos de pacientes em maior vulnerabilidade.

Na atual conjuntura, a Resolução 487 de 15 de fevereiro de 2023, que estabelece o fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos, pode ser considerada um dos equívocos a que nos referimos acima. Contraditoriamente, a resolução assinala a desinstitucionalização da “população negra, LGBTQIA+, mulheres, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas, convalescentes, migrantes, população em situação de rua, povos indígenas e outras populações tradicionais” (74, p. 7). Porém, não considera “os efeitos deletérios das expressões do racismo *continuum* que marcam a vida e o cotidiano da população negra” (27, p.28). Nesse sentido, é possível conduzir eticamente o processo de desinstitucionalização, garantindo a equidade no cuidado em saúde sem comprometer os direitos humanos fundamentais?

Segundo Basaglia (71), a desinstitucionalização vai além de simplesmente fechar as instituições psiquiátricas tradicionais e os manicômios; trata-se de um movimento que busca resgatar a liberdade, a dignidade e os direitos humanos das pessoas em sofrimento mental. Mais do que uma mudança física, que desloca os pacientes para fora dos hospitais, esse processo representa uma transformação profunda na forma como a sociedade enxerga e lida com a saúde mental. Nessa esteira, desinstitucionalizar também significa reconhecer que a reintegração social deve ser acompanhada por espaços de acolhimento e pertencimento, que reconhecem as pessoas em reconexão com o mundo como cidadãos plenos, com histórias, desejos e potencialidades.

Para lermos estas relações com os olhares bioéticos, é preciso levar em conta a colonialidade da vida (28), que se interpreta por um:

Processo de criar uma ontologia da vida que autorize pensar que algumas vidas são mais importantes do que outras, desde o ponto de vista político, ontológico, existencial, fundando assim uma hierarquia e uma justificativa para dominação,

exploração e submissão sob o pretexto de ser este um caminho para o desenvolvimento da vida menos desenvolvida, assim definida por quem ganhou a guerra da conquista e o controle de um processo estabilizado de permanente colonialidade, e tem, portanto, o poder de definir a si mesmo e aos outros e distribuir valor a essas definições. (28, p. 112)

Assim, podemos pensar que essa relação parece ter também gerado uma indissociabilidade entre as instituições e o racismo, ou seja, o fenômeno se retroalimenta com a atuação das instituições. É válido ressaltar que o sistema penal procurou seus suportes ou sua justificação “em um saber sociológico, psicológico, médico, psiquiátrico: como se a própria palavra da lei não pudesse mais ser autorizada em nossa sociedade” (72, p. 18). Nesse sentido, reconhecemos os esforços do Ministério da Saúde a partir de julho de 2024, com a publicação da Portaria GM/MS Nº 4.876, que estabelece a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei. Essa iniciativa representa um avanço na busca por alternativas de cuidado que promovam a dignidade e a inclusão social dessas pessoas. Com essa abordagem, espera-se alcançar desfechos que estejam alinhados com a promoção da vida. (168)

Contrária a essa abordagem, observamos em dezembro de 2024 a submissão do Projeto de Lei 551/2024, de autoria do Deputado Carlos Jordy (PL/RJ), que propõe a internação compulsória obrigatória de pessoas em sofrimento mental que estejam cumprindo penas ou medidas de segurança, além de prever a segregação desses indivíduos em alas específicas dentro de unidades de saúde mental. A proposta também possibilita a reativação de hospitais de custódia, contrariando a Resolução CNJ 487/2023, que estabelece o encerramento dessas instituições e a transição para um modelo de atenção à saúde mental baseado em redes integradas e comunitárias. (13, 41)

A tramitação em regime de urgência desse projeto evidencia a influência de setores que desconsideram recomendações de especialistas em saúde mental e direitos humanos, desrespeitando os princípios normativos e constitucionais que asseguram o direito universal à saúde, compreendido como uma garantia fundamental do Estado e não como uma obrigação imposta ao indivíduo. Do ponto de vista bioético, essa proposta levanta sérias preocupações, uma vez que promove a exclusão e a violação de direitos fundamentais, colocando em risco a dignidade humana e perpetuando abordagens manicomiais que já deveriam ter sido superadas.(13)

Assim, surge uma mais uma dúvida necessária: como proteger eticamente os corpos pretos em meio às relações do biopoder e um sistema de exclusão alimentado por novas expressões do racismo?

Na concepção de Foucault (73), o biopoder opera através da separação entre aqueles que devem viver e aqueles que devem morrer. Esse mecanismo de controle envolve a classificação dos humanos em diferentes grupos, a subdivisão da população em subgrupos, e a criação de uma divisão biológica entre eles. Assim como Mbembe (6), destacamos que o racismo se configura, acima de tudo, como uma tecnologia que possibilita o exercício do biopoder, regulando a distribuição da morte e viabilizando as funções facínoras do Estado, no qual as instituições como o manicômio e o cárcere o reconhecem como instrumento privilegiado dessa lógica.

Ademais, dados documentados a respeito da concepção sobre saúde mental no Brasil nos encaminha para uma análise baseada nas nossas “heranças” históricas. Em nosso passado, estima-se que 70% das pessoas atendidas pelo Hospital Colônia (que foi considerado o maior hospício e esteve em funcionamento entre 1930 e 1980 na cidade de Barbacena, Minas Gerais) não apresentavam nenhum quadro de doença mental, mas simplesmente exibiam comportamentos considerados desviantes para a época, ou que eram vistos como uma ameaça à ordem pública. Isso fez com que o hospital se tornasse um destino para indivíduos como “desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoólatras, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, incluindo os chamados insanos”(85, p. 25). Nota-se que a intenção era realizar uma limpeza social ao retirar as pessoas “problemáticas” do convívio em sociedade. (85)

Para além, a interpretação desses dados também nos faz questionar o que acontece com a população negra fora do encarceramento e nos faz questionar mais uma vez sobre: Qual é o (não) lugar das pessoas negras nesse modelo social? Assim, identificamos outras camadas de análise e intersecção que nos permite observar a complexa tarefa desinstitucionalizar.

Segundo o Atlas da Violência (75), que registrou e analisou dados entre 2012 e 2022, a taxa de homicídios a pessoas negras equivalente a 76,5% em relação ao total de homicídios registrados no Brasil. Esse dado corresponde a uma taxa de 29,7 homicídios para cada 100 mil habitantes desse grupo populacional. Em 2022, a taxa de homicídios entre pessoas não negras — ou seja, brancas, indígenas e amarelas — foi de 10,8, totalizando 10.209 mortes em números absolutos. Isso significa que, proporcionalmente às suas populações, para cada pessoa não negra assassinada no Brasil, 2,8 pessoas negras são vítimas de homicídio.

No ano de 2021, considerando a linha de pobreza monetária do Banco Mundial no valor de US\$ 5,50 por dia, observou-se que a prevalência de pobreza na população branca alcançava 18,6%. Em contraste, essa proporção elevava-se para 72,9% entre os indivíduos pretos e pardos. Uma diferença relevante também foi observada na faixa de renda inferior a US\$ 1,90 diários:

5,0% das pessoas brancas estavam nesse estrato, comparativamente a 20,4% dos indivíduos negros (77).

Segundo o levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, cerca de 18,3% dos brasileiros com idade superior a 18 anos reportaram ter vivenciado alguma forma de agressão — física, psicológica ou sexual. Observou-se uma prevalência maior de violência entre indivíduos da cor preta e parda, atingindo 39,9%. O índice entre os brancos foi de 16,6%. Ao analisar a incidência por gênero, constatou-se que as mulheres (19,4%) foram proporcionalmente mais afetadas do que os homens (17,0%), destacando-se, em particular, as mulheres pretas, que representaram o segmento mais impactado, com uma taxa de 21,3% (77).

No contexto da força de trabalho em 2021, que inclui indivíduos empregados ou em busca de emprego na semana de referência, observou-se que 43,8% eram de indivíduos brancos, 55,2% de negros. No entanto, ao verificar o segmento da população que estava desempregada, notou-se uma maior proporção de negros, cerca de 64%. Em contrapartida, a parcela de brancos entre os desempregados era menor, totalizando 35,2% nesse mesmo ano (77).

Poucas informações ou análises acerca da população negra são encontradas em artigos científicos do campo da epidemiologia sobre o suicídio na população brasileira. Em relação à raça, Alves et al (78) tendem a discorrer acerca das tendências crescentes de suicídio no Brasil. O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (79) apresenta a evolução da mortalidade por suicídio nos últimos 10 anos. No entanto, de modo geral, informam um crescimento importante entre pardos e a manutenção de baixo número de casos entre pretos na última década. Ademais, o estudo sobre o perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde (80) aponta que os jovens negros têm risco aumentado de 45% de morte autoprovocada quando comparado aos jovens brancos. Para Tavares (81) a invisibilidade das mortes por suicídio numa população historicamente submetida a extremo sofrimento físico, psíquico e social deveriam por si suscitar estudos que investigassem essas disparidades.

Segundo a autora, a invisibilidade pode ser atribuída a fatores como a subnotificação de casos, o impacto dos altos índices de homicídios entre jovens negros, a alarmante mortalidade materna entre mulheres negras, a falta de reconhecimento social do luto nas famílias negras, o desinteresse acadêmico pela saúde dessa população e à falha em identificar casos de suicídio e sofrimento psíquico entre a população negra, tanto pelos profissionais responsáveis pelos atestados de óbito quanto pela sociedade em geral. Todos esses fatores são consequências diretas do racismo estrutural e institucional (81).

De outro modo, mudanças na Coordenação geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde e a quebra da liminar que suspendia a Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020, culminaram na intensificação de uma agenda neoliberal manifesta pela intensificação da iniciativa privada e a filantropia, sobretudo nas Comunidades terapêuticas (CT's). (82)

Santos (82) denomina as CT's como organizações da sociedade civil voltadas para acolher indivíduos que enfrentam dificuldades relacionadas ao uso problemático de substâncias psicoativas. O objetivo central dessas entidades é oferecer apoio para que essas pessoas interrompam o uso dessas substâncias e, simultaneamente, se reorganizem para reintegrar-se à vida social de maneira plena e saudável. Segundo a Nota Técnica Nº 21 sobre o Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras (83), existem quase 1.900 Comunidades Terapêuticas em atuação no Brasil. Destas, cerca de 300 têm sido financiadas pelo governo federal.

Ainda em sua publicação, Santos (82) caracteriza essas comunidades como residências coletivas, muitas vezes localizadas em áreas rurais, onde os sujeitos devem ingressar voluntariamente e permanecer até que estejam em condições físicas e psicológicas adequadas para seguir com suas vidas sem o uso de drogas. Assim, a permanência dos indivíduos nas CTs exige a abstinência total de substâncias psicoativas, o que configura um retrocesso a partir da efetiva política de redução de danos.

Para Passos (84), os movimentos, coletivos e entidades que pautam a saúde mental, a partir da perspectiva da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial consideram as comunidades terapêuticas uma atualização do manicômio e recriam sob novas facetas estratégias de violação de direitos. Nesse sentido, é a população negra e pobre que sofre com o retorno do modelo manicomial, já que são a maioria da população brasileira e que ainda sofre com a herança desvantajosa em que seus corpos são mergulhados em um sistema político racial, expostos às mais diversas situações de vulnerabilidade geradas e sustentadas pelo racismo.

Considerando que o tratamento de pessoas com transtornos mentais e usuárias de drogas não deve ter um caráter asilar, o atendimento às pessoas internadas nas CT's deveria sempre buscar promover a convivência comunitária, utilizando equipamentos presentes no território que facilitem a maior integração social possível.

Vale ressaltar que, em 2014, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Desinstitucionalização, como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecendo incentivos financeiros mensais para as equipes envolvidas, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Portaria MS nº 2.840/2014. Essa portaria aborda especificamente a

desinstitucionalização de casos de internação contínua por mais de um ano.

Contudo, a falta de projetos que promovam o retorno à vida em sociedade e a escassez de iniciativas acaba tornando a permanência nas CT's e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) a única perspectiva viável. Isso cria um ciclo que se fecha facilmente, resultando em reclusão e isolamento prolongados. O que se observa é uma tendência à perpetuação da institucionalização, com pouca ênfase no planejamento para o retorno à sociedade, em parte devido à escassez de profissionais capacitados para essa tarefa, reforçando, mais uma vez, o caráter asilar do modelo.

Segundo o Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (RINCT), “tais instituições oferecem um modelo de tratamento contrário aos princípios da Reforma Psiquiátrica, reproduzindo algumas das piores práticas do modelo manicomial, ao isolar as pessoas do convívio social e praticar violações sistemáticas de direitos” (86, p. 22). Essas questões não são exclusivas do Brasil. Um relatório da Open Society Foundations de 2016 (87) revelou que o modelo asilar e as práticas abusivas durante internações também ocorrem em outros países do continente, como Colômbia, Guatemala, México, Porto Rico e República Dominicana.

Desde 2016, a ascensão de grupos conservadores e ultraliberais no poder tem provocado mudanças significativas na organização e no direcionamento ideológico da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Para Moreira & Passos (26) o pensamento conservador se manifesta como uma forma de existência que propõe um ideal específico de ser e agir. Esse ideal, amplamente almejado socialmente, implica a rejeição ou até mesmo a eliminação de tudo aquilo que não se alinha a esse modelo, reforçando padrões excludentes e limitantes.

Nesse contexto, propostas legislativas como o PL 1741/2023, de autoria do Deputado Alfredo Gaspar (UNIÃO/AL), que prevê a internação obrigatória de autores de crimes hediondos por prazos mínimos de sete anos (para casos de violência ou grave ameaça) ou quinze anos (quando há resultado morte), e o PL 2851/2023, do Deputado Kim Kataguirí (UNIÃO/SP), que estabelece um prazo máximo de 30 anos para internações em hospitais de custódia, condicionando a liberação à avaliação de cessação da periculosidade por laudo médico, refletem esse pensamento. É preciso compreender que tais medidas ignoram aspectos fundamentais relacionados às vulnerabilidades sociais, bem como as questões raciais e de gênero que marcam a realidade da população brasileira, contribuindo para a manutenção de desigualdades e o afastamento de uma abordagem inclusiva e equitativa em saúde mental. (13, 41)

Esses aspectos vão na contramão das proposições da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e representam um retrocesso significativo nos avanços alcançados, especialmente no

modelo de desinstitucionalização defendido. Desse modo, é aberto um campo de reflexão, inclusive quanto à implicação política da desinstitucionalização: “há muitos desafios a serem enfrentados quando se discute relações raciais, mas a experiência tem revelado que, de fato, esta é uma genuína experiência de formação política” (89, p. 170)

Apesar da RPB tomar por referência o conceito da desinstitucionalização, numa perspectiva de desconstrução do modelo manicomial e de transformação das relações de poder para que os pacientes se tornem sujeitos ativos e não meros objetos de intervenção, as intervenções políticas para o cuidado integral e de base territorial não podem ser “um grande reflexo dos navios negreiros”(90, p. 19).

Apontamos o risco do modelo de cuidado que ignora a multicausalidade associada ao processo de desinstitucionalização. Considera-se que os avanços das políticas de saúde/saúde mental ancoradas na luta antimanicomial e nas reformas sanitária e psiquiátrica já trazem uma série de elementos capazes de dar visibilidade e ferramentas de intervenção no tocante às demandas referentes à população negra. No entanto, o grande desafio reside em encontrar um equilíbrio entre o processo de desinstitucionalização e a oferta de cuidados adequados e acessíveis, que atendam de forma eficaz às necessidades das pessoas que demandam suporte contínuo em saúde mental. (28)

3.1.5 Levar o *Outro* à experiência da loucura e o lucro com a desumanização

Diante do cenário de ascensão de comunidades terapêuticas (CT's) e a retomada de violações de direitos humanos nestas instituições, considerou-se necessário uma análise através do fenômeno da medicalização da vida desde o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (RINCT), documento elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (86).

Buscaremos refletir sobre como os corpos negros historicamente foram e ainda são submetidos ao uso, controle, isolamento, medicalização e abandono por meio do diagnóstico psiquiátrico. Abordaremos o processo de medicalização numa perspectiva plural dos cuidados dispensados a pessoas negras, entendendo também que nossa sociedade classifica como loucura comportamentos que fogem dos interesses do sistema capitalista e racista; a medicalização da vida e de corpos negros aparece como parte integrante da lógica de enclausuramento e violência racial. (70)

Assim, elaboramos duas questões norteadoras e relevantes para a discussão do assunto: quais são as éticas que sustentam os discursos que justificam a transposição de questões sociais para a esfera médica e que a tornam aceitável? O Estado poderá fornecer outras respostas,

deslocando-se do eixo da medicalização, diante do ciclo de desvantagens em que os corpos negros estão mergulhados?

A existência de múltiplos conceitos de medicalização, as vezes incompatíveis entre si, nos encaminha para a escolha de uma definição que encaminha para o entendimento das complexas interações entre saúde e sociedade. Adotamos o conceito de medicalização da vida proposto por Ivan Illich (91), que explora o fenômeno sob três perspectivas principais:

A medicalização da vida é má por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. (91, p. 6)

Assim, nos ocuparemos com o segundo motivo, o qual se relaciona com as perspectivas do estudo. Segundo Camargo Jr. (92), a contemporaneidade é marcada pela expansão do mercado farmacêutico e pela “colonização” da vida humana pelos produtos farmacológicos. Williams et al. (2011, apud Camargo Jr., p. 845) observam que é impossível discutir a medicalização sem abordar a farmacologização, que definem como a transformação de condições, capacidades e potencialidades humanas em oportunidades para intervenções medicamentosas. Assim, a farmacologização se destaca por não exigir um diagnóstico médico para justificar o uso de certos medicamentos, refletindo o fenômeno crescente do consumo de remédios sem indicação terapêutica específica (Williams et al. 2011, apud Camargo Jr., 2013, p. 845).

A farmacologização complementa os processos de medicalização com o objetivo de alcançar uma “supernormalidade” por meio da tecnologia farmacológica (92). Esse processo cria identidades em torno do consumo de determinados medicamentos, reforçando a ideia de que “para cada problema, há um comprimido”, e ampliando o mercado farmacêutico para além dos contextos tradicionais.

Para Passos (27), a medicalização, a patologização e a farmacologização dos corpos e subjetividades negras representam estratégias permanentes de silenciamento, reatualizando antigas práticas coloniais. Magno (93) em seu estudo “*Sujeitas-Haldol*”: *um estudo sobre o uso da camisa de força química como docilização de corpos no cárcere* revelou que, das 1.591 detentas medicadas, a maioria são mulheres negras e de baixa escolaridade. Além disso, aponta que a prescrição de psicofármacos, calmantes e soníferos é praticamente padronizada para todas elas (93). Tanto Passos (27) quanto Magno (93) consideram que esse quadro demonstra a

continuidade do controle colonial, agora materializado pelo complexo industrial-prisional-manicomial-farmacêutico.

De outro modo, a pesquisa de Passos (27) examina os impactos da violência armada na saúde mental de mulheres negras (especialmente mães) que sofrem violência de Estado, trazendo à tona uma reflexão indispensável. Observa-se que a resposta do Estado à violência social que ele próprio gera é, em grande parte, baseada na medicalização. Em outras palavras, além de provocar sofrimento, o Estado impõe uma intervenção sanitária que oculta os efeitos de uma sociedade opressiva e sustentada pela exploração das populações mais vulneráveis.

Em outros contextos o fenômeno se perpetua. Segundo o RINCT (86), foi evidenciado a ausência tanto de laudo médico como de comunicado ao Ministério Público de pacientes internados nas CT's. As ilegalidades ligadas a estas instituições poderiam inclusive configurar crime de cárcere privado qualificado, tipificado no art. 148 do Código Penal (52).

Nesse sentido, como heranças coloniais, as CT's acabam por manter a função de encarcerar “o contingente sobranete, deformante, ausente de valor, corrosivo e irracional transformando-se no maquinário de adequação/ajuste e extermínio” (27, p. 92). Logo, esta instituição serve de sustentação da “zona do não ser” e manutenção das estratégias de reprodução do “homem universal”.

A redução da proteção e a priorização dos interesses privados da indústria farmacêutica resultam em um modelo de 'desenvolvimento' que, persistentemente, ocorre às custas de vidas negras institucionalizadas. Para Passos (27), esse modelo tem servido como uma justificativa para a subalternização e a criminalização das diferenças, que foram transformadas em doenças ao serem medicalizadas e patologizadas.

De acordo com um relatório elaborado pela empresa indiana Mordor Intelligence, o mercado global de medicamentos antipsicóticos foi estimado em US\$ 16,15 bilhões em 2023, com projeção de crescimento para US\$ 24,36 bilhões até 2030, registrando uma taxa de crescimento anual composta de 6,1% no período de 2024 a 2030 (166). Enquanto a OMS aponta que menos de 2% do orçamento global de saúde é destinado a iniciativas voltadas à saúde mental, sendo que a maior parte desses recursos é direcionada para a aquisição de medicamentos e internações hospitalares, em detrimento de estratégias comunitárias e preventivas. Esse cenário evidencia uma priorização da lógica de mercado em detrimento do cuidado integral, na qual a medicalização do sofrimento psíquico prevalece como resposta predominante, enquanto intervenções psicossociais eficazes e o fortalecimento das redes de apoio social continuam subvalorizados. (167)

É importante destacar que o processo de medicalização, de maneira ampla, exerce

controle sobre a população por meio do sistema médico, o que gradativamente diminui a autonomia dos indivíduos. Essa dinâmica é intensificada pelas condições sociais e econômicas precárias em que muitos estão inseridos, influenciando de forma determinante a maneira como lidam com o processo saúde-doença. Embora as prescrições sejam, em algumas situações, uma medida necessária nos tratamentos de saúde, seu uso deve seguir regulamentações estritas, respeitando a Lei da Reforma Psiquiátrica e outras normativas direcionadas à prevenção de práticas que possam ser consideradas tortura. Adicionalmente, é imprescindível que essas práticas estejam em conformidade com as orientações dos conselhos profissionais e com as Portarias estabelecidas pelo Ministério da Saúde. (141)

Para Passos (27), a proposta radical de Reforma Psiquiátrica pautada na Luta Antimanicomial “ganha fôlego a partir dos anos 2010 com a entrada massiva de novos protagonistas, principalmente na mobilização dos coletivos e movimentos antimanicomiais” (27, p. 97). Conforme analisado pela autora, a Luta Antimanicomial vai além das Reformas Psiquiátricas realizadas em diversos países, que se limitaram a mudanças nos modelos assistenciais e legislativos. Esse movimento busca questionar profundamente os fundamentos da psiquiatria tradicional, abrangendo seu aparato institucional, legislativo, social, cultural, ético e econômico, que historicamente sustentaram o saber-fazer psiquiátrico. Nesse contexto, a Luta Antimanicomial é concebida como parte de um projeto de sociedade fundamentado na liberdade, na emancipação humana e em transformações radicais. Para tanto, é essencial resgatar seu caráter comunitário e revolucionário como eixo central de sua atuação.

No caso das CT's , é relevante destacar, em consonância com Passos (27), que as violações de direitos devem ser interpretadas além da perspectiva de um sofrimento individualizado. Essas violações precisam ser analisadas como manifestações de um processo de adoecimento psicossocial enraizado em uma sociedade que, por sua própria estrutura, contribui para a perpetuação desse sofrimento coletivo.

De acordo com dados do Desinstitute (41), embora haja uma orientação oficial para a implementação de ações ambulatoriais em saúde mental, observa-se, de forma indireta, uma ampliação das brechas que favorecem a priorização de recursos voltados para a contenção dos sintomas, em detrimento do cuidado integral e da reabilitação psicossocial das pessoas. Nesse contexto, o estudo ressalta a importância de refletir sobre como antigas estratégias de controle dos corpos são reconfiguradas sob um discurso de modernização e avanço tecnológico. Essas reflexões evidenciam a necessidade de que as decisões relacionadas à implementação e expansão da rede de saúde mental sejam debatidas tanto pela sociedade quanto pelo Estado, transcendendo uma abordagem meramente técnico-assistencial e assumindo uma perspectiva

ético-política. Se, por um lado, a reprodução dos mecanismos de controle precisa ser fortemente questionada, por outro, torna-se essencial investir no desenvolvimento de tecnologias de cuidado que estejam alinhadas à garantia de direitos e à promoção da autonomia dos sujeitos.

Contudo, na realidade brasileira não é possível realizar uma leitura bioético-política da saúde mental sem levar em consideração toda a influência eugênica e racista. O fenômeno da medicalização acaba desresponsabilizando a sociedade e os indivíduos de seus comportamentos, transformando o que é da ordem política, moral e existencial em fenômenos tratados como doença. (94) Reunimos alguns dos aspectos ligados às questões raciais que consideramos mais relevantes, tendo como base os modos de medicalização da vida para a continuidade da luta que objetiva “não permitirmos a reprodução da morte física e subjetiva daqueles/as que sempre ocuparam/ocupam os manicômios brasileiros: a população negra” (27, p. 98). Já que nos baseamos em um grupo limitado de autores, reconhecemos o risco de deixar de mencionar nomes relevantes; no entanto, acreditamos que essa ausência não prejudicará a argumentação geral que pretendemos construir.

3.1.6 Sobre o trauma psicossocial coletivo: desumanização e vulnerabilidade

Descubro-me um dia no mundo e reconheço a mim mesmo um único direito: o de exigir do outro um comportamento humano. (8, p. 240)

Consideramos relevante a releitura de uma condição específica detalhada na literatura. Para isso, usamos um recorte histórico para estabelecer pontes necessárias aos arranjos da política pública de saúde mental para pessoas negras no Brasil. O objetivo deste tópico é tensionar outros níveis de sofrimento psíquico da população negra. Não pretendemos patologizar esses sofrimentos, mas lembrá-los em favor de uma construção de novas memórias de reconhecimento de si e romper com o ciclo que transforma normas morais em normas biológicas. Entendemos que a apreensão dos fenômenos sociais como patologia acaba negligenciando a nomeação de outros fenômenos da nossa estrutura social. Se o sofrimento possui nomes, esses nomes são muito mais fenômenos culturais e históricos do que simples manifestações biológicas. (95)

Ana Maria (96) traz em uma de suas publicações, intitulada *Escravidão e Nostalgia no Brasil: o Banzo*, o desenho do início do discurso em âmbito acadêmico sobre aquilo que se chamou de nostalgia. Segundo a autora, “a melancolia dos escravos surgia desde a imaginação dos negros das violências que os esperavam durante o período da escravidão.

O africano era afetado por uma patética paralisação da vontade de viver, uma perda

definitiva de toda e qualquer esperança. Faltavam-lhe as energias, e assim ele, silencioso no seu desespero crescente, ia morrendo aos poucos, se acabando lentamente. (97, p. 71)

Diante desses fundamentos, não se pode deixar de lado a interação entre o banzo e as consequências de uma diáspora forçada que engendrava, não raro, a profunda tristeza dos africanos escravizados. Segundo Martín-Baró (1990, apud Passos, p. 102), com base na experiência de El Salvador, os indivíduos são produtos históricos, e uma guerra prolongada afeta profundamente suas maneiras de ser e agir. Esse impacto é descrito pelo autor como "trauma psicossocial". O trauma psíquico refere-se a uma experiência individual difícil ou excepcionalmente intensa, dolorosa e frustrante. Já o trauma social é entendido como um processo histórico que afeta uma população inteira. A noção de trauma psicossocial contribui para compreender o caráter profundamente dialético das feridas geradas pela vivência prolongada de uma guerra. Essa conceituação busca identificar que tanto a ferida quanto seus efeitos estão vinculados à experiência única de cada pessoa, influenciada pela estratificação social, nível de participação no conflito e outras características de sua personalidade e história de vida. (27, 160)

Dessa forma, o trauma psicossocial só pode ser compreendido quando se leva em conta as relações sociais em sua totalidade. Isso implica reconhecer que ele é atravessado por diferentes formas de exploração e opressão, que incluem dimensões como gênero, raça, classe, sexualidade, território, nacionalidade e geração, entre outras. Nesse contexto, destacam-se dois aspectos fundamentais: primeiro, o fato de que o trauma é gerado socialmente, ou seja, suas origens não estão só no indivíduo, mas nas estruturas e dinâmicas da sociedade; segundo, sua natureza é continuamente alimentada e sustentada pela interação entre o indivíduo e a sociedade, uma relação que é mediada por diversas instâncias, sejam elas institucionais, grupais ou individuais. (160)

Esta foi e continua sendo atualmente a consequência da privação extrema de direitos e, sobretudo, do apagamento das memórias e identidades negras. A melancolia, tristeza e desespero experimentados pela população negra são manifestações de uma profunda angústia emocional causada pela negação de sua humanidade e pela perda de conexões culturais, familiares e sociais com suas terras de origem. Tudo isso é resulta em trauma coletivo vivido pela população negra.

Segundo Oliveira (98), além dos danos objetivos causados pelo racismo em nossa sociedade, comunidades negras em áreas onde a violência se manifesta intensamente, frequentemente se veem forçadas, como uma estratégia de sobrevivência psíquica, a modificar

suas atitudes subjetivas em relação à vida. Diante de experiências que comprometem a possibilidade de conceber o bem viver e a integridade da condição humana, essas comunidades acabam também precisando ajustar suas reações frente às mortes trágicas, que se tornam banais, resultando em sofrimento psíquico.

Uma análise interseccional através de algumas referências deste estudo permite reconhecer e identificar que, devido ao racismo estrutural e ao sexismo, as mulheres negras enfrentam restrições de acesso a oportunidades de emprego, educação e cuidados de saúde. Essa situação é agravada pelas elevadas taxas de violência de gênero, incluindo violência doméstica, agressão sexual e outros tipos de violência (47, 27, 77).

O sofrimento psicológico insuportável leva alguns de nós ao desespero, considerando o suicídio como uma forma de escapar da dor emocional e da opressão do sistema. Não é apenas um estado de tristeza temporária, mas uma condição crônica e debilitante que atravessou a barreira do tempo e ainda se faz presente na nossa sociedade contemporânea. (99)

Nenhum povo que passasse por isso como sua rotina de vida, através de séculos, sairia dela sem ficar marcado indelevelmente [...] Descendentes de escravos e de senhores de escravos seremos sempre servos da malignidade destilada e instalada em nós, tanto pelo sentimento da dor intencionalmente produzida para doer mais, quanto pelo exercício da brutalidade sobre homens, sobre mulheres, sobre crianças convertidas em pasto de nossa fúria. (100, p. 108)

Nós negros estamos marcados por memórias e heranças que ultrapassaram a barreira do tempo, trazendo consequências do sofrimento emocional e psicológico. Neste sentido, as formas de violências vivenciadas na atual conjuntura já não se apresentam através de atos declarados, como aqueles nos séculos passados que causaram dor física e morte ao africano escravizado. Aqui, “o Banzo perpassa o tempo linear da história, o Banzo é então ancestral, na medida em que a representação real da condição existencial do Ser-Negro perdura” (101, p. 53)

É por negarem a nossa cultura, alienarem a nossa identidade negra e persistirem em afirmações negativas em relação ao nosso ser/corpo, é que buscamos nos apropriar desse debate na busca por um direcionamento bioético-político que favoreça desfechos menos negativos das múltiplas interdições do Estado no corpo negro e, sobretudo, viabilizem a nossa condição de existência humana. Utilizaremos a Bioética de Intervenção como uma ferramenta teórica pois esta se pauta em uma transformação social que busca enfrentar situações de exclusão, visando oferecer voz e poder de decisão a indivíduos e grupos vulneráveis. Ao reivindicar politicamente por direitos, equidade e justiça, essa abordagem permite uma reflexão sobre quais princípios éticos podem sustentar uma consciência libertária, essencial para alcançar a justiça equitativa e

o bem viver das populações vulneráveis. (102)

3.2 BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO, BIOÉTICA DE PROTEÇÃO, COLONIALIDADE E APONTAMENTOS ÉTICO-POLÍTICOS

3.2.1 Diálogos iniciais para a Bioética de Intervenção

A Bioética surgiu num contexto controverso das práticas e intervenções humanas em nome da ciência. De forma sistemática, a partir da década de 1970, os debates sobre a continuidade de experimentos danosos à saúde humana moldaram as bases de reflexão. A Segunda Grande Guerra e os eventos que dela emergiram fizeram da disciplina o ponto de apoio para investigar e enunciar as consequências das ações humanas. (28)

Com a nova perspectiva de questionar eticamente essas ações, tornou-se relevante a incorporação de princípios éticos na produção e aplicação do conhecimento, pretendendo evitar a violação dos direitos dos sujeitos envolvidos nesse processo. Porém, para avaliar eticamente as demandas no contexto da América Latina foi necessário expandir o olhar diante do contexto econômico e social desta região. (28)

Segundo Schramm e Kottow (103), os quatro princípios da Bioética Principlista (autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça) se tornaram tão populares entre os pensadores que buscavam adaptar estes princípios mesmo quando o debate bioético se relacionava a contextos coletivos. Porém, discutir problemas coletivos com abordagens focadas no indivíduo limitava o campo de análise da bioética. Foi necessário ampliar o discurso para “desenvolver uma compreensão realista do conhecimento biológico e de suas limitações com a finalidade de apresentar recomendações no campo das políticas públicas”(104, p. 31).

Assim, para além da fase acrítica de reprodução da Bioética Principlista, predominantemente promovida pelos países centrais, a bioética começou a incorporar em seu referencial teórico e político temas como exclusão social, vulnerabilidade, guerra, paz, racismo, saúde pública, entre outros, passando a contribuir de forma concreta para essas questões. Essa nova orientação da bioética foi resultado da reflexão de estudiosos dos países periféricos que construíram a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH), aprovada em 2005, que passou a abordar temas sociais e ambientais que antes eram negligenciados. (105,106)

A Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (105) estabelece diretrizes e princípios amplos com o objetivo de fornecer um enquadramento universal que oriente os Estados na criação de legislações, políticas e outros instrumentos relacionados à

bioética. Além disso, a declaração busca guiar as ações de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas, tanto públicas quanto privadas. Entre seus principais objetivos, destaca-se a contribuição para o respeito à dignidade humana e a proteção dos direitos humanos, garantindo a preservação da vida e das liberdades fundamentais de acordo com o direito internacional. A declaração também reconhece a importância da liberdade de pesquisa científica e dos benefícios dos avanços científicos e tecnológicos, ressaltando que tais atividades devem estar em consonância com os princípios éticos estabelecidos, respeitando a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais.

Para além, o texto incentiva o diálogo transdisciplinar e pluralista sobre questões de bioética, promovendo o acesso equitativo aos avanços nas áreas da medicina, ciência e tecnologia. Também destaca a importância de proteger os interesses das gerações atuais e futuras, enfatizando a preservação da biodiversidade como uma preocupação compartilhada por toda a humanidade. (106)

Contudo, antes da aprovação da DUBDH, algumas publicações na América Latina já anunciavam a necessidade de ampliação do debate bioético. É desse contexto que surge a Bioética de Intervenção (BI) com a proposta de “politização dos problemas morais advindos da condição vulnerada da maioria das populações da América Latina e do hemisfério Sul como um todo, com ênfase no Brasil” (28, p. 57).

Portanto, prestar atenção específica aos desafios persistentes no Sul, se faz necessária uma análise crítica do contexto político, econômico e social dessa região, visando identificar elementos suficientes para avaliar os conflitos bioéticos que afetam a vida dos diversos grupos populacionais em seus múltiplos aspectos. Além disso, é fundamental considerar o compromisso ético de evitar ações que possam aumentar a vulnerabilidade daqueles que já carregam o peso da herança escravista-racista-nacional. (106)

3.2.2 Controvérsias teóricas e o compromisso com os vulneráveis: sobre as bases utilitaristas da BI

A Bioética de Intervenção (BI), como uma proposta teórica e prática que busca "uma aliança concreta com o lado historicamente mais frágil da sociedade" (107, p.131), tem como objetivo reavaliar dilemas como mudanças superficiais em contraste com transformações concretas e duradouras. Nesta seção, abordaremos algumas dessas ideias que considero essenciais para entender a relação entre a BI e a ação humana em sua dimensão política. Essa análise inclui uma reflexão crítica sobre as bases utilitaristas da BI, sem desconsiderar o contexto sócio-histórico-político-legislativo da RPB e da Luta Antimanicomial.

Em um de seus textos fundamentais, a Bioética de Intervenção (BI) é descrita como "uma proposta que, rompendo com os paradigmas vigentes, reinaugura um utilitarismo voltado para a busca da equidade entre os diferentes segmentos da sociedade" (108, p. 14), ou seja, baseando-se politicamente no utilitarismo, o compromisso da BI é propor um caminho para combater a desigualdade por um mecanismo teórico de tomada de decisões coletivas em prol da equidade, combinado com uma noção específica de solidariedade.

Para além da discordância do que é *útil*, para os seus principais representantes, Jeremy Bentham (1748- 1832) e John Stuart Mill (1806-1873), o conceito de utilitarismo é uma doutrina de ação que utiliza diferentes formulações do princípio da utilidade como referência para orientar a tomada de decisões que impactam a esfera coletiva. (28)

Por um lado, podemos utilizar o princípio utilitarista a partir da seguinte questão: o que é bom (o útil) para a construção de uma práxis política? Se observarmos através da perspectiva de Vázquez (109) que diz que "o utilitarismo pretende ser mais exatamente a superação de ambas as posições extremas e unilaterais", diante da constatação do cenário emergente de ascensão de forças antidemocráticas, expressões de intolerância em diversos setores da vida social, ideologias e ações fascistas e retrógradas (26), nota-se que o utilitarismo pode ser uma ferramenta para que situações de exclusão social não se perpetuem.

Porém, algumas críticas ao utilitarismo surgem como pontos relevantes de reflexão. Na tentativa de oferecer ferramentas consistentes para pensar, avaliar e sugerir alternativas aos dilemas bioéticos da América Latina, a Bioética de Intervenção (BI) propõe, no campo coletivo e público, a priorização de políticas e decisões que favoreçam o maior número de pessoas pelo maior tempo possível, buscando as melhores consequências para o coletivo. Esta também reconhece a necessidade de considerar circunstâncias individuais, permitindo exceções que devem ser discutidas pontualmente. (28)

O princípio utilitarista, porém, enfrenta sérios desafios em sua aplicação. Em uma sociedade marcada por divisões de classe, a ideia de beneficiar o "maior número possível" se choca com barreiras impostas pela própria estrutura social. Vázquez (109) destaca que o utilitarismo, ao desconsiderar as condições histórico-sociais em que seus princípios são aplicados, ignora que, em sociedades fundamentadas na exploração de uns pelos outros, a felicidade da maioria está inevitavelmente atrelada à infelicidade que a sustenta. Em outras palavras, "a felicidade da minoria (colonizadores) é construída sobre a infelicidade da grande maioria (colonizados)" (109, p. 171).

Embora a BI enfatize que esse não é um utilitarismo qualquer, mas um utilitarismo voltado para a equidade (110,112), se recorrermos ao discurso do contrato racial que, segundo

Carneiro (46), sustenta que a “legitimidade do governo é afiançada pelo consentimento de indivíduos considerados iguais” (46, p. 34), entendemos que uma noção concreta de equidade se torna contraditória em um contexto onde a particularidade do contrato racial reside no fato de ser exclusivo aos racialmente homogêneos. Nesse arranjo, a violência racial contra os que são racialmente diferentes é um pilar fundamental que mantém o contrato, relegando os "diferentes" ao estado de natureza. (46)

Ademais, Mills (111) nos aponta que, diante de um contrato social ideal e supostamente neutro, o contrato racial estabelece:

Uma sociedade organizada racialmente, um Estado racial e um sistema jurídico racial, onde o *status* de brancos e não-brancos é claramente demarcado, quer pela lei, quer pelo costume. E o objetivo desse Estado, em contraste com o estado neutro do contratualismo clássico, é, *inter lia*, especificamente o de manter e reproduzir essa ordem racial, assegurando os privilégios e as vantagens de todos os cidadãos integrais brancos e mantendo a subordinação dos não-brancos. (111, p. 13)

Concordamos com Nascimento (28) que, paradoxalmente, a proposta da equidade parte do desnível entre os racialmente homogêneos e os racialmente diferentes e “tem a perspectiva de reduzir a desigualdade para que elas estejam homogeneamente equiparadas em termos de igualdade”(28, p. 296). Assim, essa percepção racional da desigualdade e da vulnerabilidade é profundamente influenciada pela ideia de uma homogeneidade que possibilita a tomada de decisões consideradas adequadas em prol dos vulneráveis (28).

Veríamos aqui uma infração ética a um dos quatro P’s da BI, a proteção aos vulneráveis. A BI sugere os conceitos de prevenção, proteção, precaução e prudência como diretrizes fundamentais para orientar ações, introduzindo novas categorias na análise de dilemas éticos que não possuem caráter universal (112). A prevenção refere-se à minimização de danos, a precaução à avaliação segura dos riscos frente ao desconhecido; a prudência busca ponderar as variáveis envolvidas nas ações com relação aos avanços da ciência, e a proteção que, pressupondo a vulnerabilidade humana e a suscetibilidade dadas nas relações, procura estabelecer ações que possibilitem promover efeitos positivos e minimizar a possibilidade de efeitos negativos que atinjam grupos vulneráveis. (112)

Analisando a trajetória da população negra brasileira em uma perspectiva política e social permeada de negligências e de moralidades que a sufocam em inúmeras instâncias, buscamos, assim como Schramm et al (103), “um ‘mínimo’ moral indispensável para que exista vida social organizada, capaz de dirimir os conflitos que emergem nela e por ela, e vida intra-subjetiva e intersubjetiva, merecedora de atenções especiais devido à sua fragilidade.” (103, p.

25)

Logo, a BI apresenta-se como uma ferramenta indispensável para encaminharmos compromissos bioéticos com as populações historicamente desprivilegiadas e vulnerabilizadas, já que também emerge da articulação fundamentada na solidariedade. A inclusão da solidariedade como princípio nesta abordagem representa uma proposta descolonizada. Segundo Nascimento (5), “buscar a equidade não significa agir em nome dos mais vulneráveis de acordo com o que julgamos ser mais adequado, mas construir, com eles, um espaço onde as diferenças não sejam hierarquizadas” (5, p. 296). A solidariedade crítica que a BI propõe visa “evitar a armadilha colonial de sermos solidários apenas em benefício próprio, ou seja, agindo em função dos nossos próprios interesses. A crítica aqui é também uma autocrítica, pois nossos posicionamentos e interesses também estão em questão” (5, p. 297).

É nesse contexto e alinhado a essas ideias que a BI se apresenta como um campo para integrar de maneira harmônica as ações políticas, os processos de justiça, direitos, mobilizações e lutas sociais às tomadas de decisão no campo da saúde mental da população negra.

3.2.3 Aproximações necessárias no campo da Bioética: a noção de quilombo e o conceito de solidariedade para a práxis político institucional

Visando construir pontes para o processo reflexivo a respeito da saúde mental da população negra, consideramos expandir os diálogos provenientes da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) sabendo das abrangências que esta reuni das realidades vividas no Sul global (105). Logo, sentimos a necessidade de aproximarmos outros conceitos às noções desses princípios a fim de tornar robusto o debate sobre a concretização das atitudes e ações estratégicas das instituições públicas de saúde que visam o enfrentamento das iniquidades em saúde, sobretudo, o enfrentamento do racismo estrutural.

Decidimos iniciar esse diálogo através do princípio da solidariedade crítica deixando de tratar o conceito apenas como um ideal moral abstrato em nossa sociedade. Realizamos algumas conexões dos saberes iorubá e da noção de quilombo através de uma reunião bibliográfica, na tentativa de fazer pensar outros modos como os gestores em saúde poderão desenvolver as ações estratégicas e políticas no âmbito da saúde/saúde mental da população negra.

Nesse ínterim, notamos que o princípio da solidariedade nem sempre foi compreendido dessa forma, sendo frequentemente confundido com conceitos como o sentimento religioso de “amor ao próximo”, a filantropia ou o ideal de fraternidade. O que diferencia esses conceitos da solidariedade crítica é, sobretudo, a forma como ela se manifesta na gestão política (113).

Selli e Garrafa (114) ampliam o campo da solidariedade ao inferir que:

A solidariedade, com a função de orientar as condutas das pessoas, é entendida como solidariedade crítica, ou seja, solidariedade comprometida, interventiva – que visa à transformação social na busca de políticas públicas democráticas e equitativas –, e produz mudanças nos níveis individual e coletivo. (114, p.32).

Segundo Selli (114), a adjetivação crítica está relacionada à habilidade do indivíduo em discernir, ou seja, em adotar critérios que o auxiliem a identificar as dimensões social e política intrinsecamente presentes na relação solidária. Dessa forma, a solidariedade não se limita a ser apenas uma relação característica da sociedade civil. Pelo contrário, incorpora um componente político que tem o Estado como referência. A compreensão dessa dimensão política, associada à cidadania e à capacidade de atuar ativamente na formulação de políticas públicas, também define essa característica crítica.

Essa ferramenta é apresentada por Selli (114) numa visão onde a participação dos agentes da ação (aqui nos referimos aos gestores em saúde) é comprometidamente politizada, ativa e voltada ao benefício coletivo. Com isso, o conceito também nos orienta na busca da construção de condições que promovam a democratização efetiva do Estado em todas as suas dimensões, com destaque, nesse caso, para a área da saúde/saúde mental.

Segundo o *Dicionário Latino Americano de Bioética*:

[...] La solidaridad constituye una actitud de estar con quien sufre y actuar a favor de alguien que está necesitado. Este compromiso humano caracteriza reciprocidad y remite la igualdad de todos los humanos como sufridores vulnerables y necesitados. (115, p. 62)

Diante da premissa, percebemos que o significado de solidariedade vai muito além. Traz também a perspectiva do “viver consciente”, ou seja, significa buscar estar consciente de tudo o que sustenta nossas ações, propósitos, valores e objetivos. Contudo, implica também engajar-se em uma reflexão crítica a respeito do mundo em que vivemos e conhecê-lo mais intimamente. O “buscar estar consciente” atrai a ideia de compromisso. E a ideia de compromisso, convida os seres a participar, integrar-se à comunidade, ao coletivo, à sociedade (113, 57).

No que tange à vulnerabilidade humana, Lima e Paz (99) nos recordam o tal enfoque ao observar que os sujeitos negros, historicamente excluídos da plena experiência de cidadania e humanidade, vivenciam uma violência contínua que não depende de transgressões morais, éticas ou legais. Essa violência é experimentada não pelas ações dos indivíduos, mas pela sua própria identidade. Fátima Oliveira (98) complementa essa reflexão, destacando que viver sob a opressão de gênero e raça/etnia nas sociedades contemporâneas implica uma cidadania de segunda classe e uma condição de dominação, o que resulta na limitação da autonomia e da

liberdade dos indivíduos. Nesse contexto, tanto a solidariedade crítica quanto a perspectiva da Bioética de Intervenção se apresentam como abordagens importantes para uma gestão em saúde que esteja verdadeiramente comprometida com as transformações da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Luta Antimanicomial, desafiando estruturas e dinâmicas que buscam perpetuar a destruição e a violência (27).

Quanto à população negra e às experiências diaspóricas, acrescentamos que se torna relevante pensar não somente no conceito de quilombo que, segundo Beatriz Nascimento (55) “recebe o significado de instrumento ideológico contra as formas de opressão” (55, p. 46), mas nos valores que são potenciais para a comunhão entre ação e resultado da intervenção política. Nesta perspectiva, encontramos o sentido da emancipação para as(os) sujeitas(os) negras(os). A experiência de multiplicação dos valores do quilombo poderá tornar possível a construção de percepções que levam aqueles que recebem essa ação a reconhecer sua identidade e a se conectar com as comunalidades que os antecederam (116). Esse processo também favorece o fortalecimento do "senso de pertencimento, conexão afetiva, agregação comunitária, dignidade e existência" (116, p. 1002), elementos essenciais para o bem viver do “nosso” povo.

Entretanto, sustentada pelas estruturas de dominação como o capitalismo e o patriarcado, nossa sociedade nos estimula no distanciamento da comunidade. Notamos, às vezes conscientes ou não, que estas estruturas nos enclausuram através da alienação e das possibilidades de abusos de poder que emergem dessas estruturas (57).

Emiliano David (117), em sua publicação *Saúde Mental e Relações Raciais: desnoteamento, aquilombação e antimanicolonialidade*, argumenta que resgatar os quilombos como uma metáfora viva é uma maneira de radicalizar as relações nas diferenças, com o objetivo de alcançar a liberdade. Essa memória dos quilombos, possui uma potência que ele denomina como ideia-força psicossocial, capaz de orientar as ações humanas. Essa ideia-força serve como um alicerce para promover transformações nas políticas de saúde mental, reforçando a importância de uma abordagem que busque a equidade racial, combata o racismo estrutural e promova uma saúde mental verdadeiramente inclusiva e libertadora. Assim, as políticas e práticas orientadas por essa memória ativa dos quilombos podem fundamentar um movimento de resistência e transformação das estruturas que historicamente perpetuaram a exclusão e a violência contra a população negra.

Logo, embora a concepção de quilombo tenha sido tradicionalmente vinculada a uma estratégia de resistência política e simbólica, usada para nomear aqueles que se recusaram a se submeter à opressão colonial e foram impedidos de ter direitos de propriedade sobre a terra, neste estudo, compreendemos esse fenômeno como uma poderosa forma de reafirmar e resgatar

nossa identidade, as possibilidades de existir e as ações transformadoras. O processo de aquilombamento (ou seja, o processo de possibilitar o direito da existência, de se tornar sujeita(o) que usufrui de seus direitos) fortalece o princípio da solidariedade que sustentam as comunalidades (116).

Neste entrelaçamento de teorias e vivências, buscamos conectar estes saberes de solidariedade crítica e quilombo às ações estratégicas adotadas pelos gestores de saúde, com o objetivo de promover uma abertura para novos modos de saber, fazer, pensar e cuidar. Isso envolve considerar a singularidade de cada sujeita(o) atendida(o) em seus diversos contextos, respeitando seus direitos humanos e sociais. Além disso, é essencial atender ao princípio da equidade racial, tanto nas condições de vida da população quanto nos impactos sobre o perfil de saúde (118).

Entendendo que a bioética é um caminho possível de transição, mobilização e transformação para o enfrentamento do contexto sócio-histórico-político-legislativo e, sobretudo, também uma via para a promoção do “exercício da liberdade individual e coletiva” (66, p. 20), os gestores da saúde, poderão ser orientados para a criação ou reformulação de ações e intervenções que priorizem, de forma radical, o respeito ao pluralismo e a promoção de transformações sociais.

Sabemos que a Política Nacional da Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) tem um papel incalculável na materialização de relações solidárias no âmbito institucional e social. Consideramos que as orientações estabelecidas por elas só poderão ser viabilizadas e implementadas através de uma colaboração mútua entre os gestores em saúde.

Esta política define os princípios, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, focados no aprimoramento da saúde da população negra. Em seus objetivos e nas responsabilidades das esferas da gestão, sobretudo a gestão federal, se estabelece a necessidade de “instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra” (119, p. 31). Portanto esta nota de reflexão segue como *agenc-iyá-mento* para reconfiguração das realidades persistentes geradas do racismo estrutural, na tentativa de enfatizar a capacidade de ação, transformação e renovação (56, 120).

De acordo com Oyèrónké Oyěwùmí (56), a figura de **Ìyá** ocupa uma posição central dentro do sistema social baseado na senioridade, representando o princípio matripotente, isto é, o poder de geração e nutrição das vidas. **Ìyá** não apenas exerce o papel de cuidadora, mas também é uma cocriadora e uma fonte de vida, estando intrinsecamente envolvida nos processos de criação e desenvolvimento. Para a sociedade iorubá, a unidade fundamental de organização social é a relação entre **Ìyá** e sua prole, sendo essa interação a base para todos os vínculos

humanos. A ideia de solidariedade, portanto, não pode existir sem a presença de Ìyá, que, como figura materna e de liderança, desempenha um papel essencial na estruturação e manutenção dos laços sociais.

Essa concepção se diferencia da visão ocidental da família nuclear oferecendo uma nova perspectiva sobre as relações humanas e familiares. Na cultura iorubá, a organização familiar é regida pela senioridade, valorizando a idade dos membros da família, ao invés de características físicas ou distinções baseadas em gênero ou raça. Esse modelo contrasta com as hierarquias ocidentais que muitas vezes são rígidas e excludentes, estabelecendo uma ordem de relações mais fluida e inclusiva (56, 120).

Wanderson Flor do Nascimento (120) também vê em Ìyá um símbolo importante de descolonização, chamando-nos a reconhecer nossas raízes e aprendermos com o passado para transformar o presente. O conceito matripotente, neste contexto, propõe um caminho de descolonização que resgata valores fundamentais para a reorganização da sociedade e da construção do sujeito, promovendo um modelo que desafia as normas coloniais e heteronormativas.

Portanto, ao pensar em ações estratégico-políticas para a saúde mental da população negra, é fundamental incorporar os ensinamentos de Ìyá. Esse princípio de valorizar e respeitar a humanidade das pessoas negras deve ser um guia na formulação de ações que promovam o bem-estar, a justiça social e a equidade (120).

Contudo, bell hooks (57) nos instiga a pensar que não se pode somente internalizar a distância entre valores e práticas, pensamento e ação, pois é da aproximação destes que se pode criar uma sociedade mais justa. Nessa esteira, buscamos incentivar a ética amorosa, na qual significa “utilizar todas as dimensões do amor – cuidado, compromisso, confiança, responsabilidade, respeito e conhecimento” (57, p.130); pois, os gestores em saúde informados por uma ética amorosa poderão considerar relevante pensar criticamente sobre os efeitos das ações assim estabelecidas sobre “as formas como moldam a cultura e influenciam as maneiras como pensamos e agimos” (57, p. 132).

A práxis político-institucional desenvolvida em um contexto diaspórico e com interferências ultraliberais deverá atender a um princípio que prevê equidade e que motiva a auto-organização social e política considerando as conexões dos saberes que emergem do multiculturalismo em nossa sociedade (57, 120).

3.2.4 Bioética de Proteção, estratégia e gestão em saúde: reflexões para (re)pensar

as ações em saúde mental

[...] a luta pelos direitos humanos encontrará no movimento bioético um aliado de grande poder de reflexão e ação, com consciência e disposição de luta para reorientar o desenvolvimento científico rumo à priorização da função social das biociências e, assim, aplinar os caminhos tortuosos, íngremes e difíceis que nos levem a conquistar a verdadeira cidadania. (121, p. 127)

Conforme discutido nos tópicos anteriores, a desigualdade socioeconômica, a discriminação racial histórica e a limitação no acesso a cuidados de qualidade configuram barreiras persistentes que perpetuam disparidades na saúde mental entre diferentes grupos raciais. Embora algumas iniciativas governamentais busquem enfrentar essas questões, torna-se indispensável a intervenção bioética para potencializar o impacto dessas ações e promover uma abordagem mais comprometida. Nesse contexto, a Bioética de Proteção (BP) surge como uma referência essencial, por seu compromisso em resguardar os mais vulneráveis frente às possíveis consequências prejudiciais geradas por agentes morais. Essa abordagem reforça a necessidade de evitar o sofrimento evitável, alinhando-se ao princípio ético fundamental de minimizar danos a todos os seres vivos e não vivos. (127,159)

Segundo Kottow (158), as ações devem ser entendidas como proteções específicas e concretas, tanto no âmbito social quanto no individual, considerando as diferenças inerentes entre os seres humanos em termos de suas condições naturais, materiais e simbólicas. Essas diferenças requerem um pensamento moral que reconheça o estado de desigualdade em que a humanidade historicamente vive. Nesse contexto, a proteção deve ser vista como uma ética voltada para lidar com a desigualdade, envolvendo uma agenda moral que reconheça que os ideais de igualdade e autonomia dependem de um apoio direcionado aos mais vulneráveis, permitindo-lhes avançar em direção à equidade.

A BP apresenta como princípio comum a ideia de "qualidade de vida", que amplia o entendimento da saúde pública. Esta, por sua vez, é definida como um conjunto de disciplinas e práticas voltadas para o estudo e proteção da saúde das populações humanas em seus contextos naturais, sociais e culturais. Nesse sentido, a dupla função da saúde pública – prevenir doenças e gerenciar riscos à saúde, por um lado, e promover estilos de vida saudáveis, por outro – pode ser interpretada como os dois pilares inseparáveis da proteção. Assim, a prática de "proteger" está implícita nas políticas públicas, abrangendo tanto a prevenção do adoecimento quanto a promoção de modos de vida saudáveis, entendidos como dimensões complementares e interdependentes da ação protetiva. (127)

Nessa esteira, encontramos a conexão entre a BP e as estratégias de promoção, prevenção e assistência em saúde. O conceito de estratégia é amplamente discutido na literatura,

apresentando diversas interpretações, sem um único conceito ou modelo definido. Originalmente ligado ao campo militar, ao longo do tempo, tornou-se um elemento relevante também no meio político e acadêmico. A palavra "estratégia" tem origem no termo grego "Strategos", que se referia à arte do general ou ao próprio general no comando de um exército. Esse significado foi atribuído antes do termo ser expandido para outros campos de conhecimento, atravessando diferentes contextos e assumindo novos significados; desde sua utilização como ferramenta de vitória em batalhas até sua aplicação nas relações humanas e, eventualmente, na prática da gestão política. (123)

Segundo Saraiva et al. (123), a partir da década de 1990 surgiram os primeiros estudos sobre estratégia enquanto prática, inspirados no artigo *Strategy as Practice* do autor Richard Whittington, que entende a estratégia como uma prática social. Whittington (2002 apud, Saraiva, p. 1019) em suas publicações, se propôs a responder alguns questionamentos para compreender o processo de formulação estratégica: “Que é estratégia? Quem a faz e como ela é feita?”.

Mintzberg & Quinn (124) definem estratégia como:

Padrão ou plano que integra as principais metas, políticas e sequência de ações de uma organização em um todo coerente. Uma estratégia bem formulada ajuda a ordenar e alocar os recursos de uma organização para uma postura singular e viável, com base em suas competências internas e relativas, mudanças no ambiente antecipadas e providências contingentes realizadas por oponentes inteligentes. (124, p.20)

Assim, entendemos que as ações estratégicas no campo político também devem estar intrinsecamente ligadas a noção de direitos humanos e equidade. Dado que as circunstâncias históricas que haviam forjado desigualdades entre brancos e os negros tenham inviabilizado a garantia da dignidade humana para o grupo racializado, torna-se imperativo a BI e a BP como ferramenta prática que nos ajuda a pensar que as ações estratégicas devam ser o ponto auge para viabilização e execução concreta das políticas de saúde mental, sobretudo a Política de Saúde Integral da População Negra.

É necessário ressaltar, que as estratégias para a saúde mental da população negra precisam levar em consideração uma reorientação cultural e uma afirmativa saudável dos sujeitos negros. Concordamos com Camilo (116) que as práticas em saúde, e ainda acrescentamos, as ações estratégicas devem transcender “a redução de danos subjacentes às opressões e fragmentações do racismo que subalternizam nossa condição de humanidade” (116, p. 1021).

A Bioeticista Fátima Oliveira (98) no documento que analisa as ações do Ministério da

Saúde realizadas em 2001 e contribui para a construção da PNSIPN, destaca que as primeiras iniciativas voltadas para a questão racial nas políticas de saúde pública começaram no início da década de 1980. Nesse período, grupos do Movimento Negro, especialmente em São Paulo e em outros estados, buscaram garantir a inclusão de questões raciais nas políticas governamentais por meio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Desde então, o tema passou a ser abordado também por meio de estudos conduzidos por pesquisadores independentes e grupos vinculados a centros de pesquisa, todos com o consenso de que a população negra enfrentava um perfil de saúde e bem-estar substancialmente desfavorável.

Sendo assim, somente em 1995 como resposta às reivindicações da Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida, o governo federal estabeleceu, por meio de decreto presidencial, o Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra (GTI). O subgrupo de Saúde desse GTI buscou implementar as recomendações feitas pelo Movimento Negro. No entanto, apesar dos esforços, poucas ações foram concretizadas, deixando a maioria das demandas sem resolução adequada. (98)

Nesse contexto, é fundamental reconhecer que o combate ao racismo estrutural nos serviços e equipamentos de saúde mental é primordial para garantir a equidade e a integralidade no cuidado à população negra. Com base no Estatuto da Igualdade Racial, na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e na Portaria GM/MS nº 344/2017, que delineiam diretrizes para a saúde dessa população, torna-se indispensável elaborar e implementar estratégias eficazes para enfrentar esse desafio de maneira concreta e abrangente. (98)

Outros documentos como a Política da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre Etnia e Saúde (125), e a Estratégia e Plano de Ação sobre Etnia e Saúde 2019-2025 (126) enfatizam cinco linhas de ações estratégicas: a geração de evidências; o estímulo à ação em matéria de políticas; a participação social e alianças estratégicas; o reconhecimento dos conhecimentos ancestrais e da medicina tradicional e complementar; e o desenvolvimento das capacidades em todos os níveis. Entendemos que o ‘desenvolvimento das capacidades’ está ligado ao conceito de solidariedade crítica à medida que poderá ser possível o sujeito negro desenvolver a defesa de seus interesses legítimos e resolver problemas e conflitos que surgem da vida em comum. No entanto a colonialidade da vida (28) poderá anular estas reorientações.

Na mesma direção, a Portaria GM/MS nº 2.198, de 6 de dezembro de 2023, estabelece a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, com o objetivo de eliminar as desigualdades étnico-raciais na área da saúde. Uma de suas diretrizes é promover o caráter antirracista nas políticas do Ministério, transversalizando a questão étnico-racial nas ações, programas e iniciativas promovidas ou apoiadas pela instituição.

Essas estratégias representam um avanço significativo na promoção da equidade racial e na construção de um sistema de saúde mais justo e equitativo. Refletem o comprometimento do Ministério da Saúde em combater as desigualdades e injustiças que impactam a população negra no acesso aos serviços de saúde. Autoras como Carneiro (46) e Passos (27), em seus debates sobre antirracismo, ressaltam a importância de medidas concretas para enfrentar o racismo nos serviços de saúde. Carneiro (46) aponta a necessidade de políticas afirmativas que assegurem o acesso igualitário, enquanto Gouveia (27) destaca a importância de expandir redes de apoio, promover a escuta ativa, articular ações com o território, garantir direitos e fomentar a liberdade.

Dessa forma, as ações estratégicas não apenas orientarão o desenvolvimento de políticas e práticas antirracistas no campo da saúde mental, mas também visam garantir que as políticas já existentes sejam eficazes, inclusivas e alinhadas com a justiça social, os princípios da reforma psiquiátrica brasileira e os direitos humanos. Nesse contexto, a BI e a BP assume o papel de reunir esforços para colaborar na implementação de quesitos bioético-políticos e contribuir para a construção de um sistema de saúde que, de fato, reflita os valores de equidade e responsabilidade social.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho corresponde a uma pesquisa qualitativa de natureza empírica, utilizando a análise documental e a abordagem etnográfica como métodos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas (**APÊNDICE A**), gravadas pelo autor e transcritas com o auxílio da plataforma Riverside.

Nas primeiras etapas deste estudo, a análise documental foi utilizada para examinar cada documento com atenção aos elementos essenciais, como o contexto de produção, os autores, os interesses subjacentes, a confiabilidade e a autenticidade das informações, bem como a natureza e os conceitos centrais. Assim, foram elaborados os capítulos 1 e 2 como base teórica. Segundo Cellard (2008 apud Junior, 2021, p. 36-51), essa prática permite revisitar materiais para reinterpretá-los ou enriquecer a análise com novas perspectivas, ampliando o entendimento sobre o tema ou grupo investigado. Logo, a abordagem oferece uma base sólida e crítica, essencial para sustentar as reflexões subsequentes e garantir maior profundidade à pesquisa. (157)

Nas etapas subsequentes, caracterizadas pela aplicação do método etnográfico, Ataídes, Oliveira e Silva (156) afirmam que a etnografia é sustentada por três técnicas principais: observação, entrevistas e pesquisa de arquivo, com a observação sendo destacada como a mais comumente utilizada no campo. Esse formato possibilita a obtenção de informações diretamente construídas para compreender as instituições sociais, suas produções materiais e as vivências cotidianas das pessoas envolvidas, para uma visão mais profunda sobre o contexto analisado. Além disso, o método possibilita um contato direto e prolongado com o objeto de estudo, condição essencial para o exercício da pluralidade interpretativa.

Assim, para além das vivências no campo de estudo (Ministério da Saúde), a participação do autor na V Conferência Nacional de Saúde Mental (2023) e na 17ª Conferência Nacional de Saúde (2023) representou uma oportunidade valiosa para vivenciar a construção das ações estratégicas de modo amplo em um ambiente que favorece o uso das técnicas etnográficas. Por meio da observação e dos registros, a metodologia permitiu investigar e compreender o fluxo organizacional da instituição e as responsabilidades do grupo investigado. (128)

No âmbito deste estudo, foram selecionadas 25 propostas extraídas do Relatório Nacional Consolidado, um documento que reúne a sistematização das propostas **concebidas nas** Conferências Estaduais, do Distrito Federal e nas Conferências Livres Nacionais, **sendo analisadas e deliberadas na 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)**. O relatório,

composto por um total de 657 propostas organizadas em quatro eixos temáticos, foi utilizado como referência no evento. O Eixo III, intitulado “*Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, integralidade e equidade*”, foi escolhido por apresentar maior convergência com o objetivo geral deste estudo. Entre as 173 propostas contidas neste eixo, 25 foram analisadas com base em uma leitura criteriosa e na identificação de palavras-chave como *população negra/pretas, quilombolas, raça/cor, racismo estrutural e diversidade étnica*. Essas palavras-chave permitiram delimitar e aprofundar a análise nas questões relacionadas à saúde mental e à promoção da equidade racial no SUS.

4.1 Contexto de campo

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil no dia 18 de Setembro de 2023, aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) do Centro Universitário do Distrito Federal/UDF no dia 18 de Outubro, após retificações de pendências (**ANEXO A**), aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) no dia 29 de Dezembro do mesmo ano (**ANEXO B**). O trabalho de campo foi realizado ao longo do meses de agosto e setembro de 2024 no Ministério da Saúde e anexo B. A escolha por essa instituição se deu pela importância histórica, dimensão institucional e por desempenhar um papel estratégico na formulação e implementação de políticas públicas que impactam diretamente a saúde da população negra, sendo um espaço onde decisões e ações são articuladas para o enfrentamento de desigualdades sociais e raciais.

Com 71 anos de existência, o Ministério da Saúde (MS) apresenta um organograma que abriga secretarias, departamentos e assessorias. Neste estudo, foram entrevistados 2 sujeitas(os) do Departamento de Prevenção e Promoção à Saúde (DEPROS) e Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras drogas (DESMAD), ambos pertencentes à Secretaria de Atenção Primária à saúde (SAPS) e Secretaria de Atenção Especializada a Saúde (SAES), respectivamente. O MS também é composto por assessorias para o Gabinete da Ministra da Saúde e, nesse ínterim, entrevistamos 1 membra(o) da Assessoria para Equidade Racial em Saúde.

4.2 Participantes de pesquisa

Após a aprovação do projeto pela CONEP, recebi a autorização institucional a qual me possibilitava transitar pela instituição. No mesmo período, fui encaminhado para apresentação e conversa com as(os) coordenadoras(es) do DESMAD. A forma de recrutamento dos participantes da pesquisa foi direcionada por elas(es); em alguns casos, entrevistados

indicaram colega(s). Logo, a técnica de amostragem denominada snowball sampling, também conhecida como método bola de neve, foi a ferramenta que permitiu a definição da amostra por meio de referências.

Os critérios de inclusão corresponderam a:

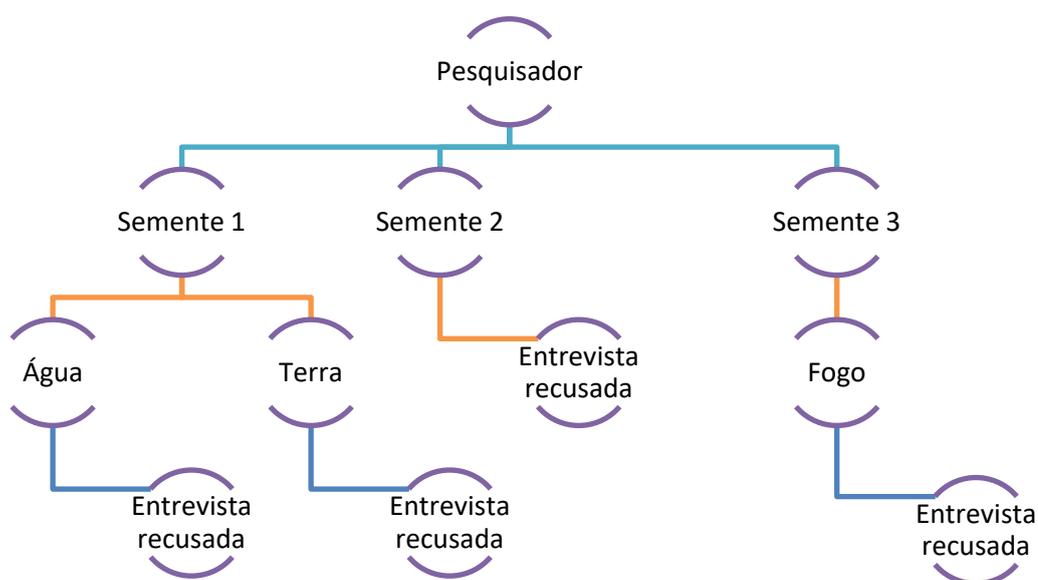
- a) trabalhadores com mais de um ano de formados;
- b) experiência profissional em temas voltados para as relações étnico-raciais, desigualdades raciais, racismo, Saúde, Educação, Direitos Humanos, Assistência Social, Políticas Públicas, Ciências Humanas e Sociais;
- c) trabalhadores concursados ou com cargo comissionado.

Os critérios de exclusão:

- a) trabalhadores que não estejam dispostos a compartilhar experiências ou reflexões sobre sua prática.

A aplicação do método bola de neve ocorre da seguinte forma: inicialmente, os informantes-chave (semente 1, 2 e 3) indicam pessoas com o perfil adequado dentro da população-alvo, estes chamados de sementes de acordo com o gráfico abaixo. As sementes, então, ajudam o pesquisador a estabelecer os primeiros contatos e a mapear o grupo a ser estudado. Posteriormente, solicita-se que os indivíduos indicados pelas sementes sugiram novos contatos com as características desejadas, a partir de suas redes pessoais, e esse processo é repetido sucessivamente. (50)

Figura 2 – Rede de contatos acionados para a realização das entrevistas a partir do método bola de neve.



Fonte: elaboração do próprio autor.

O gráfico acima apresenta a quantidade de entrevistados(as). No total, três participantes negros(as) com cargo comissionado aceitaram contribuir com a pesquisa. Para preservar sua confidencialidade, os(as) entrevistados(as) foram identificados(as) por elementos da natureza: **Fogo**, representando um(a) coordenador(a); **Água**, correspondente a um(a) assessor(a) técnico(a); e **Terra**, referindo-se a um(a) chefe de assessoria. Todos os(as) participantes indicados(as) pelas sementes atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa. No entanto, quatro indivíduos – dois(as) assessores(as) técnicos(as) e dois(as) coordenadores(as) – recusaram a participação, alegando indisponibilidade de agenda.

As entrevistas tiveram duração média de 45 minutos cada. A primeira ocorreu virtualmente através da Plataforma Zoom, a segunda ocorreu no local de trabalho com fluxo de outros profissionais em seus horários de pausa e almoço, e a terceira numa livraria, em um ambiente mais silencioso e reservado. Todos os participantes assinaram e ficaram com cópia do TCLE (**APÊNDICE B**); nenhum desistiu de participação. As entrevistas não tiveram teste piloto, não houve repetição nem retorno das transcrições para os participantes para possíveis comentários e/ou retificações.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise do discurso, que, conforme Vergara (170), é indicada para explorar não apenas o conteúdo do que é dito, mas também os aspectos de "quem fala, para quem fala, como fala e para que fala", considerando que o discurso pode carregar múltiplas funções e significados. A análise discursiva é um processo complexo, no qual o pesquisador navega entre dados e conceitos, descrevendo e interpretando-os.

Paralelamente, a articulação entre os dados coletados e a literatura existente possibilitou ampliar o entendimento, interpretando os padrões emergentes à luz de um contexto teórico mais abrangente. Nesse sentido, é fundamental reconhecer que contradições e respostas negativas também desempenham um papel significativo, pois podem evidenciar nuances inesperadas ou críticas sobre o objeto de estudo, oferecendo perspectivas complementares que enriquecem a análise. (128)

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Dados observacionais do campo

Durante o período em que transitei pelo Ministério da Saúde e participei dos eventos, realizei conversas informais com diferentes atores de diversas categorias profissionais que constroem as ações estratégicas. Não tive a oportunidade de acompanhar as atividades burocráticas e institucionais dos participantes das(os) entrevistadas(os), porém circulei por outros espaços – zonas em que pude reconhecer, mesmo que superficialmente, a dinâmica de trabalho.

No primeiro momento, serão evidenciadas e analisadas algumas dimensões das ações estratégicas realizadas por gestores de diferentes cargos dentro do Ministério da Saúde frente às demandas em saúde mental relacionadas ao racismo. No intuito de estabelecer pontes com o referencial teórico deste estudo, buscamos analisar as narrativas dos sujeitos a partir do desenvolvimento de três categorias fundamentais emergidas nas entrevistas:

- 1) “Caracterização do panorama geral da formulação das ações estratégicas”;
- 2) “Compreensão do tema para os sujeitos”;
- 3) “Materialidade das ações estratégicas.”

No segundo momento, analisamos 15 propostas a partir do item 5.1 algumas propostas documentadas pelo Relatório Nacional Consolidado, documento constituído pela sistematização das propostas das Conferências Estaduais, do Distrito Federal e das Conferências Livres Nacionais da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Este documento foi submetido à análise e deliberação das delegadas e delegados da etapa nacional da 5ª CNSM, com o objetivo de avançar e aprofundar o processo da Reforma Psiquiátrica.

De modo que se obtenha uma visão geral, inicialmente definimos as categorias que serão analisadas, reunimos fatores essenciais para a configuração do contexto em saúde mental de acordo com os profissionais entrevistados em setores como atenção básica, assessoria e departamentos que tratam do tema da saúde mental; refletimos sobre o processo de concretização dos planejamentos e ações realizadas e as propostas que buscam o fortalecimento da PNSIPN. Por fim, tecemos algumas sugestões diante das reflexões com vistas a contribuir para o aprimoramento das estratégias em saúde mental e a promoção da equidade racial.

5.2 Definição das categorias

- 1) “Caracterização do panorama geral da formulação das ações estratégicas”: busca compreender o conhecimento relacionado às políticas, bem como a estruturação dos

departamentos, secretarias e assessorias vinculadas ao campo da saúde mental. Essa análise inclui avaliar como esse nível de entendimento ou sua ausência influencia a dinâmica das atividades realizadas e o funcionamento destas, além dos desafios enfrentados pelas(os) sujeitas(os) na implementação das ações.

2) “Compreensão do tema para os sujeitos”: abrange o entendimento dos profissionais no que tange ao tema racismo e saúde mental ao longo de suas abordagens e dinâmicas das suas funções no cargo que ocupam.

3) “Materialidade das ações estratégicas”: reflete o processo de concretização dos planejamentos e ações concebidas pelos setores em que as(os) sujeitas(os) estão inseridas(os); articulações políticas a cerca do tema racismo e saúde mental; os programas de capacitação e a transversalização da pauta étnico-racial.

5.3 Categoria “Caracterização do panorama geral da formulação das ações estratégicas”

Dentro do espectro de caracterização do panorama da formulação das ações, houve respostas das(os) sujeitas(os) que revelaram diferentes compreensões a cerca do fluxo organizacional dos setores em que estão inseridos. Dada a complexidade desse debate, optou-se por apresentar um trecho em que a(o) sujeita(o) demarca o princípio da formulação das ações estratégicas no setor que está inserida(o):

“Acho que é preciso demarcar que o departamento entende a saúde mental a partir dos seus princípios, que é o cuidado em liberdade, os direitos humanos e a desinstitucionalização que são princípios basilares da reforma psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial. **Isso significa retomar, que está de acordo com a gestão atual, o princípio da equidade, que é basilar do sistema único de saúde.** Então a gente está trazendo princípio do SUS e princípios da reforma psiquiátrica que dão embasamento às ações e diretrizes do departamento e que impactam na política nacional de saúde mental e outras drogas. [...] (Água – Grifo nosso)

Ao falar que “o departamento entende a saúde mental a partir dos seus princípios, que é o cuidado em liberdade, os direitos humanos e a desinstitucionalização”, a/o sujeita/o que representa a assessoria técnica destacou que a saúde mental é compreendida a partir da interseção entre os fundamentos do SUS e da reforma psiquiátrica, que servem como base para as ações e diretrizes formuladas pelo departamento. Essa visão é corroborada com a literatura quando a BI define os princípios como a “intersecção de muitos caminhos, nos quais os princípios fluem naturalmente com base na realidade, na contextualização dos fatos e no respeito à pluralidade moral de sociedades e culturas” (131, p. 520). Compreendendo que estes princípios fornecem novos caminhos para se pensar a saúde mental, se torna necessário

contextualizar a desinstitucionalização e ampliar o olhar para as realidades enfrentadas pela população negra.

Nesse quesito, emergem desafios éticos importantes no contexto da Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça. Essa resolução tem sido criticada por autores como Silva et al. (132), que apontam sua inconstitucionalidade ao permitir a coexistência de pessoas com transtornos mentais autoras e não autoras de crimes nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). Segundo os autores, o encerramento das atividades desses hospitais, combinado com a centralização do cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), enfraquece serviços essenciais como ambulatórios especializados, emergências e hospitais psiquiátricos. Essa reorganização do modelo de atenção compromete a qualidade e a efetividade do cuidado em saúde mental, ressaltando a necessidade de revisões que levem em conta tanto os princípios basilares da reforma psiquiátrica quanto as demandas reais do sistema de saúde.

Além disso, os autores (132) argumentam que a resolução em questão desconsidera diversos artigos do Código Penal e determina que uma pessoa que cometeu um delito, caso exista suspeita de transtorno mental, seja avaliada pela equipe da RAPS. Segundo o Código de Processo Penal - CPP (48), quando há incerteza sobre a sanidade mental de um acusado, deve-se instaurar o Incidente de Insanidade Mental previsto pelos artigos 149 a 154 do CPP, e a avaliação deve ser realizada por um perito oficial do Estado, responsável pela emissão de um laudo que ateste a imputabilidade penal do acusado. Em contrapartida, a resolução estabelece que essa análise será conduzida pelos profissionais da RAPS. Esse cenário gera um conflito ético, uma vez que tais profissionais estariam acumulando papéis de assistência e de perícia, o que não é adequado.

Ao racializar essa discussão, considerando a histórica associação da loucura à população negra, é impossível não destacar que aqueles que foram enclausurados sem a autoria de crimes poderão ter sua dignidade afetada à medida que o fechamento dos HCTPs os encaminharem para a nova realidade social. A ausência de projetos que promovam o retorno à vida em sociedade é um dos fatores que corroboram para esta realidade. Logo, frente à complexidade das contradições envolvidas, a BI (133) defende que transformações concretas e duradouras precisam estar alicerçadas em um compromisso ético, visando evitar práticas e deliberações que possam ampliar a vulnerabilidade daqueles que ainda sofrem os efeitos da herança escravista e racista no contexto nacional.

Chamamos a atenção para outras particularidades do desenvolvimento de estratégias mais direcionadas para o enfrentamento do racismo. O trecho abaixo revela como as relações raciais são temas institucionais centrais, porém se depara com “alguns impasses e paradoxos

clínico-políticos e político-institucionais relativos à construção de uma política pública de saúde compromissada com a desinstitucionalização do racismo” (134, p. 149).

[...] E aí a gente começa a ver que mesmo os critérios da desinstitucionalização... eles... os critérios que colocavam para desinstitucionalização... fazia com que aquela população negra continuava institucionalizada nos hospitais psiquiátricos. Vou dar um exemplo. **Na hora que coloca como regra que tem que ter... é recurso tem que ter um... é ... uma da previdência e tem que aposentadoria... algum recurso para poder desinstitucionalizar... se pegava os negros eles não tinham isso aí ontem se eles vão continuar institucionalizados. Então as regras que o próprio estado determina para desinstitucionalizar, mantém um grupo institucionalizado.**”
(Terra – Grifo nosso)

A fala da(o) sujeita(o) de pesquisa evidencia desafios específicos no desenvolvimento de estratégias para enfrentar o racismo no campo da saúde mental, destacando como critérios estatais para a desinstitucionalização podem perpetuar desigualdades raciais. A/o representante da Assessoria para equidade em saúde ao apontar que as exigências estabelecidas, como a necessidade de benefícios previdenciários ou aposentadorias para a desinstitucionalização de pacientes, excluem sistematicamente a população negra, que historicamente enfrenta maior vulnerabilidade socioeconômica. Segundo a/o sujeita(o), essas regras “fazem com que aquela população negra continue institucionalizada nos hospitais psiquiátricos”. Essa constatação explicita a contradição entre o princípio da desinstitucionalização, um dos pilares da reforma psiquiátrica, e a realidade concreta de sua aplicação para grupos socialmente marginalizados.

A literatura reforça a relevância dessa observação. Conforme descrito por autores como David (134), o enfrentamento do racismo estrutural nas políticas públicas de saúde demanda uma abordagem interseccional, que considere os impactos das desigualdades socioeconômicas, raciais e institucionais. A institucionalização continuada da população negra, mesmo sob políticas de desinstitucionalização, reflete como a aplicação de critérios aparentemente neutros pode reforçar desigualdades estruturais, contradizendo os princípios de equidade do SUS.

Essa situação dialoga com o conceito de racismo institucional discutido por Almeida (38), que descreve como as práticas e normas institucionais muitas vezes perpetuam desigualdades raciais de forma sistêmica, ainda que não intencional. Ao impor critérios que ignoram o contexto histórico e social da população negra, as políticas de desinstitucionalização reforçam as barreiras do direito ao cuidado em liberdade. A partir dessa perspectiva, evidencia-se a necessidade de revisitar os critérios estabelecidos, incorporando princípios de justiça social que considerem as especificidades das populações historicamente marginalizadas. Neste íterim, apesar da BP (159,161) considerar a justiça como cuidado direcionado à proteção de pessoas enfraquecidas em condições biológicas e psíquicas, incluindo, de maneira ampla,

grupos sociais excluídos do acesso pleno à saúde, educação, habitação e participação política, o cuidado ainda não vence as injustiças que a sociedade impõe sobre a população negra. Segundo o Programa de Gestão de Transformações Sociais da UNESCO (163), é essencial revisar e adaptar práticas institucionais para evitar a perpetuação de modelos teóricos e de gestão obsoletos, incompatíveis com a diversidade e a complexidade das realidades contemporâneas. Essa adaptação é essencial para alinhar a atuação institucional aos objetivos declarados de desinstitucionalização e equidade racial, superando entraves apontados tanto pela(o) sujeita(o) de pesquisa quanto pela literatura especializada.

Diante dessas recomendações, analisemos o fortalecimento das políticas de saúde mental no Brasil, especialmente no que tange à inclusão de aspectos relacionados à equidade racial, que tem sido marcado por importantes avanços institucionais identificados durante as entrevistas. Um exemplo disso é a criação de novos cargos e setores no Ministério da Saúde. A reforma psiquiátrica antimanicomial, ao pressionar por transformações significativas na gestão da saúde mental, contribuiu para a reformulação estrutural e política no âmbito governamental. Em consonância, destaca-se a criação de um departamento específico na gestão federal 2023-2027, como pontuado por uma das(os) sujeitas(os) da pesquisa:

“[...] Na construção do departamento, acho que talvez você saiba, é o departamento recém criado. Ele sai de um lugar de uma coordenação de saúde mental e ele se torna um departamento na gestão Lula 3. Então o tema ganha uma relevância, destaque e uma composição se faz. Então, o departamento é composto pela nossa diretora, três assessorias, os coordenadores e a equipe técnica. E dentro dessa composição você tem **assessoria de equidade racial, e ali que vai pensar gênero, raça, etnia e sexualidade dentro do departamento**, a partir de uma perspectiva da transversalidade, da interseccionalidade, entendendo que essas relações, ou melhor, os marcadores sociais, precisam ser levados em consideração para **pensar o gerenciamento dos serviços, as estratégias terapêuticas, os sistemas de monitoramento.**” (Água – Grifo nosso)

Essa fala evidencia a priorização de abordagens interseccionais e transversais no planejamento e execução das políticas de saúde mental. Ao falar que “dentro dessa composição você tem assessoria de equidade racial, e ali que vai pensar gênero, raça, etnia e sexualidade dentro do departamento”, revela-se a inclusão de uma assessoria de equidade racial no organograma reflete um esforço para contemplar marcadores sociais, como gênero, raça e etnia, na formulação de ações. Essa orientação está alinhada ao que Almeida (2019) discute em *Racismo Estrutural*, ao apontar a necessidade de reconhecer o impacto dos marcadores sociais nas práticas institucionais como condição essencial para combater as desigualdades.

A literatura aponta que a interseccionalidade, como discutido por Medeiros (150), é uma

ferramenta analítica essencial para compreender como diferentes formas de discriminação, como raça e gênero, interagem em contextos específicos. A fala da(o) sujeita(o), ao destacar a necessidade de considerar essas interseções na saúde mental, reforça a pertinência desse conceito para políticas públicas inclusivas. Além disso, o autor argumenta que a transversalização de pautas sociais no SUS é uma estratégia fundamental para consolidar práticas de cuidado baseadas na equidade.

A incorporação de marcadores sociais no planejamento de serviços enfrenta desafios significativos no que diz respeito à implementação prática dessas recomendações. Conforme argumenta Medeiros (150), a efetivação da interseccionalidade demanda mudanças estruturais profundas, capacitação contínua dos profissionais e mecanismos de avaliação eficazes. Complementando essa perspectiva, Passos (27) ressalta que compreender como o racismo, a psiquiatria e o colonialismo influenciam a estrutura social brasileira é um passo indispensável para o fortalecimento da atenção psicossocial. A autora destaca que, sem uma base crítica sólida, torna-se impossível superar práticas e estruturas ultrapassadas. Além disso, Passos (27) aponta que as transformações decorrentes do avanço do neoliberalismo e das crises cíclicas do capitalismo têm impactado profundamente os processos de subjetivação e os modos de vida, exigindo respostas mais adaptadas e críticas.

A necessidade de estratégias robustas e bem estruturadas para a integração de marcadores sociais nos sistemas de monitoramento e nas práticas terapêuticas reflete não apenas um desafio técnico, mas também um compromisso ético com a promoção da justiça e do cuidado equitativo em saúde. Uma das(os) sujeitas(os) entrevistadas(os) destacou as limitações impostas pelo contexto histórico e político, enfatizando como essas barreiras afetam o avanço de discussões fundamentais para a saúde pública, especialmente aquelas relacionadas à equidade racial.

“Tem sempre o tempo histórico. É aquilo que a gente consegue fazer nesse momento e aquilo que a gente consegue fazer... É... Poxa, tem tantos anos de atraso... Então, o que dá pra fazer nesse momento com essa estrutura cultural que a gente tem? O que é possível fazer com estados e municípios que hoje são tão, vou chamar assim, essa **construção tão à direita**? Então, como é que a gente, o que a gente consegue fazer? A gente consegue avançar? Qual é o limite disso, entende? **Gostaria de fazer mais, mas a gente sabe que a gente tem um congresso... muita direita, a gente sabe que a gente tem municípios muito à direita, então a gente faz a proposta, mas a gente sabe que o momento ainda, principalmente o momento social e político não permite alguns avanços nessas discussões**, de pensar, por exemplo, os efeitos do racismo no álcool e outras drogas, por exemplo, na questão de quantidade de droga que... pode ser utilizada. E aí tem que ser o STF mediando uma coisa que poderia ser da saúde. Poder pensar, por exemplo, a cannabis medicinal, a liberação de cannabis. Isso dialoga diretamente com a população negra. Mas aí tem um limite, tem um limite que está na sociedade.” (Terra – Grifo nosso)

Sob uma perspectiva bioética, essa fala evidencia um tensionamento entre os princípios da justiça e da beneficência no planejamento e implementação de políticas públicas. A(o) sujeita(o) revela a dificuldade em avançar pautas como o reconhecimento dos efeitos do racismo em saúde mental ou a regulamentação da cannabis medicinal, citados pelo entrevistado, demonstra a lacuna entre as necessidades concretas da população e a viabilidade política dessas iniciativas. Assim, a institucionalização de princípios éticos, como a equidade, depende de mudanças estruturais e culturais, frequentemente bloqueadas por resistências ideológicas e políticas.

Além disso, o contexto político atual, marcado por forças ultraliberais, impõe limites éticos e práticos ao avanço de políticas públicas centradas na justiça social. Santos (2020) discute como o respeito à dignidade humana e à diversidade deveria nortear a tomada de decisões no campo da saúde, mas reconhece que essas diretrizes frequentemente são marginalizadas em cenários políticos desfavoráveis.

Por exemplo, o tema da regulamentação da cannabis medicinal, apontado pela(o) entrevistada(o), é diretamente relacionado a questões de saúde pública que envolvem preconceitos raciais e estigmas sociais. Nesse sentido, como observa Passos (27), é essencial articular a luta por avanços na saúde com demandas sociais mais amplas, como o enfrentamento ao racismo e à exclusão social.

A partir desse diálogo, reconhecemos que as mudanças legislativas regressivas e a desinstitucionalização não planejada, desconectada das diretrizes de cuidado preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, se tornam fatores que afetam a viabilidade do cuidado em saúde mental (53). Outros fatores surgem nesse contexto, como o financiamento em saúde. Conforme destaca o Plano de Ação Integral para Saúde Mental 2013-2030 da OMS (125), a implementação de ações eficazes depende do planejamento com base em necessidades quantificadas, assegurando que todos os setores relevantes disponham de orçamentos proporcionais aos recursos humanos e materiais necessários para executar planos e intervenções fundamentados em evidências. Uma das(os) entrevistadas(os) dimensionam essa perspectiva:

[...] E aí demarcar que a gente vem pensando, por exemplo, como raça e etnicidade podem ser **marcadores fundamentais para a expansão do financiamento dos CAPS**, por exemplo. **Como os serviços podem chegar em territórios quilombolas, indígenas, de periferia, onde se concentram a população negra**, quilombola, indígena, ribeirinhos, que têm a marcação étnico-racial enquanto fundamental.” (Água – Grifo nosso)

A fala da(o) assessora(o) técnico ressalta a necessidade de considerar raça e etnicidade como marcadores essenciais na expansão do financiamento dos CAPS e na oferta de serviços de saúde mental em territórios quilombolas, indígenas e periféricos, que abrigam populações historicamente vulnerabilizadas e marcadas por desigualdades étnico-raciais. Essa reflexão, a partir do trecho “como os serviços podem chegar em territórios” dialoga diretamente com a bioética de proteção(xx), que destaca a responsabilidade dos agentes morais em garantir ações que priorizem os grupos mais expostos a condições de vulnerabilidade estrutural.

Passos (27) define o cuidado como um valor ético-político fundamentado na conexão concreta com o território, ressaltando que é nele que o cuidado se efetiva de maneira significativa. Ao questionar como os serviços podem alcançar esses territórios, a fala evidencia a necessidade de intervenções que transcendam o mero discurso e se concretizem em ações fundamentadas no princípio da eficácia. Esse princípio exige que as políticas propostas sejam não apenas as melhores possíveis, mas também capazes de resolver problemas de forma real e pragmática.

No entanto, diante das expressões ultraliberais é fundamental evitar o deslize semântico que substitui o conceito de "possível" pelo de "disponível", justificando a exclusão de populações vulneráveis ao alegar insuficiência de recursos. Essa visão reducionista, criticada por autores da BI e da BP (108, 161), perpetua a ideia de que nações ou populações economicamente desfavorecidas devem se contentar com soluções sanitárias inferiores. Essa lógica contradiz o imperativo ético de oferecer as melhores ações possíveis, independentemente das limitações econômicas locais, assegurando que estas atendam às necessidades reais de seus destinatários de forma equitativa e efetiva. Assim, a expansão dos serviços para territórios marcados por desigualdades étnico-raciais demanda uma abordagem que integre o valor ético do cuidado, o compromisso com a proteção dos mais vulneráveis e a eficácia como parâmetro central para ações sanitárias.

De outro modo, Oliveira (98) ressalta em seu trabalho que, no campo da saúde, tornou-se comum atribuir a precariedade nas condições de saúde da população negra brasileira a fatores econômicos. No entanto, observa-se que essa explicação tem, na verdade, sustentado o racismo institucional, já que questões específicas do campo da saúde são redirecionadas para outras áreas da vida social. Consequentemente, isso retardou a implementação de ações que efetivamente buscavam a melhoria das condições de saúde da população negra brasileira em contextos anteriores ao atual.

Em outra perspectiva, no campo da assistência, chamamos atenção para dois aspectos que também impactam nesta análise bioética: a negligência dos profissionais de saúde em

atender às demandas específicas da população negra e a perpetuação de práticas racistas fundamentadas em uma ideologia de subalternidade racial. Segundo Kalckman et al. (63), os profissionais de saúde frequentemente reproduzem relações raciais hierárquicas enraizadas ao longo de séculos, associando a cor da pele a posições sociais inferiores e menor poder aquisitivo, além de adotarem condutas de cuidado distintas para populações negra e branca. Esse cenário resulta em um desinvestimento na saúde da população negra, levando-a a desconfiar dos cuidados recebidos e a se distanciar das propostas clínicas, o que, por sua vez, impede o fortalecimento de sua identidade racial e subjetiva.

E aqui destacamos a concepção de Passos (27) a respeito do diálogo e ação com o território. Para a construção de ações comprometidas com a justiça social torna-se necessário conhecer o perfil da população, suas características e história, a composição das instituições públicas, privadas e filantrópicas, além de identificar os conflitos e contradições existentes, o que também inclui um mapeamento detalhado da organização e distribuição locais.

A territorialidade emerge como um dos principais desafios para o acesso da população negra aos cuidados em saúde. A dinâmica entre capital e raça tende a organizar a cidade em centros e periferias, concentrando a população branca nas áreas centrais e a população negra nas regiões periféricas. Conforme Barbosa et al. (135), há disparidades significativas tanto no acesso aos cuidados de saúde mental quanto nos resultados das intervenções de promoção à saúde entre diferentes grupos raciais e de gênero. Nesse sentido, a territorialidade exerce um impacto fundamental sobre o acesso a esse direito essencial e sobre a promoção do bem-estar da população.

Aqui, adentramos outro ponto de análise, o acesso aos dispositivos de saúde e como as(os) sujeitas(os) visualizam as relações existentes com o racismo estrutural. Optamos por apresentar um trecho da entrevista em que a(o) sujeita(o) compreende esta relação:

“É, assim. Primeiro, a gente precisa entender que o... **o racismo é determinante para a garantia de acesso à saúde**, que é a base. Ter acesso à saúde, você já encontra uma **barreira a partir do seu tom de pele. Se você é preto, já dificulta esse acesso.** O racismo estrutural, ele... ele é um das vertentes do racismo que cuja as pessoas já são estigmatizadas a partir do tom de pele, né? E aí quando a pessoa precisa ter acesso, principalmente quando se trata dos transtornos, da saúde mental dela, ela é agravada por... Vou dar um exemplo, se a pessoa tem qualquer tipo de transtorno. Essa situação é agravada a partir do momento que a pessoa não tem o acesso, a ela é oferecido apenas dez minutos de escuta por conta do racismo estrutural, que é importante a gente enfatizar. A essa pessoa é **oferecido um acesso... de menor tempo, cuja qualidade não corresponde à sua necessidade.** E estarmos atentos a esse processo é fundamental para minimizar os transtornos. Eu acho que é isso. Assim, eu falei, mas o final é isso. O racismo é estruturante para nos dificultar, para dificultar o nosso acesso. Exatamente por isso, né? **Essa dificuldade de acesso, de tempo de atendimento agrava o transtorno da pessoa** e provavelmente ela não terá uma escuta adequada para que minimize os transtornos, para que eu consiga fazer um

encaminhamento adequado da situação dela no momento.” (Ar – Grifo nosso)

A percepção da sujeita ao inferir que “o racismo é determinante para a garantia de acesso à saúde” dialoga diretamente com o *Informe del comité de bioética de españa sobre el acceso universal al sistema sanitario* (136), que reconhece que a ausência de cobertura e cuidados adequados compromete a dignidade humana e fere direitos fundamentais. O documento propõe dois níveis de garantia: o primeiro, relacionado às obrigações essenciais do Estado, como a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços; o segundo, ligado à justiça distributiva, que considera o contexto socioeconômico e busca evitar desigualdades de tratamento.

Na fala, a(o) coordenadora(o) também exemplifica como o racismo estrutural se manifesta no campo da saúde mental, com impactos severos sobre o cuidado oferecido. Ao considerar que “Essa situação é agravada a partir do momento que a pessoa não tem o acesso, a ela é oferecido apenas dez minutos de escuta por conta do racismo estrutural”, a(o) coordenadora(o) revela como o princípio da dignidade, tratado no nível 1 do documento, está frequentemente em risco no Brasil, especialmente para a população negra. A desigualdade no tempo e na qualidade do atendimento não apenas limita a eficácia das intervenções, mas também intensifica e perpetua um ciclo de exclusão.

O documento reforça que “a irreversibilidade de certas decisões de saúde limita a redistribuição de bens não fungíveis ou insubstituíveis (como vida, integridade física e saúde), que não podem ser vistos como meros recursos ou meios, uma vez que envolvem a própria dignidade” (136, p. 25). Assim, o racismo estrutural, ao reduzir o cuidado às condições mínimas e insuficientes, compromete o compromisso ético de assegurar a dignidade humana como um valor inalienável.

Além disso, o segundo nível descrito pelo informe aborda a necessidade de políticas que garantam justiça distributiva e não se concentrem exclusivamente em critérios econômicos ou majoritários. Quando o sujeito de pesquisa enfatiza que “é importante estar atento a esse processo para minimizar os transtornos” ele denuncia a negligência histórica de um sistema que prioriza a eficiência econômica em detrimento da equidade no cuidado. (136)

Essa reflexão ressalta a necessidade de alinhar as ações aos níveis de garantia descritos no documento, assegurando que as obrigações essenciais (nível 1) sejam efetivamente cumpridas, enquanto as estratégias de distribuição (nível 2) promovam uma equidade real entre populações historicamente excluídas. Ou seja, não seria uma infração ética admitir algumas destas perspectivas no nível 2, desde que o nível 1 que trata de obrigações essenciais não seja negligenciado. (136)

Assim, notamos esforços necessários para a concreta efetividade das ações estratégicas:

“ É como eu falei no começo, eu acho que eu falei isso, né? ela tem um olhar para a porta de entrada, que é o acolhimento dessa população. Se passou para especializada, aí já tem uma outra demanda, mas a (setor de trabalho), especificamente, hoje **nós temos uma olhar para garantir o acesso dessa comunidade, dessa população, garantindo o acesso, fazer com que, um exemplo básico, fazer com que mulheres pretas tenham pelo menos sete consultas de pré-natal**, é o que nós buscamos hoje. Uma coisa que acontece... ela vai no máximo duas vezes, depois só retorna na hora de ter o bebê. **A gente precisa fazer com que a porta de entrada, os centros, as UBS, os centros de saúde se sensibilizem ao ponto de convencer as mulheres pretas** a terem pelo menos sete consultas de pré-natal. Eu tô trazendo essa informação porque existem **dados de pesquisa mulheres negras não têm o mesmo número de consultas pré-natal**. E é interessante que na comunidade, na população mais pobre, enquanto mulheres brancas têm no mínimo cinco, mulheres pretas têm no mínimo dois. Então é muito... É isso. Nós, hoje, o Ministério da Saúde, trabalha nesse sentido. Garantir, e aí eu vou falar de ..., que é a atenção primária à saúde, é garantir, pelo menos isso. Eu te trouxe só esse dado do pré-natal, mas isso vale pra... pra hipertensão, pra doença falciforme. Por exemplo, o médico passou... o exame completo. **Ele esquece de pedir a verificação do... da doença falciforme que é fácil tá no hemograma se ele incluir a gente já tá valendo acho que esse é o nosso trabalho hoje né tentar garantir o acesso primário que aí daí pra frente porque essa demanda tem que chegar na especializada a partida especializada é que a gente precisa fazer um outro diagnóstico e saber como como está funcionando esse fluxo.**” (Ar – Grifo nosso)

Segundo a(o) coordenadora(o), a efetividade das ações estratégicas no enfrentamento das desigualdades em saúde exige esforços direcionados à ampliação do acesso e à qualificação da atenção primária, sobretudo no cuidado à população negra. Como apontado pela(o) sujeita(o), “é como eu falei no começo, [...] ela tem um olhar para a porta de entrada, que é o acolhimento dessa população. [...] Um exemplo básico, fazer com que mulheres pretas tenham pelo menos sete consultas de pré-natal. [...] Hoje, enquanto mulheres brancas têm no mínimo cinco consultas, mulheres pretas têm no mínimo duas. É isso que nós buscamos hoje.” Essa fala evidencia as barreiras históricas que comprometem o direito ao cuidado e reforça a urgência de iniciativas que ampliem o acesso aos serviços de saúde, garantindo um cuidado inicial robusto e equitativo.

Nesse contexto, a PNSIPN se apresenta como um marco estratégico, estabelecendo ações específicas para enfrentar as altas taxas de adoecimento, morbidade e mortalidade da população negra. Werneck (137) destaca que sua implementação depende do compromisso dos gestores do SUS em estruturar ações com prazos definidos, alocação de recursos e mecanismos de monitoramento eficazes. A fala do(a) coordenador(a) revela essa necessidade ao apontar a importância de garantir que profissionais de saúde estejam sensibilizados para a realidade das mulheres negras: “A gente precisa fazer com que a porta de entrada, os centros, as UBS, os centros de saúde se sensibilizem ao ponto de convencer as mulheres pretas a terem pelo menos sete consultas de pré-natal.”

A descentralização das ações em diferentes esferas do SUS é outro ponto essencial. Como sublinha Werneck (137), a efetividade das políticas públicas demanda processos de pactuação entre estados e municípios, além da participação ativa dos conselhos de saúde. Essa abordagem descentralizada é essencial para adequar as estratégias às especificidades de cada território e assegurar que demandas como a triagem de doenças prevalentes na população negra, incluindo a doença falciforme, sejam contempladas.

Assim, os desafios apresentados pela PNSIPN exigem uma gestão colaborativa, alinhada às necessidades locais e orientada pelo compromisso ético e político de reduzir desigualdades estruturais, assim como destacado pela(o) sujeita(o) no trecho “porque essa demanda tem que chegar na especializada a partida especializada é que a gente precisa fazer um outro diagnóstico e saber como como está funcionando esse fluxo.” Essa perspectiva reforça o cuidado da atenção primária, como porta de entrada, deve ser capaz de oferecer condições para que os fluxos subsequentes – especializados e de alta complexidade – sejam mais eficazes e justos.

O estudo de Santos & Santos (44) investiga as percepções de profissionais da atenção básica sobre a PNSIPN, revelando resistência e até mesmo desconhecimento significativo sobre a política. Entretanto, no contexto da presente pesquisa, observou-se o comprometimento dos sujeitos em promover a efetividade da PNSIPN, o que é essencial para sua implementação estratégica. Destacamos o trecho da entrevista com a(o) representante da assessoria para equidade racial em saúde:

“[...]E eu, na minha tarefa de pensar para dentro do Ministério da Saúde, eu começo a olhar então os diferentes departamentos, os diferentes departamentos, as diferentes secretarias. **E quando eu chego eu já monto um grupo com duas ou três pessoas de cada uma das secretarias para pensar estrategicamente quais eram as estratégias dessas secretarias e como é que eu deveria atuar nessas secretarias. Então, o primeiro exercício que eu faço é... preciso de quais serão as prioridades das secretarias de vocês.** Então as pessoas fazem um levantamento das prioridades da secretaria deles e a partir dessas prioridades eu pego e vou pensar como é que a gente pode **imbuir estratégias de enfrentamento ao racismo nessas ações de cada uma das secretarias**, tá? E desenho uma série de ações que poderiam ser realizadas.”
(Terra – Grifo nosso)

No trecho em que a(o) sujeita(o) relata: “quando eu chego eu já monto um grupo com duas ou três pessoas de cada uma das secretarias para pensar estrategicamente quais eram as estratégias dessas secretarias e como é que eu deveria atuar nessas secretarias”, a perspectiva evidencia a importância de estratégias que articulem diferentes departamentos e secretarias para enfrentar o racismo estrutural que permeia as políticas e práticas em saúde mental.

Batista e Barros (65) corroboram com esse entendimento ao argumentarem que o sucesso da PNSIPN depende do engajamento ativo de gestores e técnicos, da coordenação

eficaz das ações e do apoio dos movimentos sociais. Esse engajamento, como ressaltado por David (29, 134), é capaz de superar barreiras como o desconhecimento da PNSIPN, permitindo que os territórios avancem em ações concretas voltadas ao enfrentamento das iniquidades raciais.

Por fim, essa categoria evidenciou que, apesar das interferências antidemocráticas e de um cenário institucional frequentemente desafiador, os profissionais entrevistados demonstram esforços significativos para implementar mudanças alinhadas com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a desinstitucionalização do racismo. Esse comprometimento reflete a adoção de práticas antirracistas no campo da saúde mental, promovendo ações concretas e interações comprometidas com a equidade.

5.4 Categoria “Compreensão do tema para os sujeitos”

Diante das possíveis reproduções daquilo que é hegemônico e que material e simbolicamente posiciona a população negra em condições de inferioridade, invisibilidade e opressão, é necessário reconhecer que, contraditoriamente, essa mesma sociedade alimenta a valorização social dos brancos, conferindo-lhes uma suposta superioridade como se essa fosse uma posição "natural". Essa estrutura binária, que fundamenta o imaginário social, exige atenção dos profissionais para que suas práticas sejam orientadas pelo combate ao preconceito racial. A desconstrução de conceitos naturalizados impõe uma reflexão crítica; caso contrário, as ações estratégicas correm o risco de replicar e reforçar condições desiguais, favorecendo pessoas brancas em detrimento da população negra. (7)

Para David (29), quando os profissionais de saúde não demonstram pleno compromisso com a PNSIPN, há uma tendência de falharem em desempenhar duas funções essenciais para o compromisso com transformações radicais: a educativa e a política. Nesse contexto, Passos (27) enfatiza que ignorar aspectos como a influência do pensamento eugenista e higienista na formação da identidade nacional, a manicomialização da população negra, a perpetuação do mito da democracia racial, o protagonismo negro na história da psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica, bem como os impactos do racismo na saúde mental, equivale a sustentar uma estrutura de destruição que perpetua essas desigualdades.

Neste tópico, optamos por apresentar trechos das entrevistas que nos permitem compreender como os sujeitos julgam a qualidade das ações estratégicas e como historicamente percebem a relação entre o racismo estrutural e as Políticas de Saúde Mental no Brasil. Consideramos que o comprometimento do sujeito com a identificação dos conflitos e contradições no campo da saúde mental seja uma estratégia bioético-política que deve ser

entendida como uma condição para a concretização das ações. Assim, destacamos um trecho da entrevista:

“[...] Então, nesse momento, nesse momento eu comecei a olhar, nesse momento da Secretaria Estadual, Eu estava lá quando começou a montar o **censo psicossocial do estado de São Paulo**. Então, num determinado momento da estruturação do senso psicossocial, a (Larissa) falou... Ô, (José)⁴, vem aqui um pouquinho. [...] Aí eu fui. Ela falou assim, a gente vai fazer esse senso aqui e tem que ter o quesito cor, né? Aí eu falei, tem, tem que ter, (Larissa). Tem que ter, mas não adianta nada só ter. **Tem que ter e ele tem que ser uma categoria de análise**. Aí, bom. Então, **elas colocaram no Censo Psicossocial as cinco categorias do IBGE Branco, Preto, Pardo, Amarelo e Indígena**. Para que as pessoas que fossem fazer o treinamento, etc. coletassem essa informação. Elas coletaram ... coletaram o Censo, rodou. Quando voltou quando elas começaram a analisar, elas iam simplesmente descrever o perfil da população segundo o raça/cor. Aí elas descreveram e falaram, e de novo, aquela coisa. [...] Eu tô lá na minha sala, no meu canto, a (Larissa): - (José)!, vem aqui! **Elas estão falando que não deu diferença nenhuma, olha aqui os percentuais**. Aí eu disse: mas **vocês estão olhando só a proporção**. Vocês têm que **olhar essa proporção e colocar ela em diálogo com a proporção na população do Estado**. Aí aquilo que era 16% de pessoas pretas e 23% de população parda **não batia com a população do censo do estado de São Paulo naquele momento**, que era 4% de população preta e 26% de população parda. Dá pra entender? **Então você tem, no senso, no senso do IBGE, você tem, no estado de São Paulo, 4% de população preta, no senso psicossocial você tinha 16% de pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos, no senso IBGE você tem 26% da população, na população internada**. [...] Então, ali já ficou uma pulga atrás da orelha de que que é que tinha pra eles, pro pessoal que trabalhava com a rede psicossocial, tá? Bom, por que é que eu tô dizendo isso? Porque a Maria Lúcia da Silva do Instituto Ama Psyche e Negritude, já... eu acho que em 1990, mais ou menos, é um livrinho vermelho da Opas, que era o discute equidade, ela já sinalizava pra questão da saúde mental. **Mas o pessoal da reforma psiquiátrica nunca tinha olhado e pensado...** a questão racial como um tema da saúde mental, apesar de Barbacena, apesar de tudo que já tinha acontecido, vou chamar de internação, de internação mesmo dessa população nos hospitais psiquiátricos, o pessoal da reforma psiquiátrica não tinha colocado essa questão racial ou racismo como um componente nessa discussão.” (Terra – Grifo nosso)

A(o) sujeita(o), em sua fala inicial “Então, nesse momento, nesse momento eu comecei a olhar, nesse momento da Secretaria Estadual, Eu estava lá quando começou a montar o censo psicossocial do estado de São Paulo”, enfatiza um momento em sua carreira que o fez ampliar a visibilidade e a disseminação da temática étnico-racial dentro do serviço. Ao observar a instituição, percebe que essa questão frequentemente permanece desconhecida ou relegada a segundo plano, como um aspecto não integrado ao cotidiano dos serviços de saúde mental. Ele destaca a importância de incorporar uma sensibilidade específica que a equipe precisa desenvolver, abordando o tema como uma questão essencial para o serviço, e não apenas como uma resposta a demandas institucionais. O sujeito também demonstra diversas qualidades para lidar com os desafios que o racismo pode trazer e convida o restante da equipe a refletir e atuar

⁴ O autor realizou a alteração dos nomes originais.

sobre essas questões.

Conforme David (29), embora se possa imaginar um futuro onde as diferenciações e identificações deixem de ser necessárias, no contexto atual ainda é indispensável buscar a igualdade a partir das diferenças. Raça, gênero, classe social e faixa etária constituem, portanto, dimensões fundamentais que não podem ser ignoradas nas análises das interações humanas e que frequentemente se sobrepõem. Esses aspectos são centrais na contemporaneidade, exigindo que as instituições de saúde estejam preparadas para implementar políticas e instrumentos que priorizem essas dimensões.

A(o) sujeita(o) chama atenção para os limites da política no que tange a sua aplicação e efetividade ao revelar que “o pessoal da reforma psiquiátrica nunca tinha olhado e pensado... a questão racial como um tema da saúde mental”. Para Selli (66), a capacidade do ‘agente da ação’ de discernir ou de possuir critérios capazes de ajudá-lo a discriminar as dimensões social e política, ou também, a capacidade de intervir de forma ativa na definição de políticas públicas é caracterizado como uma dimensão crítica da solidariedade. De acordo com a autora, a participação politizada, comprometida, ativa e beneficente do agente permite a construção das condições necessárias à democratização efetiva do Estado.

Ainda de acordo com Selli (66) “a solidariedade, como princípio da liberdade, prescinde e transcende prescrições e imposições de qualquer ordem; pelo contrário, sua prática expressa o exercício da liberdade” (66, p. 19). Para Passos (27), na dimensão ético-política “a liberdade é uma premissa basilar da atenção psicossocial” (27, p.120). É possível extrair deste referencial que dentro da perspectiva antimanicomial, a liberdade implica respeito pelas diferenças e um tipo de cuidado que valoriza a capacidade dos indivíduos de fazer suas próprias escolhas. Esse princípio orienta o compromisso com a autonomia, a emancipação e o desenvolvimento pleno das potencialidades dos indivíduos em sociedade.

A dimensão ético-política que aqui destacamos se relaciona também, conforme Pereira (143), com determinados conhecimentos que só adquirem significado pleno e podem ser efetivamente assimilados quando aqueles que os recebem estão comprometidos com um processo de autotransformação ético-política. Nesse sentido, o letramento racial poderá encaminhar o indivíduo para a reflexão consciente sobre o tipo de mundo que desejamos construir. No contexto da gestão saúde, a busca por práticas antirracistas transforma o letramento racial em uma ferramenta indispensável para refletir criticamente sobre nosso modo de pensar, sentir e agir.

A compreensão da liberdade nos conduz a um diálogo profundo com outras perspectivas diante da dimensão intangível apresentada na fala do sujeito. Fu-Kiau (2001 apud Camilo,

2022), estudioso congolês da vida comunitária baseada nos princípios africanos bantu-kongo, observa que processos de desequilíbrio na saúde de um indivíduo refletem-se em todo o corpo social e que o reequilíbrio pode ser alcançado por meio das dinâmicas e forças da comunalidade (116). Beatriz Nascimento (55) reforça essa visão ao destacar que, ao focar nas próprias histórias e experiências, as pessoas negras evitam restringir-se às narrativas do opressor, cuja principal referência é a escravidão. Em vez disso, voltam-se para um entendimento enraizado em quem são e nas comunalidades que as antecedem, valorizando o senso de pertencimento, a conexão afetiva, a solidariedade, a dignidade e a própria existência.

Camilo (116) complementa ainda que, os valores centrais das comunidades africanas, como a solidariedade vital, a harmonia com a natureza, a fé em uma força transcendental, e as expressões culturais e artísticas dos modos de ser e viver, são inspirações e referências fundamentais para o desenvolvimento de práticas e conhecimentos voltados à saúde da população negra. Esses valores, ao serem incorporados, podem orientar práticas e ações estratégicas de saúde que resgatam a dignidade e a coletividade que sustentam a saúde mental e o bem-estar.

Retomando a análise sob uma perspectiva indutiva, observa-se que um dos sujeitos manifesta preocupação com a importância da coleta de dados e direcionamento das ações com base no quesito raça/cor ao inferir que “o pessoal da reforma psiquiátrica nunca tinha olhado e pensado... a questão racial como um tema da saúde mental”. David (29) observa que, no Brasil, questões raciais tendem a ser evitadas tanto por profissionais quanto por usuários do SUS. A pesquisa de Santos & Santos (44) com profissionais de atenção primária revela que muitos profissionais consideram a questão racial desnecessária ou acreditam que abordá-la poderia fomentar discriminações. Em nosso estudo, nos deparamos com outras realidades vividas pelas(os) entrevistadas(os) sobre o tema:

“Como os dados anteriores já demonstram, a população negra é a que mais acessa o sistema único de saúde, né? Mas só que isso só é possível também de se revelar a partir do preenchimento do quesito raça-cor, que é obrigatório nos sistemas de saúde, mas não necessariamente... As orientações de pensar a importância do quesito raça-cor, como isso interfere, a percepção desses gestores, como operar isso, a própria política nacional de saúde mental para a população indígena, quais são as estratégias que a gente pode construir em territórios quilombolas, que isso também é fundamental. E aí essa articulação com a Ministra da Igualdade Racial já vem sendo feita. Então essas são algumas das estratégias que a gente vai adotando. A necessidade da viabilização de um censo psicossocial, dos usuários atendidos nos CAPS, reconhecer o perfil desses usuários, identificar, entendendo o atravessamento étnico-racial nos diferentes territórios geográficos do país. Então, a gente não pensa... numa especialidade, mas **pensamos dentro daquilo que já viabilizamos, dentro do sistema único de saúde, com os princípios da reforma, garantindo a política nacional de saúde integral da população negra**, a qualificação desses pontos,

principalmente no diálogo com os gestores.” (Água – Grifo nosso)

Considera-se que a postura da(o) sujeita(o) ao revelar é de reconhecimento das implicações do racismo nas iniquidades em saúde. Para além, apresenta possíveis intervenções no cenário da saúde mental, o que corrobora para uma prática pautada pela solidariedade crítica que, segundo Selli (66), “revela-se pela capacidade dos agentes de despertar as pessoas para que participem, consciente e criticamente, de questões que envolvem as problemáticas sociais”(66, p. 20). Contrariamente ao que se observa no estudo de Santos & Santos (44) em que, nas narrativas dos profissionais da atenção primária, “é possível perceber o mito da democracia racial, ou seja, de que não existe racismo no Brasil”(44, p. 566).

Selli (66) também ressalta em seu estudo que, a cultura da participação é um componente chave para “a educação, para a conscientização, para o comprometimento pessoal dos sujeitos sociais no processo de mudança” (66, p.20). De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (138), para que as instituições reforcem as ações afirmativas é indispensável que todos os profissionais estejam apropriados do debate acerca do racismo (e do sexismo, e do classismo), o que implica também conhecer os marcos legais e lógicos sobre o tema. Assim, a(o) sujeita(o) complementa:

“E eu não posso deixar destacar a necessidade da educação permanente, que a saúde mental da população negra é um tema que a gente está pensando. Mas também articulado, por exemplo, com a questão da violência, a violência étnico-racial, a violência armada, a violência de gênero, e que o racismo é presente nessas marcações e que impactam diretamente a saúde mental da população dele.” (Água – Grifo nosso)

Ainda no trecho anterior, ao falar “E eu não posso deixar destacar a necessidade da educação permanente”, a(o) sujeita(o) se refere a complexidade do trauma psicossocial coletivo ocasionado pelo racismo. Segundo Passos (27), é fundamental romper com a burocracia, o engessamento e os procedimentos rígidos para construir uma atuação que seja criativa, dialógica e crítica, caminhando em direção oposta ao modelo de sociedade atual. Para Pereira(143), o letramento racial mais do que uma simples mudança de terminologias ou convenções linguísticas, trata-se de assumir um envolvimento profundo com uma jornada de transformação, tanto pessoal quanto institucional. Essa jornada deve estar ancorada em um compromisso ético-político sólido, orientado para a promoção de um cuidado em saúde que reconheça e combata as desigualdades raciais, consolidando práticas de equidade.

“[...] E aqui demarcamos que a saúde mental que a gente defende, ela **não está**

propondo uma especialidade para a população negra. O que a gente entende é que os equipamentos que constituem a RAPS, em destaque aqui pensando os centros de atenção psicossocial, que são os pontos centrais de viabilização de cuidado em saúde mental, devem construir estratégias e ações de combate ao racismo. Isso passa desde o manejo clínico até a própria gestão dos serviços, que eu acho que é preciso direcionar... Porque uma das questões que vem aparecendo de maneira em geral é que há uma compreensão que a saúde mental da população negra exige uma ação especializada. E não é isso que nós estamos propondo. Estamos propondo que dentro da política e dos seus serviços haja diretrizes e ações que viabilizem o cuidado integral e saúde mental entendendo que o racismo... ele é um dos determinantes sociais da saúde. Dito isto, é preciso relacionar a política de saúde mental, álcool e outras drogas, com a política nacional de saúde integral da população negra. E de como que a gente dialoga com essas políticas para pensar as diretrizes e ações do departamento.” (Água - Grifo nosso)

O fato da(o) sujeita(o) entender “que os equipamentos que constituem a RAPS, em destaque aqui pensando os centros de atenção psicossocial, que são os pontos centrais de viabilização de cuidado em saúde mental, devem construir estratégias e ações de combate ao racismo” revela uma sensibilidade para a presença da temática racial, porém deve perpassar as relações micro e macropolíticas que consolida a luta antirracista. Aqui destacamos a tarefa da descentralização como um compromisso bioético-político para a desinstitucionalização do racismo. Para Werneck (137):

A descentralização aproxima a Política da população, mas pode tornar-se um momento da pulverização e da multiplicação das resistências. Assim, é importante a atuação articulada e a troca de informações e experiências com as organizações nacionais e locais das diferentes regiões, como forma de aproveitamento das experiências já testadas e bem sucedidas. E também para adquirir mais forças contra as resistências. (137, p. 20)

Contudo, observamos que as(os) sujeitas(os) de pesquisa adotam uma ética de caráter reformista e libertária, evidenciada pelo reconhecimento dos sujeitos, das limitações institucionais e pelos esforços empreendidos para tornar as ações estratégicas mais eficazes. O compromisso com a luta antimanicomial e antirracista é visivelmente demonstrado.

5.5 Categoria “Materialidade das ações estratégicas.”

As políticas de ações afirmativas promovidas pelo Ministério da Saúde têm desempenhado um papel fundamental na consolidação do princípio da equidade em saúde. Pudemos identificar iniciativas que visam transformar a cultura institucional e implementar práticas efetivas que abordem a reparação histórica e o enfrentamento das desigualdades que afetam grupos sistematicamente marginalizados, como pessoas negras, indígenas e mulheres. Além disso, essas políticas buscam assegurar um acesso mais equitativo a oportunidades dentro da carreira pública. A aplicação dessas ações afirmativas reflete o compromisso do Ministério

em incorporar as realidades concretas da população brasileira no planejamento e execução de todas as políticas de saúde.

Em novembro de 2024, na cidade do Rio de Janeiro, foi realizado o II Seminário Ética na Conscientização racial: saúde sem racismo (164) organizado pelo MS. Nesta ocasião, foi possível observar ações realizadas pelo MS amplamente discutidas no evento e os esforços para a recomposição de políticas de saúde e aparelhamento institucional. No que tange ao tema Racismos e saúde da população negra, fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde e incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra identificamos algumas iniciativas que merecem destaque:

- 1) **Produção de Curso básico no PROFEPI:** Essa iniciativa é resultado de uma colaboração entre a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA/MS) e a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde da População Negra.
- 2) **Oficina de letramento racial:** propõe um ambiente formativo voltado à conscientização e capacitação de profissionais da vigilância em saúde, com o objetivo de promover a equidade étnico-racial por meio de práticas reflexivas e transformadoras.
- 3) **Café com Equidade:** Configura-se como um espaço de diálogo interativo, organizado em formato de rodas de conversa, com foco na reflexão sobre os impactos do racismo, capacitismo, LGBTQIAPN+fobia e machismo na saúde, ampliando perspectivas críticas sobre as questões de equidade.
- 4) **Seminário Relações Étnico-raciais, Gênero e Sexualidade em Saúde:** Trata-se de uma oficina piloto, direcionada a estudantes, profissionais e gestores de saúde, pesquisadores, conselheiros de saúde, docentes e representantes de movimentos sociais e instituições acadêmicas, com previsão de expansão para outros estados em 2025.
- 5) **Caravana FormaSUS com a perspectiva étnico-racial:** Desenvolvida pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), essa ação busca mobilizar diferentes regiões do país para responder às demandas de formação profissional orientadas ao

Sistema Único de Saúde (SUS), incorporando a perspectiva étnico-racial.

- 6) **Comitê Técnico Interministerial de Saúde da População Negra:** Criado em 2024, este comitê reúne o Ministério da Saúde e as pastas de Igualdade Racial, Direitos Humanos e da Cidadania, com a finalidade de coordenar ações intersetoriais para a promoção da saúde da população negra.
- 7) **Grupo de Apoio à Assessoria para Equidade Racial em Saúde:** Estabelece-se como um grupo permanente de diálogo com a sociedade civil, ligado ao gabinete ministerial, para fortalecer a gestão estratégica e participativa por meio da colaboração com movimentos sociais negros.
- 8) **Seminário Nacional "Saúde sem Racismo": Dialogando com Movimentos Sociais":** Visa expandir os debates sobre o combate ao racismo no Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo discussões em conjunto com os movimentos sociais.
- 9) **Encontro Regional: "Abordando las Desigualdades Étnico-raciales en Salud":** Realizado em junho de 2024, esse encontro nacional contou com a participação de representantes de comunidades negras, quilombolas e indígenas, discutindo questões relacionadas às desigualdades étnico-raciais em saúde.
- 10) **Projeto de Vulnerabilidades Étnico-Raciais, Ambiente, Clima e Impacto na Saúde (VERACIS):** Implementado no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), esse projeto busca avaliar as condições de saúde de populações vulneráveis, considerando o racismo ambiental, desigualdades na rede pública e suas interrelações com fatores socioambientais e climáticos nos seis biomas brasileiros.
- 11) **Financiamento de pesquisas avaliativas da Política Nacional de Saúde da População Negra:** A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS) está conduzindo o desenvolvimento de duas pesquisas avaliativas sobre a implementação e os resultados dessa política.
- 12) **Publicação dos boletins epidemiológicos de Saúde da População Negra:** Esses boletins, lançados durante o 1º Seminário Nacional de Vigilância em Saúde da População Negra, em 2023, apresentam dados relevantes para o

monitoramento das condições de saúde dessa população.

- 13) **Oficina de educação antirracista em saúde no Módulo de Acolhimento e Avaliação do Programa Mais Médicos - MAAv:** essa formação, obrigatória para novos profissionais do Programa Mais Médicos, organizada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), visa promover práticas antirracistas e preparar os participantes para uma atuação ética e inclusiva.

Para além dessas iniciativas discutidas no seminário (164), identificou-se a necessidade de organizar os trechos das entrevistas em duas subcategorias, visando complementar a compreensão dos achados ao longo da elaboração deste trabalho. Para isso, optou-se pela apresentação das ações e planejamentos em formato de tabela, de modo a facilitar algumas inferências éticas que, como descrito por Richardson et al. (144), consiste em uma “operação pela qual se aceita uma proposição em virtude de sua relação com outras proposições já aceitas como verdadeiras” (144, p. 177). Assim, destacam-se inferências baseadas em premissas previamente validadas por outros estudos que abordam o tema em questão.

As subcategorias que surgem agora são denominadas como:

- 1) “Colaboração intersetorial e recuperação”: abrange as iniciativas de colaboração entre o setor da saúde e vários outros setores, como a educação. Nesta subcategoria, a elaboração das ações e suas aplicações desvendam a visão das(os) sujeitas(os) na complexa tarefa de reparação e recuperação da política de saúde mental.
- 2) “A saúde mental existe em um *continuum*”: Entender que a saúde mental existe em um continuum implica a necessidade de retomada de diferentes formas de abordagens e cuidados. Nesta subcategoria, se revela a importância da continuidade e a criatividade de políticas para a construção de redes discursivas e institucionais antirracistas.

A seguir um esboço das ações e as inferências éticas que surgem a partir das reflexões desta análise:

Tabela 1 – Ações estratégicas e inferências éticas

SUBCATEGORIAS	RESPOSTAS/ AÇÕES	INFERÊNCIAS BIOÉTICAS
<p>Colaboração intersetorial e Recuperação/Reparação</p>	<p>“Uma outra estratégia, inclusive, que se realizou essa semana, foi a Oficina Nacional de Saúde Mental e Combate ao Racismo, que aconteceu durante o encontro de coordenadores estaduais e das capitais de saúde mental aqui em Brasília, especificamente na Fiocruz, para pensar como dentro da gestão, ou seja, dentro da operacionalização da política, e aí articulando a gestão federal, a gestão estaduais e das capitais, pensa-se uma diretriz... para se pensar essa operacionalização clínica e política do combate antirracismo. Estou trazendo aqui o antirracismo como uma direção da estratégia em relação a pensar saúde mental e população negra.” (Água – Grifo nosso)</p>	<p>Consideramos que uma esfera organizacional que dialoga no contexto do pluralismo moral, fundamentada em um referencial teórico específico e voltada para ações e intervenções que priorizem de forma radical a população negra e a promoção de transformações sociais inclusivas, representa um valor bioético-político. (66)</p>
	<p>“Então a gente cria uma portaria, a portaria 2198 de 2023, de 6 de dezembro de 2023, que a gente chama de portaria antirracista, em que a gente define ali quais seriam, quais serão a necessidade do Ministério da Saúde montar um plano de ações de enfrentamento ao racismo. E colocamos as linhas prioritárias. Morte materna, saúde mental, doença falciforme, hipertensão e diabetes.” (Terra – Grifo nosso)</p>	<p>Estabelecer um mecanismo de transição, mobilização e transformação para o enfrentamento do racismo e suas repercussões na saúde mental da população negra revela um compromisso bioético-político para a desinstitucionalização do racismo. Esta ação configura o compromisso com a autonomia e a emancipação dos indivíduos sociais. (27)</p>

<p>Colaboração intersetorial e Recuperação/Reparação</p>	<p>“Ah, nós lançamos um programa das mulheres trabalhadoras do Ministério por Gênero e Raça” (Terra – Grifo nosso)</p>	<p>Reconhecer, dialogar e protagonizar um programa para as mulheres, sobretudo mulheres negras, revela a busca por relações que favoreçam diálogo, participação, transparência, ética, valorização e respeito à pluralidade. (27)</p>
	<p>“Agora nós temos que fazer muitas mudanças, muitas mudanças você tinha por exemplo até uns dias atrás você tinha rede cegonha a partir de antes de ontem você não tem mais Rede Cegonha você tem Rede Aline Pimentel, quem é Aline Pimentel? Uma mulher negra de Belfort roxo que o racismo matou a Aline, morte materna, peregrinou, péssima assistência...a morte materna dela fez com que o Brasil fosse processado, levou o Brasil à corte internacional. E é essa mulher negra periférica que leva o nome de uma rede de atendimento a saúde da criança e do bebê. Então é outro jeito de pensar a atenção às pessoas.” (Terra – Grifo nosso)</p>	<p>A composição de ações que se expressa pela representação simbólica de resistência ou (não) sobrevivência de pessoas negras reféns do racismo estrutural se baseia na garantia da existência em razão da defesa da sobrevivência das pessoas negras. Nesse sentido, consideramos assim como David (29), que a memória é instrumento que promove robustez a ética que mira a liberdade e que pretende assegurar a condição humana dessa população.</p>
<p>A saúde mental existe em um continuum</p>	<p>E o olhar hoje do Ministério é essa retomada de comitês técnicos, é o fortalecimento do Conselho de Saúde, regionais, os estaduais e os municipais. Esse fortalecimento é fundamental para que a gente consiga avançar no que tanja a saúde da população negra. (Ar – Grifo nosso)</p>	<p>Os comitês técnicos, ao incentivar a criação de espaços de governança participativa nos serviços de saúde, descentralizar a implementação de políticas e fortalecer a governança no enfrentamento das iniquidades raciais na atenção à saúde, contribuem para o monitoramento e a fiscalização por meio de representantes, promovendo condições verdadeiramente comprometidas com a equidade. (60)</p>

A saúde mental existe em um continuum	<p>“A gente pensou de uma forma de você começar a capilarizar essa discussão é você montar comitês, pequenos comitês dentro dos CAPS. Vamos fazer, montar um pequeno comitê dentro do CAPS, pega um pouco de recurso e coloca pra CAPS que quiserem aderir e ter comitê, etc.” (Terra – Grifo nosso)</p>	<p>Segundo David (29), ao envolverem-se ativamente na luta antirracista, os CAPS e a reforma psiquiátrica podem alcançar maior efetividade, promovendo práticas de cuidado que integrem a equidade racial como um princípio fundamental. Consideramos que essa postura não apenas potencializa a atuação desses serviços, mas também reafirma um compromisso bioético essencial, voltado para a construção de uma assistência verdadeiramente transformadora.</p>
	<p>“A gente está trabalhando com o carro chefe é fazer letramento racial, educação antirracista para profissionais de saúde, principalmente da atenção primária.” (Ar – Grifo nosso)</p>	<p>Passos (27) argumenta que, diante dos apagamentos e silenciamentos gerados pela colonialidade, o conhecimento é fonte e potência de vida, e sua negação implica destruição. Nesse sentido, torna-se essencial resgatar memórias coletivas que promovam ou tenham promovido rupturas com o saber-fazer imposto pela colonialidade. Apenas ao conhecer o passado é possível construir mudanças no presente e projetar caminhos para o futuro.</p>

Fonte: próprio autor.

A articulação intersetorial evidenciada nas ações descritas, como a Oficina Nacional de Saúde Mental e Combate ao Racismo e a implementação da Portaria nº 2198/2023, reflete um compromisso com a promoção da equidade étnico-racial na saúde mental da população negra. Essas iniciativas, fundamentadas na Bioética de Proteção, reforçam a necessidade de resguardar populações vulneráveis por meio de estratégias que desinstitucionalizem o racismo e promovam mudanças estruturais nos serviços de saúde. Como destaca Schramm e Kottow (159), a BP prioriza a defesa de grupos expostos à exclusão social, o que se alinha ao compromisso de garantir autonomia e dignidade às populações afetadas pelo racismo estrutural.

A introdução de programas como o de mulheres trabalhadoras por gênero e raça e a renomeação da Rede Cegonha para Rede Aline Pimentel exemplificam como a memória e a representação simbólica podem contribuir para o fortalecimento de políticas públicas mais inclusivas e humanizadas. Sob a perspectiva da Bioética de Intervenção, que, segundo Garrafa e Porto (108), busca promover mudanças sociais em contextos de desigualdade, essas ações representam um esforço para valorizar a memória coletiva e confrontar as desigualdades que impactam a saúde da população negra, promovendo uma ética comprometida com a liberdade e a equidade.

Por fim, a descentralização das políticas de saúde mental, por meio do fortalecimento de comitês técnicos e da implementação de letramento racial nos serviços de atenção primária, reflete a interseção entre a BP e a BI. Essas ações incentivam a participação comunitária e reafirmam o valor do conhecimento como ferramenta para a transformação social e institucional. Como argumentam Borret et al. (165), resgatar memórias coletivas e implementar práticas antirracistas são passos fundamentais para descolonizar saberes e práticas, promovendo uma assistência em saúde que assegure condições de vida dignas para populações historicamente marginalizadas.

5.1.1 Diálogos a partir da extensão do campo de pesquisa: evidências e reflexões sobre a 17ª conferência nacional de saúde e a 5ª conferência nacional de saúde mental

As Conferências de Saúde representam um marco de referência da participação social. Na perspectiva da BI e do conceito de solidariedade crítica cunhado por Selli (66), “a cultura da participação é essencial para a educação, para a conscientização, para o comprometimento pessoal dos sujeitos sociais no processo de mudança” (66, p. 20) Nesses termos, refletimos como as propostas da 5ª CNSM nos encaminham, de acordo com Krenak (144), “para sair de uma atitude de negação da vida para um compromisso com a vida” (144, p. 234)

As conferências emergem como ambientes propícios para o diálogo e para a promoção de transformações profundas no modelo de sociedade e nos modos de assistência oferecidos em saúde mental (139). Esses espaços podem ir além da simples afirmação de verdades ou respostas prontas, ou seja, promovem a construção coletiva de novos saberes, especialmente a partir das vivências e experiências dos participantes da Conferência. A participação ativa e culturalmente engajada poderá fortalecer o compromisso e a dedicação dos indivíduos no processo de mudança estrutural. Assim, as propostas escolhidas nessas conferências atuam como catalisadoras para o desenvolvimento de ações estratégicas genuinamente comprometidas com a luta antirracista. (140)

A estrutura das Conferências de Saúde é desenhada para maximizar a inclusão e a representatividade. O processo é organizado em etapas iniciadas no nível municipal, posteriormente, as discussões avançam para as etapas estaduais e culminam na etapa nacional, cuja principal contribuição é o Relatório Final. Esse documento apresenta diretrizes, propostas e moções que buscam orientar a gestão pública e oferecer um instrumento de monitoramento pela sociedade, reforçando o compromisso com a transparência e a responsabilização. (54)

Sob a perspectiva da Bioética de Intervenção e da Bioética de Proteção, as Conferências representam um esforço para garantir a equidade no contexto da saúde pública. Logo, estas ferramentas se estruturam no combate às desigualdades estruturais e a promoção do bem-estar coletivo, propondo não apenas identificar iniquidades, mas também atuar para corrigi-las, valorizando a participação ativa das comunidades na formulação de políticas que reconheçam e respeitem suas especificidades culturais, sociais e econômicas. (162)

Nesse sentido, as Conferências de Saúde configuram um espaço onde a bioética se materializa na prática, articulando direitos e democracia para responder aos desafios impostos por um sistema de saúde marcado por desigualdades históricas.

No que tange a minha participação na 17ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), destaco evidências da transversalização da pauta da equidade étnico-racial. A primeira diz respeito a uma das raízes da ética de proteção, segundo Schramm (159): o compromisso ético-político daqueles envolvidos na construção das ações estratégicas. Durante minha curta participação no evento pude notar a expressiva participação dos movimentos sociais negros que fizeram refletir no Plano Nacional de Saúde 2024-2027 pela primeira vez um eixo para equidade de gênero, raça, territórios e periferia. Esse fato revela que em níveis hierárquicos, políticos e institucionais a PNSIPN poderá ser transversalizada, pois reconhece que os riscos e danos associados fenômeno do racismo não coloca em jogo “apenas a possibilidade de diferentes danos e benefícios, mas a constituição social de posições de autoridade e poder para administrar danos e benefícios”. (162, p. 43)

Na 5ª CNSM, estabeleço um diálogo informal com uma participante do evento. Aliás, o evento é um espaço de trocas de vivências e escrevivências nas quais não se pode deixar escapar. Na ocasião, conversamos sobre o tema da minha pesquisa e logo a participante destaca na conversa a criação do Decreto nº 11.785. O decreto trata do Programa Federal de Ações Afirmativas (PFAA) que tem como objetivo principal promover direitos e a equiparação de oportunidades na administração pública federal por meio de ações afirmativas destinadas às populações negra, quilombola e indígena, às pessoas com deficiência e às mulheres, consideradas as suas especificidades e diversidade. A participante ainda destaca que o Comitê Gestor do PFAA é composto por diferentes órgãos e instâncias do governo federal, dentre eles: o Ministério da Igualdade Racial, a Casa Civil da Presidência da República, o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, o Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos, o Ministério das Mulheres, o Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ministério dos Povos Indígenas e a Escola Nacional de Administração Pública.

Essa articulação também se dá a nível do MS e que mais uma vez representa a transversalidade dos assuntos relacionados às questões étnico-raciais. As mudanças no cenário político brasileiro revela a relevância e a urgência dos encaminhamentos para a resolução das iniquidades em saúde; sobretudo, o avanço é resultado da resistência de todas as pessoas, sobretudo as pessoas negras, na árdua responsabilidade da garantia do bem-viver.

Assim, reunimos as propostas da V Conferência Nacional de Saúde Mental a partir do Relatório Nacional Consolidado constituído pela sistematização das propostas das Conferências Estaduais, do Distrito Federal e das Conferências Livres Nacionais. O relatório é composto por quatro eixos temáticos, no qual decidimos selecionar as 15 propostas que se alinham a este estudo a partir do Eixo 3 – Política de saúde mental e os princípios do SUS: universalidade,

integralidade e equidade.

A seguir, analisamos as propostas inspiradas em alguns artigos da DUBDH (105) e articuladas com a Declaração de Durban (169). Esta última ressalta valores essenciais, como solidariedade, respeito, tolerância e multiculturalismo, que servem como base moral e referência para o enfrentamento global do racismo, da discriminação racial, da xenofobia e de outras formas de intolerância.

Diante desse contexto, apresentamos reflexões e contribuições fundamentadas nessas declarações e em outros referenciais teóricos. A proposta é adotar uma linguagem que evidencie o protagonismo negro, ampliando o discurso e a percepção sobre novas discussões, de modo a construir iniciativas que possibilitem o enfrentamento dos impactos da colonialidade. Embora esse caminho apresente desafios, trata-se de uma escolha que se manifesta como um ato político de resistência. (171)

A sistematização das reflexões das propostas primou por dialogar com três dimensões acerca da questão “cuidado X desenvolvimento social”, a saber:

- Respeito e multipluralismo⁵: nesta dimensão, as propostas são lidas como um compromisso de garantir a dignidade humana, os direitos fundamentais e as liberdades individuais. Ou seja, não podem ser utilizadas como justificativa para restringir ou comprometer esses valores essenciais.
- Solidariedade e Cooperação: se alinha à transversalização do tema com as diversas abordagens de diálogo com diferentes setores e ministérios. Estas atitudes e proposta são lidas como resultado da cooperação entre os propositores em busca da igualdade de oportunidades real e abrangente em todas as esferas, incluindo o desenvolvimento social e econômico.
- Responsabilidade: esta dimensão se preocupa com a construção de bases comuns entre os grupos que devem estar fundamentada em uma ética que reconheça e valorize as diferenças, sem negligenciá-las. Descreve a postura vigilante que o estado deve ter em reconhecer os impactos históricos e contínuos do racismo estrutural e a responsabilidade da aplicação das ações afirmativas nas áreas de emprego, moradia e educação.

⁵ A palavra é resultado da combinação de multiculturalismo e pluralismo, sugerindo uma sociedade que valoriza tanto a diversidade cultural quanto a coexistência harmoniosa de diferentes ideias e perspectivas. Esta palavra também significa a colaboração entre diferentes grupos sociais, o encorajamento ao diálogo e a aceitação das identidades.

Tabela 2 – Propostas da V Conferência de Saúde Mental e reflexões bioéticas.

	PROPOSTAS	DIMENSÕES BIOÉTICAS	REFLEXÕES BIOÉTICAS
1	<p>Colocar em pauta a discussão sobre o cuidado de povos indígenas, quilombolas, LGBTQIAPN+ e demais populações e povos em situação de vulnerabilidade e/ou negligenciados, respeitando suas culturas e saberes ancestrais e tendo em vista o alto índice de suicídios nessas populações/povos, criando programas de acompanhamento e tratamento humanizados dentro das escolas de forma contínua, reduzindo casos graves dentro dos CAPS, sendo imprescindível uma rede de apoio contínuo e inclusão das PICS e demais saberes tradicionais, como tratamento não farmacológico. (Proposta do relatório nacional consolidado – Grifos nosso)</p>	<p>Respeito e Multipluralismo; Solidariedade e Cooperação; Responsabilidade.</p>	<p>De modo a contribuir e perceber instrumentos contracoloniais, a ideia de Nascimento (145) colabora para pensarmos a saúde mental em um continuum. A <i>Ikupolítica</i>, inspirada na cosmovisão dos terreiros de origem iorubá, contrapõe-se às necropolíticas, propondo uma ressignificação das relações entre vida e morte; e como uma ferramenta possível, busca reconstruir modos de vida e espaços subjetivos baseados no suporte coletivo e na responsabilidade comunitária.</p>
2	<p>Construir políticas públicas que integram serviços do Sistema Único de Assistência Social às políticas de Saúde Mental para acolher, acompanhar e reabilitar pessoas em situação de rua, pensando nas especificidades de pessoas grávidas, pessoas com deficiência, famílias, crianças, pessoas negras, LGBTQIAPN+, idosos, imigrantes e todos os demais grupos e suas particularidades. (Proposta do relatório nacional consolidado – Grifos nosso)</p>	<p>Solidariedade e Cooperação; Responsabilidade.</p>	<p>Ao propor uma integração entre assistência social e saúde mental, nos deparamos com a oportunidade de construir redes de cuidado que acolham pessoas em situação de vulnerabilidade. Essa proposta nos convida a refletir sobre o que significa oferecer dignidade a quem enfrenta situações extremas, promovendo o acesso a serviços que respeitem as singularidades humanas.</p>

3	<p>Implementar políticas públicas para a moradia social que se integrem às ações e serviços da Política Nacional de Saúde Mental contemplando as especificidades das pessoas grávidas, pessoas com deficiência, famílias, crianças, pessoas negras, LGBTQIAPN+, idosos, imigrantes e todos os demais grupos e particularidades de quem está em situação de rua. (Proposta do relatório nacional consolidado – Grifos nosso)</p>	Responsabilidade.	<p>Essa proposta considera os impactos da desinstitucionalização, destacando a relação entre moradia e cuidado em saúde mental. Passos (27) define o cuidado como a “satisfação” das necessidades fundamentais para a manutenção da existência e produção da vida, mediado por conexões materiais. Nesse contexto, há indivíduos que não conseguem suprir essas demandas de forma autônoma, necessitando de suporte para lidar com os desafios do cotidiano. “Assim, o cuidado é compreendido como sendo essa interdependência, tendo ao mesmo tempo a necessidade do indivíduo para existir e a ação para suprir” (27, p. 120). Além disso, o cuidado é entendido como um valor ético-político e como trabalho, apontando a responsabilidade coletiva de toda a sociedade em sua promoção.</p>
---	--	-------------------	---

4	<p>Fomentar o funcionamento de uma rede de cuidado em Saúde Mental de qualidade, contínua, resolutiva e de base territorial, em todos os níveis de atenção à saúde, garantindo que as pessoas em sofrimento mental e em uso prejudicial de álcool e outras drogas possam ter acesso a tratamentos, medicamentos e acompanhamentos mediante ações de prevenção, promoção em saúde, inserção social e garantia de direitos, através de articulações intersectoriais, reconhecendo as diferenças e diversidade étnica, racial, de identidade de gênero e orientação afetiva, nas condições de vida, de acordo com as necessidades de cada pessoa.</p> <p>(Proposta do relatório nacional consolidado – Grifos nosso)</p>	Responsabilidade.	<p>Construir redes de cuidado que considerem a diversidade étnica, racial e de gênero é reconhecer que a saúde mental não é uma experiência homogênea. Passos (27) propõe uma abordagem que posiciona o território como o eixo central do trabalho de cuidado. Logo, o cuidado é compreendido como uma prática ampliada, que vai além do espaço clínico tradicional ao se conectar com as dinâmicas vivas do território, pois integra saberes, disciplinas e práticas socioculturais.</p> <p>Para atuar nesse contexto, a autora ressalta que é fundamental superar as barreiras burocráticas, promover uma atuação mais criativa, dialógica e crítica, mapear a organização e distribuição do espaço, compreender o perfil populacional, sua história, as instituições, bem como identificar conflitos e contradições. Para além, reivindica a urgência de construir práticas de cuidado que não reproduzam opressões e tem como desafio uma sociedade que promove o sofrimento e o adoecimento psicossocial, oferecendo a patologização e a medicalização como respostas predominantes.</p>
---	---	-------------------	---

5	<p>Transversalizar às práticas do enfrentamento ao racismo estrutural, respeito às identidades de gênero e sexualidades, construindo informações sobre os usuários por raça, identidade de gênero e orientação sexual para fundamentar Políticas para as populações minoritárias – trans, travestis, camponeses, indígenas, pessoas em situação de rua, crianças, idosos/as, de modo que a Rede de Atenção Psicossocial atue na prevenção, promoção e produção de saúde. Todas as pessoas devem ser respeitadas em sua religião, raça/cor/etnia, classe social e gênero na defesa da pluralidade dos espaços e nas representações sociais. Garantir uma produção de cuidado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial fundamentada na leitura dos marcadores sociais, raça/etnia, gênero, sexualidade, geração e classe social, em especial do atravessamento das diversas violências de gênero e raça na geração de sofrimento psíquico. (Proposta do relatório nacional consolidado – Grifos nosso)</p>	<p>Respeito e Multipluralismo; Solidariedade e Cooperação; Responsabilidade.</p>	<p>Essa proposta destaca a importância de criar espaços que promovam acolhimento, dignidade e respeito à diversidade. Um dos principais desafios dessa iniciativa é envolver os profissionais nos serviços de saúde de forma a enfrentar questões raciais de maneira comprometida. David (147) destaca que a questão racial é frequentemente tratada por profissionais como um tema irrelevante ou, em alguns casos, como um aspecto gerador de discriminação, o que resulta em sua exclusão ou silenciamento nos debates. No contexto brasileiro, essa dinâmica reflete uma tendência ao "congelamento" das discussões sobre raça, onde tanto os profissionais quanto os usuários dos serviços de saúde evitam abordar o assunto. O autor enfatiza a importância de incorporar as implicações das relações raciais para promover o ações que visam reconhecer, valorizar e acolher as especificidades, diferenças, identificações e singularidades que permeiam as experiências vividas pelas pessoas atendidas.</p>
---	--	--	---

6	<p>Garantir o desenvolvimento social, direitos sociais universais, nos territórios indígenas, pessoas em privação de liberdade, ribeirinhos, população do campo, pessoas em situação de rua, povos e comunidades de matriz africana e quilombolas com pessoas LGBTQIAPN+. (Proposta do relatório nacional consolidado – Grifos nosso)</p>	<p>Solidariedade e Cooperação; Responsabilidade.</p>	<p>Essa proposta nos convoca a construir pontes entre os recursos existentes, as necessidades urgentes das comunidades vulneráveis e a resistência às políticas que perpetuam a exclusão e a precarização da vida. Tanto a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) quanto a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) garantem uma série de direitos sociais. Contudo, Vasconcelos e Musse (148) apontam os desafios recorrentes na implementação efetiva dessas leis, destacando questões como a histórica dificuldade de concretizar direitos no Brasil – onde muitas leis "não pegam" ou levam tempo para serem efetivamente aplicadas, além de obstáculos conceituais e jurídicos específicos no debate em saúde mental.</p> <p>Diante disso, como assegurar que as propostas ultrapassem os limites formais das legislações, tornando-se instrumentos efetivos de transformação social, especialmente daqueles que sofrem o impacto cumulativo das opressões estruturais aliado à exclusão por deficiência?</p>
---	---	--	--

7	<p>Desenvolver a política pública de saúde mental para as populações do campo, floresta, ribeirinha, indígena, ciganos, privados de liberdade ou em medida socioeducativa, LGBTQ+, PcD, negros, mulheres em violência e quilombola, incluindo, ainda, as atingidas por desastres socioambientais e barragens, através de ações transversais e interseccionais em todos os níveis de atendimento no SUS público e estatal, gratuito, laico e que respeite cada tradição/cultura dessas comunidades levando em consideração as suas determinantes sociais. (Proposta do relatório nacional consolidado – Grifos nosso)</p>	<p>Solidariedade e Cooperação; Responsabilidade.</p>	<p>Conforme argumenta Moreira (150), as políticas públicas frequentemente operam por meio de um processo de simplificação da complexidade, com o objetivo de oferecer respostas concretas aos problemas que afetam a população.</p> <p>No entanto, essa abordagem muitas vezes se mostra incompatível com a lógica inclusiva e multidimensional da interseccionalidade, que demanda a consideração simultânea de múltiplos eixos de desigualdade. Essa tensão se manifesta, sobretudo, em políticas de grande alcance destinadas a combater desigualdades, discriminação e pobreza. O autor aponta que a superação desses desafios exige o desenvolvimento de caminhos conceituais e metodológicos que estejam à altura da complexidade apresentada. Assim, o processo de formulação de políticas públicas deve identificar e mitigar os fatores que possam gerar novas desigualdades ou intensificar as já existentes. Diante do cenário, é possível conciliar a necessidade de simplificação das políticas públicas para garantir sua aplicabilidade com a complexidade inerente à interseccionalidade, especialmente no contexto da população negra, que enfrenta múltiplas formas de discriminação e exclusão?</p>
---	---	--	--

8	<p>Garantir a PNSIPN (Política nacional da saúde integral da população negra), implementando às políticas públicas direcionadas à saúde mental da população negra brasileira como elemento central da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tendo como ponto fulcral o racismo como determinante de sofrimento contínuo e permanente fonte de sofrimento psíquico da população negra, através da garantia de formação por meio de educação permanente e continuada para todas/todos trabalhadores e gestores da RAPS, de forma regular com tempo de oferta mínimo de 8 (oito) horas de oferta anual, de modo presencial, considerando a obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor a fim de orientar o enfrentamento do racismo e a promoção da equidade em saúde e implementar mecanismos para monitoramento das informações a fim de subsidiar estratégias para enfrentamento do racismo na saúde.</p> <p>(Proposta do relatório nacional consolidado – Grifos nosso)</p>	<p>Solidariedade e Cooperação; Responsabilidade.</p>	<p>Para além da garantia formal, a viabilização de políticas efetivas pode ser alcançada por meio de outras formas de intervenção. Sob a perspectiva territorial, David (134) identifica tarefas essenciais para a implementação da PNSIPN. Entre essas, destacam-se a necessidade de compreender a composição populacional de cada território, conhecer o quantitativo da população negra e suas condições de vida, bem como identificar e intervir nas doenças mais prevalentes nesse grupo. Tais ações estão alinhadas com a importância de desenvolver “mecanismos de monitoramento das informações”, ampliando, assim, as possibilidades de enfrentamento do racismo estrutural e institucional nos serviços de saúde.</p>
---	---	--	---

9	<p>Criar, implementar e executar, mecanismos de valorização, inserção, respeito e viabilização do cuidado via saber dos povos de matriz africana, quilombolas, indígenas, de terreiros e demais povos tradicionais, no cuidado em saúde mental. (Proposta do relatório nacional consolidado – Grifos nosso)</p>	<p>Solidariedade e Cooperação; Responsabilidade.</p>	<p>Ampliando a proposta, chamamos a atenção ao pensamento dos povos de terreiro de origem iorubá, cuja cosmovisão é expressa nos candomblés, entendidos não apenas como religiões, mas como uma cosmologia integrada da realidade. Essa perspectiva propõe uma interconexão radical entre todos os elementos da natureza, sejam humanos ou não humanos. Conforme Nascimento (149) aponta em seus estudos, essas cosmovisões rejeitam distinções binárias e dualistas, privilegiando uma compreensão de totalidades complexas e articuladas.</p> <p>Elas oferecem um modo de pensar, crer e experimentar a vida que ultrapassa simplificações, buscando explicações profundas e contextualizadas para as transformações humanas e os sentidos de existência. Nesse sentido, estabelecer interlocuções filosóficas com essas cosmovisões, sem reduzi-las a meras práticas religiosas, é não apenas uma forma de combater o racismo estrutural, mas também um mecanismo de valorização das epistemologias negras.</p>
---	--	--	--

<p>10</p>	<p>Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial, o SUS, as políticas de redução de danos e a economia solidária, assegurando a premissa antimanicomial para todo cuidado em saúde, em superação dos espaços de confinamento e dos maus tratos em serviços de urgência e emergência, fomentando a discussão sobre a norma e os estigmas sobre os corpos das mulheres diversas, buscando desmedicalizar e despatologizar o cuidado em saúde, viabilizando-se, assim, que os serviços sejam articulados territorialmente, asseverando recursos formativos para pessoas usuárias e familiares, com acesso garantido à saúde integral à população preta, povos indígenas, mulheres cis, travestis, mulheres trans e pessoas não binárias, pessoas com deficiência e populações quilombolas. (Proposta do relatório nacional consolidado – Grifos nosso)</p>	<p>Solidariedade e Cooperação</p>	<p>Segundo Passos (27), na realidade brasileira, as mulheres negras enfrentam diariamente a negação de sua humanidade, de sua maternidade e da experiência de ser mulher. A ação de “desmedicalizar e despatologizar” estão profundamente enraizadas nas engrenagens econômicas, políticas, sociais e culturais que estruturam o país. O projeto colonial e racista destinado às mulheres não brancas configura estratégias de produção e perpetuação do sofrimento e da violência, sustentadas pelas dinâmicas entre patriarcado e racismo, pilares estruturais e estruturantes do capitalismo. Diante desse cenário, Passos (27) propõe a necessidade urgente de práticas de cuidado em saúde mental que sejam inspiradas na lógica palmarina — uma referência à República Negra de Palmares —, valorizando a centralidade da narrativa diaspórica como ferramenta para deslocamentos políticos, sociais, éticos, estéticos e culturais. Essas práticas, ao afirmar a liberdade de ser e existir, buscam o resgate de uma dimensão onto-ancestral que possibilite reconfigurar a noção de humanidade na diáspora.</p>
-----------	---	-----------------------------------	---

<p>11</p>	<p>Fortalecer e estabelecer na Política Pública de Saúde Mental em toda Rede de Atenção Psicossocial a Redução de Danos e o Projeto de Vida, revisitando a trajetória do indivíduo com objetivo de construir ou fortalecer a percepção de pertencimento, protagonismo e autonomia, garantindo conceitos de diálogo aberto, formação na estratégia, manejo e ética do cuidado de todos os usuários, privados ou não de liberdade, estando ou não em situação de rua, independente da faixa etária, garantindo e incentivando formas mais amplas de cuidado em saúde mental, fortalecendo práticas vinculadas à arte e cultura, uso de fitoterápicos, de práticas integrativas complementares (PICS), o acesso e garantia ao uso de cannabis, quando recomendado, reconhecendo e valorizando os Povos e Comunidades Tradicionais e os de Matriz Africana como detentores e fazedores das práticas tradicionais na promoção e cuidados em seus territórios e espaços sagrados, como promotores de saúde e cuidado complementar do Sistema Único de Saúde. (Proposta do relatório nacional consolidado – Grifos nosso)</p>	<p>Respeito e Multipluralismo; Solidariedade e Cooperação; Responsabilidade.</p>	<p>É possível tornar-se autônomo diante dos desencontros com a colonialidade e o racismo estrutural? Para refletir sobre isso, recorro à obra de Fanon (151) que analisa as dinâmicas do encontro entre o colonizado e o médico, caracterizando este último como alguém que ocupa um duplo papel: técnico e colonizador. Segundo Fanon (151), esse encontro resulta em manifestações corporais e verbais rígidas por parte do paciente, como falas abreviadas e postura corporal tensa, o que frequentemente desperta a impaciência do médico. Em resposta, o profissional tende a desinvestir no diálogo, restringindo-se à objetividade dos exames, o que perpetua uma relação desumanizadora. Em outra perspectiva, David (29) defende que é indispensável desconstruir os signos de inferioridade e periculosidade que historicamente foram atribuídos à população negra. Ele também aponta para a necessidade de que os profissionais de saúde se aproximem das produções intelectuais e práticas oriundas dos movimentos negros e feministas negros.</p>
-----------	--	--	--

12	<p>Considerar a determinação social e racial da saúde nos processos de gestão, financiamento, formação e educação permanente para o SUS, priorizando os agravos do racismo, machismo/misoginia, LGBTQIA+ fobias, desigualdades sociais e econômicas, capacitismo, “loucofobia” e outras questões impactantes para saúde mental. Realizar campanhas nacionais de sensibilização e conscientização para reduzir estigmas sociais em relação ao sofrimento psicossocial, a ser veiculada amplamente nas políticas de saúde, educação, segurança, moradia e outras. (Proposta do relatório nacional consolidado – Grifos nosso)</p>	<p>Solidariedade e Cooperação; Responsabilidade.</p>	<p>Refletir sobre as determinações sociais e raciais da saúde significa reconhecer que os desafios relacionados à saúde mental estão profundamente enraizados em desigualdades históricas e estruturais. Tal reflexão representa um convite a desnaturalizar as opressões e a construir ações mais equitativas e inclusivas. No contexto das campanhas de sensibilização, Pinheiro (152) argumenta que o educador antirracista é aquele que possui uma consciência crítica sobre seu lugar nos sistemas de opressão que estruturam a sociedade. Esse educador compreende que é impossível escapar, psicologicamente, dos impactos do racismo enquanto suas raízes estruturais permanecerem intactas. Assim, essas observações levam os agentes envolvidos na formulação de propostas e ações a assumirem um compromisso ético de enfrentamento e transformação dessas estruturas.</p>
----	--	--	---

13	<p>Promover equidade na efetivação da Política Nacional de Saúde Mental, incluindo a comunidade prisional, população LGBTQIAPN+, quilombolas, calungas, indígenas e etc. enfrentando toda forma de violência como o racismo institucional e social, a discriminação de gênero, identidade de gênero, orientação sexual, diversidade sexual, geracional ou de condição de vida e garantindo inclusão no mercado de trabalho. (Proposta do relatório nacional consolidado – Grifos nosso)</p>	Solidariedade e Cooperação; Responsabilidade.	<p>Essa proposta nos desafia a criar soluções que respeitem e promovam a integralidade do indivíduo, considerando não apenas suas necessidades clínicas, mas também os contextos sociais, culturais e econômicos que influenciam sua saúde. Para David (134), no plano micropolítico, a análise permanente das práticas cotidianas nos serviços de saúde é um campo essencial para o fortalecimento dessa proposta, pois permite identificar e transformar barreiras estruturais e operacionais que dificultam a implementação de uma saúde verdadeiramente equitativa.</p>
14	<p>Garantir às pessoas em situação de vulnerabilidade social, tais como população lésbica, gay, bissexual, travesti, transexual, “queer”, intersexo e assexual (LGBTQIA+), população negra, indígena, em situação de rua, em privação de liberdade ou egressas/os do sistema penal, quilombola, cigana, imigrantes, profissionais do sexo, desempregadas/os, adolescentes do sistema socioeducativo, usuárias e usuários de drogas em cenas de uso, mulheres e crianças vítimas de violência e pessoas com deficiência, o acesso aos cuidados em saúde mental de acordo com as diretrizes da Reforma</p>	Solidariedade e Cooperação; Responsabilidade.	<p>É possível construir práticas de saúde mental que reconheçam as vulnerabilidades específicas da população negra, sem reforçar dinâmicas de exclusão racial ou transformar o cuidado em mercadoria, mas promovendo uma atenção ética e antirracista que beneficie toda a sociedade?</p> <p>No contexto da proposta 14, torna-se essencial promover diálogos profundos e críticos sobre a desinstitucionalização no campo da saúde mental, especialmente no que diz respeito à população negra.</p>

<p>Psiquiátrica antimanicomial, assegurando a desinstitucionalização, a inclusão e proteção social, em diálogo constante com as políticas intersectoriais, assim como fomentar políticas públicas, pesquisas e capacitação de trabalhadoras/es proporcionando o reconhecimento de determinantes em saúde de modo a garantir uma assistência livre de preconceitos e violências institucionais. (Proposta do relatório nacional consolidado – Grifos nosso)</p>		<p>Lopes (153) a inserção social precária e desvalorizada (vulnerabilidade social) enfrentada por homens e mulheres negras contribui para que vivam em um estado contínuo de alerta e defesa. Essa necessidade contínua de integrar-se à sociedade enquanto se protege dos efeitos adversos da integração pode resultar em doenças psíquicas, psicossociais e físicas, evidenciando uma vulnerabilidade individual.</p> <p>Nesse sentido, David (117) reforça a importância de que o campo da saúde mental desenvolva ferramentas de cuidado que considerem esses efeitos, mas sem criar um modelo específico de saúde mental voltado exclusivamente para a população negra. O autor alerta para os perigos de uma lógica neoliberal capitalista que fetichiza o debate racial, transformando-o em mercadoria. Essa abordagem poderia promover a criação de um sistema de saúde mental para negros que, paradoxalmente, reforçaria a exclusão racial ao garantir que pessoas brancas continuassem a ter maior acesso e cuidado em espaços exclusivos, prática já observada em convênios médicos privados.</p>
--	--	---

15	<p>Garantir o cumprimento da Portaria nº 344 de 2017 do Ministério da Saúde que torna obrigatória a coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor respeitando o critério de autodeclaração do usuário de saúde, importando acompanhar, fiscalizar e monitorar para que possa funcionar de maneira adequada e recorrente, assim os dados estatísticos com recorte raça/cor e de gênero estejam implicados nas desigualdades raciais que acometem a população negra e sua diversidade, resultantes do racismo. Possibilitar o acesso universal à saúde mental através da erradicação dos obstáculos que impedem que todas as pessoas utilizem os serviços integrais de saúde de maneira equânime, considerando, os fatores socioeconômicos e culturais que afetam a integridade física e psicológica, individual e coletiva da população negra, referências históricas seculares de sua escravização que ainda gera a desigualdade e desfavorece o acesso a direitos. Desse modo, promover ações direcionadas ao combate as iniquidades e vulnerabilidades que comprometem a todo momento a população negra, com enfoque intersectorial, combate à discriminação de usuários e ampliação de oferta terapêutica. (Proposta do relatório nacional consolidado – Grifos nosso)</p>	<p>Respeito e Multipluralismo; Solidariedade e Cooperação; Responsabilidade.</p>	<p>É possível equilibrar os princípios de universalidade e equidade na saúde mental sem reduzir as singularidades individuais e coletivas, especialmente em um contexto marcado por desigualdades raciais e estruturais?</p> <p>Garantir a coleta do quesito raça/cor é incorporar a dimensão racial como parte essencial da análise das singularidades, uma vez que esse aspecto influencia diretamente os modos de existir. No que diz respeito ao processo de "possibilitar o acesso universal à saúde mental", Faustino (154) defende a importância do princípio da universalidade na saúde. No entanto, adverte sobre os riscos de aplicá-lo de forma que entre em conflito com o princípio da equidade. Souza e Carvalho (155) afirmam que o conceito de universalidade não deve ser confundido com a ideia de totalidade, pois essa confusão pode levar à uniformização ou homogeneização. Assim, a universalidade deve ser compreendida como um guia para garantir o acesso a todos, enquanto o "como" realizar esse acesso deve ser orientado por princípios como a equidade e outros que respeitem a pluralidade.</p>
----	--	--	---

Fonte: próprio autor.

As propostas da V Conferência Nacional de Saúde Mental trazem à tona a importância de integrar os princípios de universalidade, integralidade e equidade na saúde mental, com atenção especial às populações historicamente vulnerabilizadas. A tabela apresentada reflete o esforço coletivo de criar propostas que reconheçam a diversidade cultural e promovam solidariedade e responsabilidade social, em conformidade com os artigos 12, 13 e 14 da DUBDH. Esses princípios servem como base para políticas públicas que não apenas reconheçam, mas também enfrentem as desigualdades estruturais, garantindo que o direito à saúde mental seja tratado como uma extensão da dignidade humana.

Fica evidente que o exercício da interseccionalidade é um eixo central na formulação de políticas públicas efetivas. A inclusão de grupos sociais diversos – como população negra, indígenas, quilombolas, LGBTQIAPN+ e pessoas em situação de rua – exige soluções que vão além da homogeneização. Entre as propostas, destaca-se a valorização de redes de cuidado territorializadas que dialoguem com as especificidades locais. Essa perspectiva territorial reforça a importância de moldar os serviços de saúde com base nas dinâmicas sociais e culturais locais, assegurando que o cuidado seja acessível e efetivo.

Outro ponto fundamental das propostas é a transversalização das pautas antirracistas, com o objetivo de enfrentar o racismo estrutural e valorizar os saberes tradicionais. Incorporar práticas no cuidado em saúde mental não só reconhece a legitimidade desses saberes, mas também contribui para desconstruir hierarquias coloniais e promover uma saúde mental plural e inclusiva.

A análise da tabela evidencia que a efetivação das propostas requer um compromisso ético-político voltado para uma saúde mental equitativa e antirracista. Embora a universalidade seja um princípio essencial, ela deve ser operacionalizada à luz da equidade, garantindo que cada grupo tenha acesso a cuidados que respeitem suas especificidades culturais, sociais e econômicas. Assim, o desafio está em transformar essas propostas em práticas concretas que articulem solidariedade, responsabilidade social e respeito pela pluralidade, superando as exclusões e promovendo uma saúde mental mais equitativa.

5.1.2 Tecendo ideias e sugestões para avançar nas ações estratégicas

A complexidade do tema em questão vem sendo estudada há bastante tempo à luz das relações raciais. Neste estudo, identificamos uma série de discussões que poderão reverberar em implementação transversal, sobretudo da PNSIPN, investimento e ações de aprofundamento e continuidade. Contudo, é preciso levar em consideração que há limites da atuação das políticas públicas e do Estado brasileiro não apenas com a temática das relações

raciais, mas também os limites institucionais dessa esfera de atuação.

Essa compreensão ampliada de implicação política pela efetividade das ações e políticas de saúde mental da população negra se configura como uma das matrizes da luta “antimanicolonial”. Nessa esteira, a bioética se implica na busca, luta, enfrentamento dos fatores que obstaculizam a concreta experiência do existir, aprofundando e complexificando os caminhos que conduzirão que deveremos, como sociedade, indivíduos e coletivo, percorrer ao longo das tentativas de garantia efetiva dos direitos humanos e da dignidade, sobretudo daqueles que sofrem psíquico, físico e existencialmente com as opressões estruturais. (117)

A partir dessa leitura, compreendemos que no modelo de sociedade em que vivemos, sobram poucas alternativas para solucionarmos o problema que se encontra na origem do sistema capitalístico racista. No entanto, são através dessas reflexões e dessas intervenções acadêmicas que percebemos que “se o conservadorismo manicomial se reedita ao longo do tempo, em contrapartida a ética/força libertária quilombola também emerge em reedições constantes” (117, p. 151)

Assim como David (117), nos sentimos atraídos pelo projeto de saúde mental do governo Luiza Erundina, a primeira mulher no cargo da Prefeitura da maior cidade da América Latina, São Paulo. O projeto destacou-se como um marco na luta por uma sociedade sem manicômios, pautada nos ideais de justiça, igualdade e socialismo. A principal diferença desse processo estava na formulação de uma estratégia de atuação que transcendia as questões institucionais e políticas de serviços, almejando uma transformação social mais ampla. Para a população negra e os povos originários, essa abordagem é particularmente fundamental, pois, além da manicomialização presente nos sistemas asilares, vinculada ao racismo institucional, há também a manicomialização resultante do racismo estrutural. (117)

Durante o referido governo, as estratégias de atuação foram fundamentadas na escuta das vozes organizadas (o que também acontece durante a escrita do estudo) e na análise do impacto da manicomialização, promovida pela ausência de direitos básicos. No entanto, é evidente que as políticas de saúde/saúde mental na contemporaneidade precisam abordar as identidades de maneira mais incisiva, especialmente enquanto as desigualdades continuarem sendo associadas a determinadas identidades. Embora haja um aumento perceptível de iniciativas lideradas por ativistas e intelectuais negras(os), que têm ampliado a visibilidade da discussão sobre saúde mental da população negra em fóruns, publicações, cursos e prêmios, essas ações ainda possuem pouca penetração nas esferas macropolíticas da saúde mental. Essa limitação contribui para a perpetuação do racismo, que sustenta a patologização, medicalização e manicomialização da população negra.

Nesse contexto, é necessário reafirmar que as estratégias de poder e controle que sustentam a manicomialização, sobretudo da população negra e indígena, permanecem em vigor. Essa realidade exige um compromisso renovado com a transformação social e a práxis profissional, visando dismantelar essas estruturas de exclusão e opressão. Diante desse cenário, algumas reflexões foram descritas como fundamentais para guiar essa transformação:

- 1) Acreditamos que seja essencial que as ações estratégicas também contemplem a geração de trabalho e renda, de forma integrada a outros espaços de convivência e trocas afetivas e sociais. Essa articulação é fundamental para que as pessoas possam se reposicionar, tanto de maneira objetiva quanto subjetiva, em seus contextos de vida, promovendo um sentido de pertencimento, autonomia e dignidade. (41)
- 2) Reconhecer que o modelo de sociedade em que vivemos é um fator limitante para o estabelecimento de ações concretas, mas o diálogo e o respeito com a pluralidade poderá fornecer brechas para o enfrentamento das desigualdades e outras barreiras existentes. Essa perspectiva poderá ser alcançada diante da afirmação do compromisso ético-político-crítico-revolucionário não só dos agentes da ação, mas da sociedade brasileira.
- 3) É fundamental não apenas retirar as pessoas dos manicômios, mas também prevenir novas internações, garantindo que elas não precisem retornar a esses espaços. Para isso, é necessário construir uma realidade sustentável fora dessas instituições, onde as pessoas possam viver em seus territórios com dignidade. (41)

Para Krenak (144), “nosso tempo é especialista em criar ausências: do sentido de viver em sociedade, do próprio sentido da experiência da vida” (144, p. 14). Nesse sentido, para contrariar os desmandos dessa sociedade, consideramos potente e urgente todo e qualquer esforço para as transformações concretas. É necessário reconhecer que essas transformações não podem se limitar ao campo das ideias, mas devem ser efetivadas em práticas que reestruturem as relações sociais, políticas e culturais, combatendo desigualdades estruturais e promovendo a equidade. A valorização da pluralidade, do respeito à vida em sua integralidade e da construção de um novo pacto ético-social poderá fazer surgir espaços para o florescimento da dignidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escolhemos o título do trabalho com a palavra inicial “Caminho” porque “caminho aponta direções, indica percursos, convida a caminhar junto” (149, p.164). Nessa trajetória, buscou-se revelar o potencial da análise bioética nos caminhos que esta aponta quanto ao planejamento estratégico em saúde mental para a população negra, abordando o racismo estrutural como um paradigma de hierarquização ontológica na modernidade.

Notamos neste estudo que os esforços necessários às mudanças concretas estão sendo realizados em diversos setores da saúde, fruto de um reconhecimento governamental das iniquidades históricas e contínuas. O crescente debate e as reivindicações dos movimentos sociais a cerca do tema são as evidências concretas da busca pela dignidade do grupo racial aqui estudado. No entanto, as ações analisadas ainda apresentam fragilidades em sua aplicação, visto que ainda não se aprofundam (apesar de citar as barreiras como as desigualdades e as opressões estruturais) em fatores que poderão possibilitar sua concretização. Assim, outras formas de ver o mundo poderão nos ajudar na árdua tarefa da equidade e na reconfiguração do entendimento social sobre o bem viver da população aqui estudada.

Verificamos nas narrativas preocupações persistentes com antigos desafios resultantes do racismo estrutural, bem como com o avanço de forças antidemocráticas que se intensificam ou reinventam as diversas formas de opressão e exclusão. As ações estratégicas identificadas oferecem um conjunto de possibilidades e ferramentas para atender às necessidades da população negra, porém, é essencial um olhar atento e específico para as demandas emergentes de novas perspectivas, como a desinstitucionalização. Nesse sentido, consideramos que as ações estratégicas ganham vida no próprio fazer, nos encontros, nas trocas e nas diversas práticas terapêuticas, funcionando como o desenrolar de um novelo, onde, aos poucos, uma nova realidade se concretiza de maneira singular e transformadora.

As limitações desse estudo se deram na aceitação das(os) sujeitas(os) à entrevista e na reunião dos materiais bibliográficos para a revisão de literatura no que tange a BI. Consideramos que mais estudos devem ser realizados para que o complemento e a atualização desses saberes avancem em detrimento às atualizações do racismo *continuum*.

A análise e reflexão deste trabalho amplia os modos de execução das ações propostas descritas pelas(os) sujeitas(os) e convida a sociedade e o MS manter o debate e as respostas às relações sociais existentes no Brasil. Não é o começo e nem o fim desse debate, mas um meio em que o antirracismo precisa atuar na transformação das dimensões subjetivas, institucionais e estruturais, sendo uma força que desafia o regime colonial, racial e capitalista.

REFERÊNCIAS

1. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 74a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2022.
2. Navasconi PVP. Vida, adoecimento e suicídio: racismo na produção do conhecimento sobre jovens negros/as LGBTTIs. Maringá. Dissertação [Programa de Pós- Graduação em Psicologia] - Universidade Estadual de Maringá; 2018.
3. Fanon F. O negro e a psicopatologia. In: Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. 1. Ed. São Paulo: Ubu Editora; 2020. 155-218.
4. Souza NS. Tornar-se negro ou As vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Schwarcz; 2021.
5. Nascimento WF, Garrafa V. Por uma Vida não Colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. Saude Soc 2011; 20(2): 287-299.
6. Mbembe A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: n-1 edições; 2018. 80 p.
7. Oliver M, Barros F. Saúde mental da população preta importa. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Conquista; 2022.
8. Santos AB. As fronteiras entre o saber orgânico e o saber sintético. In: Oliva AR, Chaves MN, Filice RCG, Nascimento WF. Tecendo redes antirracistas: Áfricas, Brasis, Portugal. 1. Ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2019. 23-35.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia de Cooperação do País 2022-2027 - Brasil. Versão revisada. Brasília, DF: OPAS; 2022.
10. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo [Internet]. 2022 [acesso 2024 mar 2]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-COVID-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>.
11. Cardoso LLS. Suicídio como um contínuo aparato de guerra: colonialidade, neoliberalismo e políticas de morte. Dissertação [Programa de Pós Graduação em Bioética] - Universidade de Brasília; 2023.
12. Garrafa V. Bioética. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, eds. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [Internet]. 2º ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 741-757. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-32.pdf>.
13. Desinstitute. Desinstitute repudia votação na Câmara dos Deputados que inclui uma série de projetos de lei (PLs) relacionados a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei

- [Internet]. 2024 [citado em 2024 dez 19]. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/desinstitute-repudia-votacao-na-camara-dos-deputados-que-inclui-uma-serie-de-projetos-de-lei-pls-relacionados-a-pessoas-com-transtorno-mental-em-conflito-com-a-lei/>.
14. Feitosa SF, Nascimento WF. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015;23(2):277-284.
 15. Lima NT, Fonseca CMO, Hochman G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT, Gershman S, Edler FC, Suárez JM. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. 20ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 27-58.
 16. Araújo MVR, Teixeira CF de S. Concepções de saúde e atuação do Movimento Negro no Brasil em torno de uma política de saúde. *Saúde Soc*. 2022;31(4): 1-12.
 17. Weber CAT. Rumos da saúde mental no Brasil após 1980. *Rev Debates Psiquiatr*. 2013;5(3):14-7.
 18. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):2067-74.
 19. França M, Portella A, organizadores. *Números da discriminação racial: desenvolvimento humano, equidade e políticas públicas*. São Paulo: Editora Jandaíra; 2023.
 20. Almeida TMC, organizadora. *Encontro com Rita Segato por sua linhagem: memórias e memorial*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; OAB Editora; 2024. 263 p.
 21. Pires TRO, Queiroz M, Nascimento WF. A linguagem da revolução: ler Frantz Fanon desde o Brasil. In: Fanon F. *Os condenados da terra*. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.
 22. Quijano A. *A colonialidade do poder: eurocentrismo e ciências sociais*. Buenos Aires: CLACSO, 2005.
 23. Maldonado-Torres N. *Sobre a colonialidade do ser. Contribuições para o desenvolvimento de um conceito*. Rio de Janeiro: Via Verita, 2022.
 24. Mariano CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*. 2017; 4(1): 259-281.
 25. 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.
 26. Moreira TWF, Passos RG. Luta Antimanicomial e Racismo em Tempos Ultraconservadores. *Temporalis*. 2018;18(36):178-192.
 27. Passos RG. *"Na mira do Fuzil": a saúde mental das mulheres negras em questão*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2023. 143 p.

28. Nascimento WF. Por uma vida descolonizada: diálogos entre a bioética de intervenção e os estudos sobre a colonialidade. Brasília. Dissertação [Programa de Pós- Graduação em Bioética] - Universidade de Brasília; 2010.
29. David EC. Saúde mental e racismo: a atuação de um centro de atenção psicossocial II infantojuvenil. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2023. 199 p.
30. Munanga K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação – PENESB-RJ. Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira. Niterói: EDUFF, 2004.
31. Azevedo CMM. Onda Negra, Medo Branco: O Negro no Imaginário das Elites do Século XIX. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.
32. Costa JF. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 5ª ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
33. Tavares SCJ, Jesus Filho CA, Santana EF. Por uma política de saúde mental da população negra no SUS. Rev Assoc Bras Pesquisadores/as Negros/as (ABPN). 2020;12(Ed. Especial):138-51.
34. Santos YL. Crítica à degenerescência racial e reforma psiquiátrica de Juliano Moreira. In: David EC et al. Racismo, subjetividade e saúde mental: o pioneirismo negro. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2021. 35-45.
35. Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad. Saúde Pública. 24(2):456-468,
36. David EC. Raça e racismo: aspectos histórico-conceituais. In: David EC. Aquilombamento da saúde mental: cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2023. 39-61.
37. Mills C. The racial contract. Cornell University, 1997. [Ed. Bras.: O contrato racial. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.]
38. Almeida S. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen, 2019. 264 p.
39. Mexko S, Benelli SJ. A política nacional de saúde mental brasileira: breve análise estrutural. Rev Em Pauta. 2022; 49(20):33-48.
40. Declaração de Caracas. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990.
41. Desinstitute. Desinstitucionalização: da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado. Desinstitute; 2023. 130 p.
42. Barros S, Batista LE, Oliveira MAF. Reflexões sobre a política de saúde mental e a temática racial: incluir para avançar. In: Dias MK. Políticas de saúde mental: desafios no Brasil pós-pandemia. Curitiba: CRV; 2022. 161-180.
43. David EC, Vicentin MCG. Relações raciais, uma questão antimanicomial. Rev Assoc Bras

- Pesquisadores/as Negros/as (ABPN). 2020;12(Ed. Especial):108-137.
44. Santos JE, Santos GCS. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Saúde em Debate*. 2013; 37(99):563-570.
 45. Passos RG. Frantz Fanon, reforma psiquiátrica e luta antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo? *Socied. em Deb*. 2019; 25(3): 74-88.
 46. Carneiro S. Dispositivo de racialidade: A construção do outro como não ser como fundamento do ser. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2023. 431 p.
 47. Barbosa SEM, Black TLP, Silva KVP. Gênero, raça e saúde mental da população negra: abordagem sócio-histórica. São Paulo: Rev Remecs. 2024; 2(esp):3-10.
 48. Brasil. Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas. Código de processo penal: Decreto-lei no 3.689/1941. Brasília: Senado Federal; 2017. 187 p. ISBN: 978-85-7018-810-6.
 49. Nascimento WF, Martorell LB. A bioética de intervenção em contextos descoloniais. *Rev bioét*. 2013; 21(3): 423-31.
 50. Venuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Revista Temáticas*. 2014; 22(44): 2023-220.
 51. Passos RG. Terror de estado, trauma psicossocial e a máscara manicomial. In: “Na mira do Fuzil”: a saúde mental das mulheres negras em questão. São Paulo: Hucitec; 2023. 60-72p.
 52. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1940 [atualizado em 2023; citado em 2024 Fev 4]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
 53. Passos RG, Gomes TMS, Farias JS, Araújo GCL. A (re)manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: a volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. *Cad Bras Saúde Ment*. 2021;13(37):42-64.
 54. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Nacional Consolidado da V Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingo Sávio. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
 55. Nascimento B. Uma história feita por mãos negras: relações raciais, quilombos e movimentos. Rio de Janeiro: Editora Schwarcz; 2021.
 56. Oyèwùmí, O. Matripotência: Ìyá nos conceitos filosóficos e instituições sociopolíticas [iorubás]. In: *What Gender is Motherhood?* Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. Nova Iorque: Palgrave Macmillan; 2016. Capítulo 3, p. 57-92.
 57. Hooks B. Tudo sobre o amor: novas perspectivas. São Paulo: Elefante; 2021.
 58. Santos AO. Saúde mental da população negra: uma perspectiva não institucional. *Rev Assoc Bras Pesqui Negros*. 2018;10(24):241-59.
 59. Noronha JC, Pereira TR. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In: Fundação Oswaldo

- Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. Vol. 3, p. 19-32.
60. Oliveira LGF e Magalhães M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. *R. bras. Est. Pop.* 2022; 39(1):e0214.
61. Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. *Saúde em Debate.* 2013; 37(99): 681-690.
62. Baptista JA, Camatta MW, Filippou PG, Schneider JF. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2): e20180508.
63. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc.* 2007; 16(2):146-155.
64. David EC. Percurso da pesquisa em um CAPSij. In: David EC. *Aquilombamento da saúde mental: cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil.* 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005. 97-114.
65. Batista LE, Barros S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública.* 2017; 33(1): e00090516.
66. Selli L. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. In: Junges JR, Garrafa V. *Solidariedade crítica e cuidado: reflexões bioéticas.* 1ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2011. 13-21.
67. Duarte MJO. Racismo, subjetivação e saúde mental: contribuições para a reforma psiquiátrica antimanicomial. In: David EC, Passos RG, Faustino DM, Tavares JSC. *Racismo, subjetividade e saúde mental: Pioneirismo negro.* 1. Ed. São Paulo: Hucitec; 2021. 21-34.
68. Alves MC, Paula T, Damico J. Amefricana: racismo, sexismo e subjetividade em Lélia Gonzalez. In: David EC, Passos RG, Faustino DM, Tavares JSC. *Racismo, subjetividade e saúde mental: Pioneirismo negro.* 1. Ed. São Paulo: Hucitec; 2021. 86-113.
69. Foucault M. *Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France.* São Paulo: Martins Fontes; 2002.
70. Soares U. Loucura e corpos pretos. In: Oliver M, Barros F. *Saúde mental da população preta importa [e-book].* 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Conquista; 2022.
71. Basaglia F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.* Rio de Janeiro: Graal, 1985.
72. Foucault M. *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970.* São Paulo: Edições Loyola, 2014.
73. Foucault M. *Microfísica do poder.* Rio de Janeiro: Graal, 1979.

74. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Resolução n° 520, de 28 de fevereiro de 2023. Dispõe sobre a política antimanicomial do poder judiciário . Brasília: CNJ; 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: [14/07/2024].
75. Cerqueira D, Bueno S, coordenadores. Atlas da violência 2024. Brasília: Ipea; FBSP; 2024. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14031>.
76. Bandeira M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *Psicol Teor Pesqui*. 1990;6(2):171-182.
77. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. 139 p.
78. Alves FJO, Fialho E, Araújo JAP, Naslund JA, Barreto ML, Patel V, Machado DB. The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. *Lancet Reg Health Am*. 2024;31:100691.
79. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico [Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
80. Brasil. Ministério da Saúde. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
81. Tavares JSC. Suicídio na população negra brasileira: nota sobre mortes invisibilizadas. *Rev Bras Psicol*. 2017;4(1):73-75.
82. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Comunicado da Presidência n° 6: Juventude negra e violência no Brasil. Brasília, DF: IPEA; 2014. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6782/1/bapi_6_2014_Comun.pdf. Acesso em: [17/03/2024].
83. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Nota Técnica n° 21: Desigualdade racial no mercado de trabalho e a recente experiência brasileira. Brasília, DF: IPEA; 2017. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf. Acesso em: [17/03/2024].
84. Passos RG. Manicomialização da vida: novos campos de concentração [Internet]. *Le Monde Diplomatique Brasil*. 2022 [citado em: 15/04/2024]. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/manicomializacao-da-vida-novos-campos-de-concentracao/>.
85. Arbex D. Holocausto brasileiro. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.
86. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (Ministério Público Federal). Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017. Brasília, DF: CFP; 2018.

87. Open Society Foundations. Ni socorro, ni salud: abusos en vez de rehabilitación para usuarios de drogas en América Latina y el Caribe [Internet]. New York: Open Society Foundations; 2016 [citado em 13 abr. 2024]. Disponível em: <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/5bda2aff-6714-45d3-961d-763ad4b2a4d6/no-health-no-help-es-21060403.pdf>
88. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020; 18(3):e00285117.
89. Bento MAS. Branqueamento – O lado oculto do discurso sobre o negro. In: Carone I, Bento MAS (orgs). *Psicologia social do racismo: estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil*. 1ª Ed. Petrópolis: Vozes; 2002. 168-170.
90. Passos RG. “Holocausto ou Navio Negro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argum.* 2018;10(3):10-22.
91. Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.
92. Camargo JR., KR. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29(5): 844-6.
93. Magno PC. “Sujeitas-Haldol”: um estudo sobre o uso da camisa de força química como docilização de corpos no cárcere. In: Boiteux L, Magno PC, Benevides L (orgs). *Gênero, feminismos e sistemas de Justiça: discussões interseccionais de gênero, raça e classe*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos; 2018. 294-314.
94. Freitas F, Amarante P. Medicalização em psiquiatria [online]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.
95. Albuquerque F, Lobato LE. Identidade diagnóstica: por que estamos nos identificando mais com transtornos? *Revista Valente* [Internet]. 2022 set [citado 2024 10 12];7:20-21. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sinjusc.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Valente-7-ed-20_09_2022-web.pdf](https://www.sinjusc.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Valente-7-ed-20_09_2022-web.pdf)
96. Oda AMGR. Escravidão e nostalgia no Brasil: o banzo. *Rev. Latinoam. Psicopat.* 2008;11(4): 735-761.
97. Nascimento A. *O genocídio negro brasileiro: processo de um racismo mascarado*. 3ª ed. São Paulo: Perspectivas, 2016.
98. Oliveira F. *Saúde da população negra: Brasil ano 2001*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
99. Lima L, Paz FPC. A morte como horizonte? Notas sobre suicídio, racismo e necropolítica. *Teoria e Cultura*. 2021; 16(1): 96-109.

100. Ribeiro D. O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.
101. Silva MS. O banzo, um conceito existencial: um afroperspectivismo filosófico do existir-negro. *Griot*. 2018;17(1): 48-60.
102. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Rev Bras Bioét*. 2005; 1(2): 122-32.
103. Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M (orgs). *Bioética, riscos e proteção*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Editora Fiocruz, 2005.
104. Potter VR. *Bioética: ponte para o futuro*. São Paulo: Edições Loyola, 2016.
105. Unesco. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris; 2005. Tradução brasileira sob a responsabilidade da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por. Acesso em 17/05/2024.
106. Martorell LB. *Análise crítica da bioética de intervenção: um exercício de fundamentação epistemológica*. Brasília. Dissertação [Programa de Pós- Graduação em Bioética] - Universidade de Brasília; 2015.
107. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Rev. bioét*. 2005; 13(1): 125-134.
108. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. *O Mundo da Saúde*. 2002;26(1):6-15.
109. Sánchez AV. *Ética*. 39ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.
110. Silva LES, Drummond A, Garrafa V. Bioética de intervenção: uma prática politizada na responsabilidade social. *Universitas*. 2011; 9(2): 111-19.
111. Mills C. *O contrato racial*. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.
112. Garrafa V, Azambuja LEO. Epistemología de la bioética – enfoque latinoamericano. *RBB*. 2007; 3(3): 334-59.
113. Garrafa V, Soares SP. O princípio da solidariedade e cooperação na perspectiva bioética. *Revista Bioethikos*. 2013;7(3):247-258.
114. Selli L, Garrafa V. Solidariedade crítica e voluntariado orgânico: outra possibilidade de intervenção societária. In: Junges JR, Garrafa V. *Solidariedade crítica e cuidado: reflexões bioéticas*. 1ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2011. 13-21.
115. Tealdi JC, organizador. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética; Universidad Nacional de Colombia; 2008.
116. Camilo AA. Aquilombamentos e comunalidades experienciais africanas: tecnologias ancestrais de solidariedade vital que nos inspiram a (re)conhecermos o “sol vivo” que somos e metabolizarmos o trauma coletivo do racismo. In: Oliver M, Barros F. *Saúde*

- mental da população preta importa [e-book]. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Conquista; 2022.
117. David EC. Saúde mental e relações raciais: desnorteamento, aquilombação e antimanicolonialidade. 1ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2024.
118. David EC, Vicentin MCG. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde Debate*. 2020; 44(3):264-277.
119. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. 36 p. ISBN 978-85-334-1968-1.
120. Nascimento WF. Em torno de um pensamento oxunista: Ìyá descolonizando lógicas de conhecimento. *Rev. Filos.* 2021; 33(59):382-397.
121. Oliveira F. Bioética: uma face da cidadania. São Paulo: Moderna, 1997.
122. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas Antirracista: Oficina Internacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/publicacoes/relatorio-politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas-antirracista-oficina-internacional.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2024.
123. Ernani VS, Carrieri AP, Aguiar ARC, Brito VGP. Um "Pas de Deux" da Estratégia com a Arte: as Práticas do Grupo Corpo de Balé. *Revista de Administração Contemporânea*. 2011; 15(6): 1016-1039.
124. Mintzberg H, Quinn JB. O processo da estratégia. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
125. PAHO. Política sobre etnia e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017. Disponível em: <chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34447/CSP29-7-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
126. PAHO. Opas/OMS - Sistema de Saúde na América Latina e no Caribe: a Saúde e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2019. Disponível em: chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51753/OPASEGC19002_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y.
127. Schramm Fr. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias?. *Ciência & Saúde coletiva*. 2017; 22(5):1531-1538.
128. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016.
129. Minayo MCS, Guerriero ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(4): 1103-1112.

130. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Saúde da População Negra. Número Especial. Vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-2-out.2023>.
131. Matsui S, Machado ILO, Garrafa V. Contribuição da bioética de intervenção à releitura do conceito de “princípio”. Rev. Bioét. 2018; 26(4): 514-522.
132. Silva AG, Telles LEB, Alexandre MFF, Rigonatti LF, Teodoro MDA, Junior JBD, Valença AM. O futuro dos padecentes de transtornos mentais em conflito com a lei após a publicação da Resolução 487/23 pelo Conselho Nacional de Justiça. Debates em Psiquiatria. 2024; 14: 1-8.
133. Cruz MR, Trindade ES. Bioética de Intervenção: uma proposta epistemológica e uma necessidade para sociedades com grupos sociais vulneráveis. RBB. 2006; 2(4):483-500.
134. David EC. O aquilombar-se na esfera político-institucional: desafios e paradoxos. In: David EC. Aquilombamento da saúde mental: cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005. 148-173.
135. Barbosa RRS, Sousa AAP, Silva CS. Vozes que ecoam: racismo, violência e saúde da população negra. R. Katál.2021; 24(2):353-363.
136. Espanha. Comité de Bioética de España. Informe sobre el acceso universal al sistema sanitario 2024 [Internet]. Madrid: Comité de Bioética de España; 2024 [citado em 10/10/2024]. Disponível em: https://comitedebioetica.isciii.es/wp-content/uploads/2024/09/CBE_Informe_sobre_el_acceso_universal_al_sistema_sanitario_2024_30.07.2024.pdf.
137. Werneck J. Saúde da população negra – Passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Rio de Janeiro: Crioula, 2010.
138. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Relações raciais: referências técnicas para atuação de psicólogas/os. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2017.
139. Ramminger T, Nardi HC. Saúde mental e saúde do trabalhador: análise das conferências nacionais brasileiras. Psicol Ciênc Prof. 2007;27(4):680-93
140. Garrafa V. Entre o comércio do corpo, a solidariedade crítica e o voluntariado orgânico. In: Junges JR, Garrafa V. Solidariedade crítica e cuidado: reflexões bioéticas. 1ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2011. 83-98.
141. Tabet LP, Martins VCS, Romano ACL, Sá NM, Garrafa V. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. Saúde debate. 2017; 41(115): 1187-1198.

142. Passos RC, Farias JS. A (re)manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: a volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2021;13(37): 42-64.
143. Pereira DF. Letramento racial no contexto brasileiro de pesquisa. In: *Anais do XII Congresso Brasileiro de Pesquisadores(as) Negros(as) - COPENE 2022: Discurso, Raça e a Luta na Linguagem pela Democracia*; 2022 Set 11; Pernambuco. Recife: UFPE; p. 1-8.
144. Krenak A. *Ideias para adiar o fim do mundo*. 2ª ed. São Paulo: Editora Schwarcz; 2020.
145. Nascimento WF. Iku e seus impactos para a prevenção do suicídio na percepção dos povos de terreiro. In: Lima L, Navasconi PVP. *(Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriépistêmicos*. 1ª Ed. Salvador: EDUFBA; 2022. 127-146.
146. Vasconcelos EM, Musse LB. Direitos sociais especiais ou medidas de discriminação positiva. In: Vasconcelos EM. *Novos horizontes em saúde mental: análise de conjuntura, direitos humanos e protagonismo de usuários(as) e familiares*. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2021. 151-152.
147. David EC. SUS e combate às iniquidades na saúde: o caso da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e do quesito raça/cor. In: David EC. *Aquilombamento da saúde mental: cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2023. 79-96.
148. Vasconcelos EM, Musse LB. Importância e desafios da Convenção da ONU, Lei Brasileira de Inclusão e documentos recentes da ONU/OMS para a luta pelos direitos das pessoas com sofrimento mental no Brasil. In: Vasconcelos EM. *Novos horizontes em saúde mental: análise de conjuntura, direitos humanos e protagonismo de usuários(as) e familiares*. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2021. 143-144.
149. Nascimento WF. Sobre os candomblés como modo de vida: Imagens filosóficas entre Áfricas e Brasis. *Ensaio Filosóficos*. 2016;13:1–27.
150. Medeiros RS. Interseccionalidade e políticas públicas: aproximações conceituais e desafios metodológicos. In: Pires RRC. *Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Ipea; 2019. 79-105.
151. Fanon FO. *Medicina e colonialismo*. Brasil: Editora Terra Sem Amos; 2020. 40 p.
152. Pinheiro BCS. *Como ser um educador antirracista*. São Paulo: Planeta do Brasil; 2023. 160 p.
153. Lopes F. Raça, saúde e vulnerabilidades. *Boletim do Instituto de Saúde*. 2003;(31):1-48.
154. Faustino DM. *Frantz Fanon: um revolucionário, particularmente negro*. São Paulo: Ciclo Contínuo; 2018.

155. Souza TP, Carvalho SR. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. Rev Polis Psique [Internet]. 2012 [citado 2024 dez];2(3). Disponível em: <https://seer.ufgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40319>.
156. Ataídes FB, Oliveira GS, Silva AAF. A etnografia: uma perspectiva metodologia de investigação qualitativa. Cadernos da Fucamp. 2021; 20(48):133-147.
157. Junior EBL, Oliveira GS, Santos ACO, Schnekenberg GF. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. Cadernos da Fucamp. 2021; 20(44):36-51.
158. Kottow M. Bioética de protección. In: Tealdi JC, organizador. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 165-167.
159. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad Saude Publica 2001; 17(4):949-956.
160. Martín-Baró I. Psicologia Social de La Guerra: trauma y terapia. El Salvador: UCA Editores; 1990.
161. Arreguy EEM, Schramm FR. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. Revista Brasileira de Cancerologia. 2005; 51(12): 117-123.
162. Kottow M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M. Bioética: riscos e proteção. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2005. 29-44.
163. UNESCO. Salud mental, género y juventudes en Uruguay: investigación y políticas públicas con foco en desigualdades. Montevideo: UNESCO; 2023. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000389758?posInSet=2&queryId=0d8e91ca-35d8-400b-b512-55d643f38523>.
164. MINISTÉRIO DA SAÚDE. II Seminário Ética na Conscientização Racial: Saúde sem Racismo [Internet]. YouTube; 2024 nov 27 [citado em 2024 dez 8]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Ffon_UHHB3c.
165. Borret RH, Araujo DHS, Belford Ps, Oliveira DOPS, Vieira RC, Teixeira DS. Reflexões para uma prática em saúde antirracista. Rev Bras Educ Méd. 2020; 44(1): e0148.
166. Mordor Intelligence. Mercado de medicamentos antipsicóticos [Internet]. [citado em 2024 jan 19]. Disponível em: <https://www.mordorintelligence.com/pt/industry-reports/antipsychotic-drugs-market>.
167. Organização das Nações Unidas no Brasil. OMS pede aumento maciço nos investimentos em saúde mental [Internet]. [citado em 2024 dez 19]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/88989-oms-pede-aumento-maci%C3%A7o-nos-investimentos-em-sa%C3%BAde-mental>.

168. Ministério da Saúde. Desinstitucionalização de pessoas com problemas de saúde mental em conflito com a lei é tema de seminário [Internet]. 2024 [citado em 2024 ago 08]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/agosto/desinstitucionalizacao-de-pessoas-com-problemas-de-saude-mental-em-conflito-com-a-lei-e-tema-de-seminario>.
169. ONU. Declaração e Programa de Ação adotados na III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata [Internet]. Durban, África do Sul; 31 ago – 8 set 2001 [citado em 2024 dez 29]. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/declaracao_durban.pdf
170. Vergara SC. Métodos de pesquisa em administração. São Paulo: Atlas, 2005.
171. Ferreira TA. Nzo ia Nkisi: Uma análise experiencial do protagonismo negro na fundação de um terreiro de Candomblé Angola. Brasília. Ensaio de Mestrado [Mestrado Profissional em Sustentabilidade junto a Povos e Territórios Tradicionais] - Universidade de Brasília; 2020.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO AOS GESTORES

- 1) Como você compreende a relação entre racismo estrutural e as políticas de saúde mental no Brasil?
- 2) Quais estratégias/ações adotadas no seu setor que você considera corroborativas à PNSM e/ou PNSIPN?
- 3) Quais cargos ou departamentos surgiram na tentativa de promover a equidade racial em Saúde? Quais o efeitos ?
- 4) Como se configura o fluxo de ações estratégicas dentro do Ministério da Saúde no que tange a pauta saúde mental?
- 5) Quais são os desafios que encontra na formulação do fluxo das ações quando se pensa na manutenção das políticas PNSM e PNSIPN ?
- 6) As políticas foram racializadas? Como essas políticas reduzem ou atualizam o racismo?
- 7) Como você julga a qualidade das ações estratégicas?
- 8) Como funciona o processo de avaliação dos impactos dessas ações?
- 9) Você pode comentar algo sobre os valores/princípios fundamentais que norteiam as ações do MS? (...) em direção à justiça social e a solidariedade?

APÊNDICE B – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação em Bioética



REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Saúde mental da população negra: um recorte racial através da bioética latinoamericana sobre ações estratégicas do ministério da saúde”, desenvolvida por José Elias Costa Júnior, discente do Programa de Pós Graduação em Bioética (UNB), sob orientação do Professor Doutor Swedenberger do Nascimento Barbosa, docente da Universidade de Brasília UnB e Doutora Luana Lima, credenciada ao Programa de Pós Graduação em Bioética (UNB) .

O objetivo do estudo é produzir uma análise bioético-política das ações estratégicas do Ministério da Saúde que influenciam as políticas e práticas de saúde mental da população negra.

A entrevista nos permitirá compreender melhor como as ações são estruturadas e avaliadas para assim facilitar o acesso da população negra aos cuidados em saúde mental, bem como identificar desafios e áreas de melhoria. Sua participação é voluntária, ou seja, ela não é obrigatória. Você tem autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento da pesquisa. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a realização dessa da pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa. Apenas os pesquisadores do projeto terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Caso surjam informações delicadas que possam ser úteis como dado de pesquisa, uma nova consulta será realizada a você perguntando seu interesse, ou não, em publicar os dados.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista. A entrevista será gravada somente se houver a sua autorização. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente trinta minutos. Os riscos dessa pesquisa incluem a possibilidade de violação da privacidade e da confidencialidade de suas informações e preocupações em situações de desconforto ou angústia por parte dos participantes. O pesquisador estará atento a sinais que possam

indicar dificuldades emocionais, como expressões de tristeza, ansiedade, desconforto significativo, ou qualquer outro comportamento que sugira angústia. Frente a tal manifestação, a pesquisa será interrompida e o participante será orientado a como acessar serviços de apoio psicológico. O Centro Clínico Cuidar CNPJ: 50.200.167/0001-74 – 50200167000174 se tornou parceiro do estudo. A psicóloga Crislany de Oliveira da Conceição CRP 01/21980 se colocou à disposição para eventuais riscos, fornecendo atendimento psicológico voluntário quando você solicitar durante o período da pesquisa. Segue abaixo as informações necessárias para a solicitação de atendimento:

Passo 1 – O pesquisador enviará um e-mail com o assunto “PESQUISA SAÚDE MENTAL JOSÉ ELIAS” para o endereço: crislanypsi@gmail.com. O participante e/ou o pesquisador também poderão entrar em contato através do telefone (61) 99502-0260 em casos de emergência.

Passo 2 – Após o aviso prévio do pesquisador, o participante poderá comparecer ao local de atendimento. Endereço: Quadra Seps 705/905, Bloco C S/N Sala 215 - Asa Sul/ Brasília DF CEP: 70390-055. Observação: O deslocamento até o local de atendimento será de responsabilidade do pesquisador.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é compreender como essas ações auxiliam para a racialização das políticas em saúde e a valorização da vida dos sujeitos sociais. A equipe de pesquisa afirma o compromisso que os resultados o serão divulgados em formato acessível e compreensível (via e-mail do participante) por meio da construção do documento Sugestões Estratégicas para o desenvolvimento de ações pautadas nos princípios da Bioética Latinoamericana.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável e a outra com você. Informo também que todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UDF ou a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). O comitê e a Conep é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

- Autorizo a gravação da entrevista.
- Não autorizo a gravação da entrevista.

Telefone do CEP/UDF: (61) 3704-8851

E-mail: cep@udf.edu.br

<http://www.udf.edu.br>

Endereço: SEP SUL EQ 704/904, Conj. A, cep 70390-030. Brasília-DF.

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:

Telefone: 61 99858-4909

E-mail: joseeliasc@hotmail.com

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep)

Endereço: SRTVN - Via W 5 Norte - Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3º andar - Asa Norte, CEP 70750 -521, Brasília (DF);

Telefone: (61) 3315-5877.

Horário de atendimento: 09h às 18h.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Nome e Assinatura do Pesquisador – **(pesquisador de campo)**

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Saúde mental da população negra: um recorte racial através da bioética latinoamericana sobre ações estratégicas do ministério da saúde” e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante: _____

ANEXO A – APROVAÇÃO CEP (UDF)



Continuação do Parecer: 6.432.660

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto: em conformidade.
- Termo de aceite institucional: em conformidade.
- TCLE: em conformidade.
- Questionário: em conformidade.
- Cronograma de execução: em conformidade.
- Orçamento financeiro: em conformidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após as correções avalio o projeto como aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-UDF aprova o Projeto de Pesquisa e solicita ao pesquisador que siga as instruções contidas no site do CEP, enviando os relatórios parciais e final.

<https://www.udf.edu.br/comite-de-etica-em-pesquisa/>

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2215714.pdf	16/10/2023 16:42:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PREPROJETOCEP.pdf	16/10/2023 16:41:44	JOSE ELIAS COSTA JUNIOR	Aceito
Outros	ACEITEINSTITUCIONALMS.pdf	16/10/2023 16:41:08	JOSE ELIAS COSTA JUNIOR	Aceito
Declaração de concordância	TERMO_DE_CONCORDANCIA_assinado.pdf	18/09/2023 16:38:28	JOSE ELIAS COSTA JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/09/2023 16:37:24	JOSE ELIAS COSTA JUNIOR	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_assinado.pdf	18/09/2023 16:37:11	JOSE ELIAS COSTA JUNIOR	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOO_assinado.pdf	18/09/2023 16:37:01	JOSE ELIAS COSTA JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	frosto.pdf	18/09/2023 16:20:58	JOSE ELIAS COSTA JUNIOR	Aceito

Endereço: SEP Sul EQ. 704/904 Conjunto A
Bairro: ASA SUL
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3704-8851

CEP: 70.390-045

E-mail: cep@udf.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
DISTRITO FEDERAL - UDF



Continuação do Parecer: 6.432.660

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 18 de Outubro de 2023

Assinado por:
Samuel da Silva Aguiar
(Coordenador(a))

Endereço: SEP Sul EQ. 704/904 Conjunto A

Bairro: ASA SUL

UF: DF

Telefone: (61)3704-8851

Município: BRASILIA

CEP: 70.390-045

E-mail: cep@udf.edu.br

ANEXO B – APROVAÇÃO CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA: EXPLORANDO AÇÕES POLÍTICAS ATRAVÉS DE PRINCÍPIOS BIOÉTICOS.

Pesquisador: JOSE ELIAS COSTA JUNIOR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 74334323.0.3001.0008

Instituição Proponente: Ministério da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.601.489

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos contendo as Informações Básicas sobre o Projeto de Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2232357.pdf de 18/12/2023) e do Projeto Detalhado.

RESUMO

Buscando efetivar o compromisso da Bioética com a proteção dos vulneráveis, a qualidade de vida humana, os direitos humanos, a cidadania e a diversidade cultural, o presente estudo concentra sua análise nas ações do Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Isso ocorre dentro do contexto do dever do Estado de alinhar suas políticas com os princípios estabelecidos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Dessa forma, visando ilustrar os desafios do enfrentamento ao racismo no cenário da saúde mental brasileira, o objetivo da pesquisa será analisar as ações efetivas para o fortalecimento da atenção à saúde mental da população negra, elaboradas pelo Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde, à luz da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos. A pesquisa em questão, intitulada "Saúde mental da população negra: explorando ações políticas por princípios bioéticos", se trata de um estudo de análise de conteúdo e entrevistas qualitativas no qual irá refletir a respeito das ações efetivas no campo da saúde mental para a população negra. Com o propósito de fortalecer a

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.601.489

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, buscamos aprimorar as iniciativas políticas por meio de uma abordagem ancorada nos princípios bioéticos. Em uma sociedade marcada por profundas desigualdades raciais, este estudo enfatiza a urgência de ações efetivas e destaca a necessidade premente de desenvolver uma política de saúde mental mais sensível, alinhada aos princípios bioéticos estabelecidos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Nossa convicção é de que, ao adotar essas medidas, estamos dando um passo importante na direção de uma sociedade mais justa e inclusiva, onde a saúde e o bem-estar de todos, independentemente de sua origem étnica, são protegidos e valorizados.

HIPÓTESE

As ações implementadas pelo departamento de saúde mental podem não estar levando em consideração os princípios bioéticos estabelecidos pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, o que poderia resultar em dilemas difíceis para a população negra que busca tratamento para sua saúde mental.

METODOLOGIA

A primeira etapa metodológica utilizado na elaboração deste estudo, segue com base numa pesquisa bibliográfica e análise documental seguido de análise de conteúdo, tendo como referencial teórico-analítico a Análise de Conteúdo defendida por Laurence Bardin (2016). O uso desta metodologia partiu do desejo de eliminar os perigos da compreensão espontânea dos componentes estabelecidos nos documentos legislativos, exercitar a vigilância crítica e definir planos experimentais. Nessa perspectiva, a análise de conteúdo é entendida como um conjunto de técnicas de “análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem as inferências de conhecimentos relativos de condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2016, p. 41). A técnica de pesquisa Análise de Conteúdo defendida por Bardin (2016) se estrutura em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material, categorização ou codificação; 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação. A validade dos achados da pesquisa é resultante de uma coerência interna e sistemática entre essas fases, e o rigor na organização da investigação proporcionará uma análise de diferentes aportes de conteúdo sejam eles verbais ou não-verbais por meio de uma sistematização de métodos. Na segunda etapa deste estudo, será realizada uma entrevista com os sujeitos do Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde (DESME), tomando como ponto de partida um roteiro semiestruturado, que

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 02 de 07

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.601.489

pretende ser o instrumento disparador. Para Bardin “a análise da enunciação apoia-se numa concepção da comunicação como processo e não dado”, portanto pretende-se compreender o contexto político do processo e a sua recepção por diferentes sujeitos sociais.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Membros do Departamento de Saúde Mental que estejam diretamente envolvidos no processo de elaboração de ações efetivas.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Analisar as ações efetivas para o fortalecimento da atenção à saúde mental da população negra elaboradas pelo Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde, à luz da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Integrar conceitos e princípios abordados na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos às ações para o fortalecimento da atenção à saúde mental da população negra.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Os riscos dessa pesquisa incluem a possibilidade de violação da privacidade e da confidencialidade das informações dos participantes, o potencial viés de seleção e viés de resposta, em decorrência da sensibilidade do contexto de saúde, além de desafios éticos relacionados ao consentimento informado. Há também preocupações com a conformidade das regulamentações de proteção de dados e a divulgação responsável dos resultados também representam aspectos críticos a serem considerados.

BENEFÍCIOS

Os benefícios da pesquisa incluem a oportunidade de ouvir diretamente os indivíduos envolvidos, o que pode proporcionar uma sensação de reconhecimento pessoal. Além disso, a pesquisa pode promover um senso de solidariedade e colaboração entre os participantes, atendendo às suas expectativas. Também pode satisfazer a necessidade de realizar ações com significado, indo além de meras demonstrações de simpatia e consideração pelas diferenças.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.601.489

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de análise de conteúdo e entrevistas qualitativas no qual irá refletir a respeito das ações efetivas no campo da saúde mental para a população negra. Com o propósito de fortalecer a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, busca-se aprimorar as iniciativas políticas por meio de uma abordagem ancorada nos princípios bioéticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas ao Parecer Consubstanciado nº 6.511.584 emitido pela Conep em 22/11/2023.

1. Quanto às informações básicas do projeto, cadastradas durante a submissão na Plataforma Brasil (arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2215714.pdf", gerado dia 16/10/2023):

1.1. Na página 3 de 5, item "Riscos", lê-se: "Os riscos dessa pesquisa incluem a possibilidade de violação da privacidade e da confidencialidade das informações dos participantes, o potencial viés de seleção e viés de resposta, em decorrência da sensibilidade do contexto de saúde, além de desafios éticos relacionados ao consentimento informado. Há também preocupações com a conformidade das regulamentações de proteção de dados e a divulgação responsável dos resultados também representam aspectos críticos a serem considerados.". Conforme Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 19, o(a) pesquisador(a) deve estar atento aos riscos que a pesquisa possa acarretar aos participantes em decorrência dos seus procedimentos, devendo para tanto serem adotadas medidas de precaução e proteção, a fim de evitar dano ou atenuar seus efeitos. Solicita-se que sejam descritas as estratégias para a minimização dos possíveis riscos e a proteção dos participantes da pesquisa.

RESPOSTA: Os riscos dessa pesquisa incluem a possibilidade de violação da privacidade e da confidencialidade das informações dos participantes e situações de desconforto ou angústia por parte dos participantes.

O pesquisador estará atento a sinais que possam indicar dificuldades emocionais, como expressões de tristeza, ansiedade, desconforto significativo, ou qualquer outro comportamento que sugira angústia. Frente a tal manifestação, a pesquisa será interrompida e o participante será orientado a como acessar serviços de apoio psicológico sem custos.

O Centro Clínico Cuidar CNPJ: 50.200.167/0001-74 – 50200167000174 se tornou parceiro do estudo. A psicóloga Crislany de Oliveira da Conceição CRP 01/21980 se colocou à disposição para

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.601.489

eventuais riscos, fornecendo atendimento psicológico voluntário quando o participante solicitar durante o período da pesquisa. Segue abaixo as informações necessárias para a solicitação de atendimento:

Passo 1 – O pesquisador enviará um e-mail com o assunto “PESQUISA SAÚDE MENTAL JOSÉ ELIAS” para o endereço: crislanypsi@gmail.com. O participante e/ou o pesquisador também poderão entrar em contato através do telefone (61) 99502-0260 em casos de emergência. Passo 2 – Após o aviso prévio do pesquisador, o participante poderá comparecer ao local de atendimento. Endereço: Quadra Seps 705/905, Bloco C S/N Sala 215 - Asa Sul/ Brasília DF CEP: 70390-055. Observação: O deslocamento até o local de atendimento será de responsabilidade do pesquisador.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2. Na página 4 de 5, o "Cronograma de Execução" apresentado não está adequado, pois informa que o estudo já teve início. Solicita-se adequação do cronograma com relação à data de início do estudo, com compromisso explícito do(a) pesquisador(a) de que a pesquisa somente será iniciada a partir da aprovação pelo Sistema CEP/Conep (Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.3.f)

RESPOSTA: Eu, José Elias Costa Júnior, pesquisador responsável, gostaria de reforçar que, de acordo com as diretrizes éticas estabelecidas pela Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.3.f me comprometo a iniciar a pesquisa apenas após a aprovação pelo Sistema CEP/Conep (apresenta cronograma atualizado).

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Quanto ao Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, arquivo "TCLE.pdf", submetido na Plataforma Brasil em 18/09/2023:

2.1. Na página 1 de 2 lê-se: "Não se trata de uma pesquisa com altos riscos aos participantes. Sendo assim, os riscos incluem a possibilidade de violação da privacidade e da confidencialidade das informações dos participantes, o potencial viés de seleção e viés de resposta, em decorrência da sensibilidade do contexto de saúde.". Conforme Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 19, o(a) pesquisador(a) deve estar atento aos riscos que a pesquisa possa acarretar aos participantes em decorrência dos seus procedimentos, devendo para tanto serem adotadas medidas de precaução e proteção, a fim de evitar dano ou atenuar seus efeitos. Os riscos devem ser objetivamente descritos, e não adjetivados. Solicita-se que sejam descritas as estratégias para a minimização dos possíveis riscos e a proteção dos participantes da pesquisa.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

Página 05 de 07

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.601.489

RESPOSTA: As alterações foram realizadas conforme exposto na Resposta da pendência 1.1. Deixo em anexo o novo Registro de Consentimento Livre e Esclarecido.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2. Na página 2 de 2 lê-se: "Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UDF.". Considerando que o estudo também envolve análise pela Conep, solicita-se inserir as formas de contato com esta comissão, a saber: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) - Endereço: SRTVN - Via W 5 Norte - Edifício PO700 - Quadra 701, Lote D - 3º andar - Asa Norte, CEP 70750 -521, Brasília (DF); Telefone: (61) 3315-5877. Horário de atendimento: 09h às 18h].

RESPOSTA: As alterações foram realizadas conforme solicitação. Deixo em anexo o novo Registro de Consentimento Livre e Esclarecido.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3. Solicita-se incluir no Processo e Registro do Consentimento Livre e Esclarecido o compromisso do(a) pesquisador(a) de divulgar os resultados da pesquisa em formato acessível e compreensível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 3º, Inciso IV)

RESPOSTA: Frente a solicitação, agora lê-se no novo Registro do Consentimento Livre e Esclarecido: "A equipe de pesquisa afirma o compromisso que os resultados o serão divulgados em formato acessível e compreensível (via e-mail do participante) por meio da construção do documento Sugestões Estratégicas para o desenvolvimento de ações pautadas nos princípios bioéticos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério da CONEP:

Projeto eticamente adequado. Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.601.489

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2232357.pdf	18/12/2023 19:09:12		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	18/12/2023 19:08:50	JOSE ELIAS COSTA JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RegistroSEMREALCE.docx	18/12/2023 19:08:37	JOSE ELIAS COSTA JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RegistroREALCE.docx	18/12/2023 19:08:24	JOSE ELIAS COSTA JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PREPROJETOCEP.pdf	16/10/2023 16:41:44	JOSE ELIAS COSTA JUNIOR	Aceito
Outros	ACEITEINSTITUCIONALMS.pdf	16/10/2023 16:41:08	JOSE ELIAS COSTA JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/09/2023 16:37:24	JOSE ELIAS COSTA JUNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

BRASILIA, 29 de Dezembro de 2023

Assinado por:
Láís Alves de Souza Bonilha
(Coordenador(a))

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br