



A COR DA VULNERABILIDADE SOCIAL VERSUS MORBIDADE PSIQUIÁTRICA

Resumo: Esse texto tem por objetivo discutir as questões pertinentes a saúde mental e as dimensões sociais que o racismo reproduz para com a população negra no Brasil, a problemática que orienta a pesquisa pode ser sintetizada a partir da compreensão acerca da violência constitutiva da sociedade brasileira para com a população racializada desde o período da escravização a atual conjuntura social. Este trabalho pretende abordar sobre as dimensões do racismo nas relações sociais, relacionando vulnerabilidade social e racismo estrutural e identificando possíveis agentes do sofrimento mental da população negra. Fundamentado no levantamento de vastas literaturas, foram realizadas reflexões sobre a relação entre vulnerabilidade e racismo, mostrando que devem ser indissociáveis na investigação da produção do sofrimento psiquiátrico da população negra.

Descritores: Escravização, Racismo, Saúde Mental, Políticas Sociais.

The color of social vulnerability versus psychiatric morbidity

Abstract: This text aims to discuss the issues pertinent to mental health and the social dimensions that racism reproduces towards the black population in Brazil. The problem that guides the research can be synthesized from the understanding of the violence constitutive of Brazilian society towards the racialized population from the period of slavery to the current social situation. This work aims to address the dimensions of racism in social relations, relating social vulnerability and structural racism and identifying possible agents of mental suffering in the black population. Based on a survey of vast literature, reflections were made on the relationship between vulnerability and racism, showing that they must be inseparable in the investigation of the production of psychiatric suffering in the black population.

Descriptors: Enslavement, Racism, Mental Health, Social Politics.

El color de la vulnerabilidad social versus la morbilidad psiquiátrica

Resumen: Este texto tiene como objetivo discutir las cuestiones pertinentes a la salud mental y las dimensiones sociales que reproduce el racismo hacia la población negra en Brasil. El problema que orienta la investigación puede sintetizarse a partir de la comprensión de la violencia constitutiva de la sociedad brasileña hacia la población racializada desde el período de la esclavitud hasta la situación social actual. Este trabajo tiene como objetivo abordar las dimensiones del racismo en las relaciones sociales, relacionando vulnerabilidad social y racismo estructural e identificando posibles agentes de sufrimiento mental en la población negra. A partir de un estudio de una vasta literatura, se hicieron reflexiones sobre la relación entre vulnerabilidad y racismo, mostrando que deben ser inseparables en la investigación de la producción de sufrimiento psiquiátrico en la población negra.

Descritores: Esclavitud, Racismo, Salud Mental, Política Social.

Maria Luiza Batista Adorno

Bacharel em Serviço Social. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

E-mail: maluadorno15@gmail.com

Submissão: 20/04/2024

Aprovação: 23/06/2024

Publicação: 12/07/2024



Como citar este artigo:

Adorno MLB. A cor da vulnerabilidade social versus morbidade psiquiátrica. São Paulo: Rev Remecs. 2024; 2(Spe):48-57.

DOI: <https://doi.org/10.24281/rremecs2024.2.Spe.4857>

Introdução

O artigo ora apresentado, consiste numa reflexão acerca da vulnerabilidade social de pessoas negras oriundas de uma nação estruturada a partir de lacunas de exploração racial, em seu objetivo central busca-se compreender a produção de morbidades psíquicas geradas a partir da barbárie social ocasionadas pelo racismo estrutural no Brasil, procura-se relacionar vulnerabilidade social e racismo estrutural e identificar os fatores promotores de sofrimento mental da população negra atravessada pela violência racial.

Esse estudo é a consequência de inquietações geradas dentro do fazer profissional de uma assistente social, que lida com a execução das políticas sociais direcionadas a população em vulnerabilidade, mas como também de uma jovem negra fruto da resistência do racismo estruturante em um país excludente.

Com a escravização dos homens e mulheres africanas o Brasil tornou-se o país com maior número de negros fora de África no mundo, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população negra com base nos últimos dados do segundo semestre de 2022, corresponde a 55,8% dos brasileiros, sendo esse grupo o mais afetado pelos altos índices de desigualdade em comparação a população não-negra¹.

O acesso aos direitos sociais, que visa a garantia de qualidade de vida mínima através de direitos previstos no art. 6º da Constituição Federal de 1988², sendo eles a garantia de educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade

e à infância e assistência aos desamparados, não são devidamente ofertadas a população não branca.

É sabido que as políticas públicas são desproporcionalmente acessadas por afrodescendentes, tornando o grupo mais vulnerável a doenças letais evitáveis, mas que são potencializadas pela violência antinegra geradas pelo próprio Estado, na política de saúde ainda há questões a serem revistas, uma vez que os indicadores apontam que a população negra é acometida por determinadas doenças devido a determinações sociais.

Cabe reconhecer que, como campo de pesquisa, formulação e ação, a saúde da população negra se justifica: pela participação expressiva da população negra no conjunto da população brasileira; por sua presença majoritária entre usuários do Sistema Único de Saúde; por apresentarem os piores indicadores sociais e de saúde, verificáveis a partir da desagregação de dados segundo raça/cor; pela necessidade de consolidação do compromisso do sistema com a universalidade, integralidade e equidade, apesar deste último ter sido longamente negligenciado, especialmente do ponto de vista da justiça social; pela existência de obrigação amparada em instrumentos legais³.

A população não branca, alimenta forçadamente da desigualdade social durante séculos, a institucionalização do racismo tem resultado na falta de acesso da população afrobrasileira a saúde, de acordo com os documentos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra sobre indicadores do Sistema Único de Saúde (SUS), informa que:

O racismo no Brasil afeta diretamente a saúde mental da população não branca, parcela majoritária da população brasileira. Quem sofre diretamente com o racismo tem de lidar com ameaças à autoestima, desigualdades de oportunidades e, com frequência, com a violência que atinge principalmente a juventude negra no Brasil. Todos esses são fatores que podem levar a população negra ao sofrimento psíquico, em formas e intensidades diversas⁴.

Secularmente a população negra tem apresentado indicadores que os colocam em desvantagem em comparação a população branca, o sofrimento mental advindo das adversidades geradas pelo racismo coloca jovens e adolescentes negros, enquanto o grupo mais vulnerável à morte por suicídio. Instituído em 2009 pelo Ministério da saúde (MS) a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, compreende que o principal fator de morte por suicídio entre jovens e adolescentes negros é dado devido ao preconceito, à discriminação racial e ao racismo institucional, por tanto a partir dessas considerações pode ser compreendido que o racismo é um determinante social que não oferece condições de saúde a população negra no Brasil⁵.

Esse texto tem por objetivo discutir as questões pertinentes a saúde mental e as dimensões sociais que o racismo reproduz para com a população negra no Brasil.

Material e Método

Trata-se de um estudo qualitativo, de estilo reflexivo, a constituição se baseou na escolha de estudos nacionais, cujos conteúdos pudessem dar sustentabilidade ao desenvolvimento desta reflexão teórica.

Para a busca, utilizou-se como descritores as palavras: escravização, racismo, saúde mental, políticas sociais que nos permitiu localizar mais estudos relevantes a essa temática.

Constatou-se duas categorias de análise, a cor da morbidade psíquica; o racismo institucional na política de saúde, assim se deu a sustentabilidade ao desdobramento deste estudo.

Desenvolvimento

A cor da morbidade psíquica

As doenças adquiridas através do sofrimento mental e das vulnerabilidades sociais, tem atingido uma expressiva quantidade de trabalhadores brasileiros, esse fenômeno secular já era observado durante o Brasil colônia é nomeado naquele período, como “banzo”.

A primeira classe de trabalhadores brasileiros foi forçosamente construída durante o regime escravocrata, naquele período os homens e mulheres africanas eram vistos enquanto principal mão de obra e viviam subordinados as Ordenações do Reino, sendo sujeitos a serem castigados, mutilados, vendidos, trocados e até mesmo mortos pelos seus senhores de engenho, diante de tanto sofrimento gerado, mais a saudade da terra natal, que atravessava a população diaspórica, muitos eram acometidos por uma profunda tristeza e melancolia.

Uma, e das principais moléstias crônicas, que sofrem os escravos, a qual pelo decurso do tempo os leva à sepultura, vem a ser o banzo. O banzo é um ressentimento entranhado por qualquer princípio, como por exemplo: a saudade dos seus, e da sua pátria; o amor devido a alguém; à ingratidão, e aleivosia, que outro lhe fizera; a cogitação profunda sobre a perda da liberdade; a meditação continuada da aspereza [da tirania] com que os tratam; o mesmo mau trato, que suportam; e tudo aquilo que pode melancolizar⁶.

O Banzo por tanto, pode ser considerado na psiquiatria atual como um estado de depressão, gerado após ocorrências de maus tratos, violação de direitos, privação de liberdade e acima de tudo saudade da sua terra de origem. Tal enfermidade gerada por condições atroz, consumia os escravizados a ponto de findar tal sofrimento através de práticas suicidas, como geofagia, enforcamento,

afogamento, ingestão de veneno, utilização de armas brancas, dentre outros.

Thomas Ewbank, que esteve no Brasil em 1846, menciona que o suicídio entre escravos era constante se comparado às pessoas livres e Mary Karasch aponta que, no Rio de Janeiro, diariamente, a enseada ficava cheia de cadáveres, não sendo este fato computado como suicídio pela polícia. Jackson Ferreira encontrou em Salvador 393 suicídios e tentativas, com identificação da condição pessoal da pessoa em 336 casos. Deste total, os escravos representavam 158, ou seja, 47%, os libertos eram 28 (8,4%) e os livres, 150 (44,6%)⁷.

Pesquisa publicada pelo IBGE em 2018, mostrou que os negros representam 54,9% da força de trabalho, sendo que 72,5% permanecem com os menores ganhos, no que diz respeito a informalidade no mercado de trabalho, os negros atingem 47,3%, enquanto 34,6% de pessoas brancas ocupam o trabalho informal. A desigualdade no mercado de trabalho prossegue enquanto uma herança colonial, que reflete sobre as condições de moradia, escolaridade, saneamento básico e sobretudo saúde⁸.

O Instituto Interamericano Sindical pela Igualdade Racial (INSPIR), desenvolveu um estudo chamado “Mapa da população negra”, onde é apresentado razões que levam a saúde da população preta a ser impactada pelo mundo do trabalho, sendo que: negras e negros entram mais cedo e saem mais tarde no mercado de trabalho; Tem, proporcionalmente, jornadas de trabalho mais longas comparada às dos brancos; Ocupam as funções de menor qualificação profissional; Desenvolvem as tarefas mais insalubres; Vivenciam situações de maior precariedade no trabalho; Recebem um salário médio mensal que equivale à metade dos salário médio dos brancos e são os principais atingidos pelo desemprego⁹.

O adoecimento da população negra acometida pela vida laboral baseada na exploração, tem sido uma questão eminentemente sócio-histórica, o dano à psique que vem desde a retirada forçosa dos negros africanos do seu continente, a ocupação desses sujeitos e dos seus descendentes nas relações de produção do mundo do trabalho da sociedade ocidental.

Como instrumento de trabalho, o escravo tem um preço. Como propriedade, tem um valor. Seu trabalho é necessário e usado. O escravo, por conseguinte, é mantido vivo, mas em “estado de injúria”, em um mundo espectral de horrores, crueldade e profanidade intensos. O sentido violento da vida de um escravo se manifesta pela disposição de seu supervisor em se comportar de forma cruel e descontrolada, e no espetáculo de dor imposto ao corpo do escravo¹⁰.

Tem sido cada vez mais recorrente o número de casos de pessoas portadoras de transtornos mentais adquiridos decorrente da vida laboral, de acordo com dados da Dataprev (Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social) entre 2012 e 2016 a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais é a terceira causa de incapacidade para o trabalho, considerando a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez¹¹.

Os riscos psicossociais dentro do mundo do trabalho para a população negra antecedem a lógica capitalista e as demandas da vida laboral moderna, a precarização do trabalho para a população preta no Brasil carrega uma bagagem colonial. Em “Pele Negra, máscaras brancas”, as questões étnicas são utilizadas enquanto um mecanismo para manipular a identidade dos sujeitos, os caracterizando como inferiores¹², as relações estabelecidas entre os escritos de Fanon e o marxismo vão se aproximando na medida em que questões de inferioridade vão sendo percebidas como

foco de produção e divisão social, especificamente, de classes¹³.

As desigualdades raciais no mundo do trabalho e enquanto uma herança do período da escravidão, compromete a saúde e as potencialidades sociais do(a) trabalhador(a) negro, assim como o banzo, os transtornos mentais podem estar associados diretamente as vulnerabilidades enfrentadas por esses indivíduos, no caso do mundo contemporâneo e dentro de um modelo econômico capitalista, essa condição pode estar estreitamente atribuída ao desemprego, a pobreza, a fome, a violência, a falta de reconhecimento, aos episódios de assédio e a outros fatores sociais dos quais a população negra tem sido exposta devido à ausência de políticas reparatórias que atuem de forma efetiva para que as desigualdades raciais sejam contidas.

Das senzalas aos quartos de empregada e ao trabalho informal, os negros na sociedade brasileira ainda estão a passos largos de viver em um modelo social pautado na redução das desigualdades, as lacunas sociais do Brasil foram construídas com base do sofrimento da população não branca, os colocando em espaços subalternos e os oferecendo condições precárias de vida, as estatísticas tem nos demonstrado o quanto o racismo tem resultado em taxas de mortalidade e morbidade que incidem sobre os corpos negros.

O trauma cultural é provocado quando os membros de uma comunidade sentem que foram submetidos a um evento terrível que deixa traços indelévels em sua consciência coletiva, marcado às suas memórias para sempre transformando a sua identidade cultural de forma fundamental e irrevogável. Para esse autor o trauma cultural é um conceito científica, que pode ser verificado empiricamente, e que sugere novos relacionamentos significativos e as relações causais entre eventos, estruturas, percepções e ações anteriormente não relacionada¹⁴.

A identidade cultural do povo brasileiro teve uma interferência das marcas deixadas no período colonial, o que justifica as relações causais trazidas por Silva entre o evento que foi o processo de escravização da população preta a estrutura social construída por pilares fundamentados pelas desigualdades enquanto uma marca histórica permanente.

São diversos os impactos gerados pela discriminação racial, o conjunto dessas práticas discriminatórias tem sido durante séculos o principal potencializador de doenças, interferindo diretamente nas taxas de mortalidade desse grupo, o reflexo de séculos de violações de direitos e desumanização da população preta produz dores ainda persistentes e abres feridas que atravessaram o atlântico, os efeitos negativos do racismo deságua sobre as lágrimas dos que lidam com a exclusão social elencado ao sofrimento mental gerados por tal condição.

Inúmeros estudos sociológicos e históricos demonstram que afrodescendentes sofrem as consequências de processos discriminatórios que os mantêm em uma situação de perene marginalização. Homens negros e mulheres negras são vítimas preferenciais da violência policial, eles permanecem menos tempo na escola, ganham menos da metade do salário de homens brancos, são frequentemente representados de forma negativa nos meios de comunicação e são vítimas constantes de injúria racial. Essa realidade decorre da permanente circulação de estereótipos culturais que legitimam práticas excludentes em muitas esferas da vida social, processo mascarado pela influência da noção de neutralidade racial no âmbito cultural e político¹⁵.

Apesar de não existir uma interseção biológica entre raça e saúde mental, no Brasil foi identificado que há uma prevalência maior de pessoas não brancas serem acometidas por morbidades psiquiátricas, de acordo com o Núcleo de pesquisa em desigualdades e saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana:

Dos estudos sobre depressão na população geral, um reportou prevalência por raça/cor da pele e

achou uma prevalência maior nos grupos de não brancas (morena: 12,0%, mulata: 15,7%, e preta: 11,2%) em comparação com pessoas brancas (9,4%). Um dos estudos sobre Transtornos Mentais Comuns (TMC) achou uma prevalência maior entre as pessoas negras (51,6%) do que entre as pessoas brancas (37,0%), mas uma prevalência menor entre as pessoas pardas (32,8%), mas as diferenças não foram significantes. Outro estudo sobre os TMC achou uma prevalência significativamente maior de TMC nas pessoas pretas/pardas do que em pessoas brancas, um achado observado para mulheres e para homens¹⁶.

A causa do acometimento de transtornos mentais a população negra pode estar diretamente ligada às condições atroz de uma sociedade racista. A raça-etnia de um indivíduo pode influenciar a exposição ao estresse: 1) estresse ligado à estrutura social, status social, e papéis sociais, e o estresse causado pelo fato de que raça é um determinante de posição socioeconômica; 2) o estresse ligado às experiências de discriminação e racismo. Apesar dos estudos sobre a relação do racismo para com o sofrimento mental serem recentes, não se descarta as condições de estresse ligadas as experiências de discriminação enquanto um potencializador do sofrimento da população não branca¹⁷.

O racismo institucional na política de saúde

Os impactos gerados pela discriminação racial na saúde mental dos negros(as) foram reconhecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2006. As reivindicações geradas através dos movimentos sociais negros dentro do campo das políticas sociais deram fruto a formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)⁵, que foi inserida apenas em 2009 na dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS), a PNSIPN tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades raciais e do racismo institucional como determinantes sociais de saúde, uma vez que a redução destas disparidades

étnico-raciais impacta as condições e qualidade de saúde dos usuários do SUS¹⁸.

Para compreender a necessidade e a urgência de medidas a serem adotadas na execução de Políticas públicas direcionadas a população negra é necessário elaborar uma breve revisão histórica em torno da política de saúde no Brasil, levando em consideração as reivindicações dos movimentos sociais negros para a ampliação e acesso aos serviços públicos de qualidade.

A partir da assinatura da Lei Áurea, em 13 de maio de 1888, o Brasil passa por uma mudança social com a ascensão da ciência eugenista exportada da Europa a miscigenação passa a ser condenada, através dessa mudança de chave há uma produção incessante de estudos em pró da extinção do cruzamento inter-racial, que traria como consequência a perda dos genomas da raça branca, baseada no racismo científico, que difundia a convicção que os negros tinham a propensão a alienação.

Embora a história registre proposições dissidentes como as de Juliano Moreira, a hegemonia do racismo científico, ou seja, a crença de que pessoas negras seriam essencialmente inclinadas à violência, à alienação (loucura), além de inferiores intelectual e moralmente contribuiu para que a psiquiatria, ao interpretar o sofrimento gerado péssimas condições sociais da época como patologias, reduzisse ao funcionamento individual os processos de adoecimento e “cura” nesta população. Esse deslocamento de responsabilidade da sociedade para o indivíduo fazia parte do esforço de apagamento da história de escravidão e impedia a identificação do racismo como determinante na saúde física e mental da população negra¹⁹.

Faz parte da política higienista gerar modelos de administração cujo funcionamento baseasse no encarceramento e na produção sistemática da morte daqueles que são considerados indesejado pelo Estado. A política de antinegitude no Brasil começou

a partir do processo de escravização de negros e indígenas, mas toma novas formas a partir da proclamação da primeira república (1889-1930).

Com discursos imersos ao eugenismo, políticos, antropólogos, médicos e legistas constroem novas teorias capazes de desumanizar a população negra e numa tentativa frustrada de uma construção de uma nação racialmente heterogênea, para isso foram tomadas algumas medidas como a construção e implementação de projetos e leis elaborados pela elite brasileira com o intuito de criminalizar e encarcerar a população negra em manicômios e prisões a partir de critérios biológicos e raciais.

Os discursos médicos e jurídicos tiveram importante papel na construção do ideário de nação que se desejava em fins do século XIX. No interior de tais saberes, a nação era pensada a partir de critérios biológicos e raciais, assim, “as epidemias não eram apenas epidemias, já que pareciam revelar o longo caminho que nos distanciava da perfectibilidade”²⁰. A associação entre doença e mestiçagem era construída por meio de relatos médicos e estatísticos para “evidenciar” o caráter degenerado do(a) negro(a), representado como perigo para a elite branca²¹.

A produção de sofrimento mental da população negra no Brasil se inicia no processo de colonização com a adoção do sistema escravagista e se renova com a adoção do sistema capitalista que resulta na geração de novos formatos de precarização e exploração da vida do povo preto, sendo respaldada pela institucionalização do racismo.

O Estado não determina apenas quem deve morrer e viver, mas também, “os que devem ter saúde mental, e os que podem viver atormentados em seu sofrimento produzido pelas condições sociais”. Quando se trata da produção de sofrimento mental da população negra se faz necessário analisar sobre as estratégias do racismo na produção da biopolítica¹³.

A biopolítica enquanto a maneira pela qual o poder tende a se transformar, entre o fim do século XVIII e o começo do século XIX, a fim de governar não somente os indivíduos por meio de certo número de procedimentos disciplinares, mas o conjunto dos viventes constituídos em população: a biopolítica - por meio dos biopoderes locais - se ocupará, portanto, da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade etc., na medida em que elas se tornaram preocupações políticas²².

O colonialismo implantou a política de extermínio da população negra e o Estado capitalista perdura a produção do genocídio das populações racializadas através do conjunto de estratégias do biopoder, que adota critérios raciais escolhendo quais vidas merecem ser vividas e quais são dignas de cuidado.

O instituto da mulher negra (GELEDÉS), na publicação, ***Racismo Institucional: uma abordagem conceitual***, afirma que, o conceito de racismo institucional foi utilizado pela primeira vez pelos ativistas integrantes do grupo Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton em 1967, para especificar como se manifesta o racismo nas estruturas de organização da sociedade e nas instituições²³, é notório que a institucionalização do racismo reflete diretamente na formulação e execução das políticas públicas e na precarização e ausência do acesso da população negra a política de saúde mental.

Com o início dos anos 80 vem a perda da força do regime militar no Brasil, que durante duas décadas alimentou o projeto de privatização e centralização da saúde, nessa virada de década com o movimento de transição democrática protagonizada pela guerrilha dos movimentos sociais, houve a elaboração do documento “A questão democrática na área da saúde”²⁴, onde pela primeira vez foi proposta a formulação de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a promulgação da Constituição Cidadã, em 5 de outubro de 1988, houve uma conquista através da batalha popular, sindical e dos partidos progressistas, que nas trincheiras lutaram pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Com a elaboração do arcabouço jurídico-normativo do SUS, houve a sua formalização, através da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), das portarias, decretos e normas operacionais.

Cabe registrar que a tradição sanitária brasileira continuou a não atribuir importância à temática racial. Só no alvorecer do século XXI voltam à cena pública as relações entre raça e saúde, a partir da proposta de criação de uma política focal direcionada à população negra. Esta se baseia na concepção de que as desigualdades raciais repercutem de forma específica na esfera da saúde pública e, por conseguinte, devem ser objeto de ação governamental para superá-las. Com base numa articulação que envolve ONGs 422 História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro vinculadas ao movimento negro, agências estatais, fundações filantrópicas norte-americanas, instituições multilaterais e fóruns internacionais, especialmente no plano dos Direitos Humanos, a nova política antirracista surge no contexto da discussão sobre políticas de ação afirmativa no Brasil, iniciada nos anos 1990²⁵.

Em 2003, no primeiro mandato do atual presidente Luís Inácio Lula da Silva, houve um progresso significativo na Reforma Sanitária Brasileira, a própria participação dos integrantes do movimento no Ministério da Saúde favoreceu o crescimento do sistema público de saúde.

Em 2003, foi realizada a 12 Conferência Nacional de Saúde, tendo em conta eixos temáticos selecionados, para discussão do desenvolvimento do SUS, oportunidade em que reaparecem proposições relacionadas com a RSB. Foram formuladas a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção da Saúde, e foi implementada a Reforma Psiquiátrica, instalando uma rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, com redução de leitos psiquiátricos. Em 2006, foi instalada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde²⁶.

A superação do modelo manicomial adotada no Brasil foi uma conquista que caminhou junto ao processo de reestruturação política, apesar das reivindicações terem surgido ainda durante a década de 70, só foi possível ter o seu desenvolvimento nos anos 2000 durante o período Lula, que se comprometeu com a agenda em prol da RSB. Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, através da criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída por meio da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (Portaria de origem nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011) e na Portaria nº 3.588/GM/MS, de 21 de dezembro de 2017, que disponibiliza os pontos de atenção para o atendimento de pessoas em sofrimento mental, a RAPS rompe parcialmente com o sistema manicomial.

Apesar dos avanços significativos que se deram com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, até este momento existe uma necessidade em elaborar uma política efetiva e focal a saúde mental da população negra, uma vez que o racismo institucional no atendimento e cuidado à população negra na RAPS impede que o básico seja oferecido a estes usuários que representam mais de 70% dos que dependem exclusivamente do SUS¹⁹.

Considerações Finais

Apesar das expectativas de avanço do sistema público de saúde mental, a promoção da saúde requer ações coletivas para a sua manutenção, promover a saúde, em especial a mental, diz respeito a condicionantes, como habitação, renda, segurança alimentar, lazer, seguridade social, educação e principalmente proporcionar o protagonismo dos sujeitos na construção das políticas públicas. Desde a sua colonização o Brasil tem sido um país

historicamente marcado por construção de políticas de exclusão racial, o que no campo da Saúde Mental não funcionaria de forma dessemelhante, uma vez que o racismo estrutural e institucional, abarca e inviabiliza o acesso de todos os espaços sociais.

Embora o movimento negro venha apontando há décadas a conexão entre o racismo que organiza a sociedade brasileira, o sofrimento psíquico e a violência dos manicômios assim como a redução da discussão da saúde mental ao abuso de álcool e outras drogas, pouco avançamos no desenvolvimento teórico-prático de políticas em saúde mental que considerem as necessidades da população negra e que contribuam para o enfrentamento do racismo. Como exemplo, citamos a forte resistência à implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que inclui como estratégias de gestão: “- Fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social. - Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas”^{5,19}.

Apesar dos esforços, ter uma política de saúde mental racializada ainda é um sonho distante, posto que no Brasil a população negra ainda reivindica por acesso os direitos sociais básicos, como educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer e segurança e principalmente o direito fundamental, a vida.

O enfrentamento do racismo dentro da política de saúde perpassa pelas estruturas das organizações sociais que enxerguem o letramento racial enquanto uma ferramenta de combate as violências traçando estratégias exequíveis que possa vir a orientar tantos os demandantes da política quanto os profissionais de saúde.

Pensar em uma política pública de saúde que integre a população negra é pensar também na garantia de direitos que assegure não apenas a sua existência, mas como também a sua integralidade, considerando o contexto histórico social e econômico em que essa população é inserida. É importante reconhecer que a vulnerabilidade no Brasil ainda é racializada e a partir disso promover políticas públicas pensadas no rompimento da herança colonial que marginaliza esta população.

O Ministério da Saúde reconhece que a situação de vulnerabilidade social afeta a saúde da população negra⁵, por tanto pensar na construção e recuperação da saúde mental de pessoas negras implica na garantia da universalidade, equidade e integridade dos direitos sociais, portanto, é necessário o diálogo os diferentes setores governamentais, tencionando ações capazes de romper com o racismo estrutural e suas dimensões institucionais, a amnésia social dos que não sentem a o peso da exclusão, deve ser combatida por ações institucionais tencionada pelas organizações sociais.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua. 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>.
2. Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. 1988.
3. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde e Sociedade. 2016; 25(3):535-549.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Temático Saúde da População Negra. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília: Ministério da Saúde. 2016.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento

de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 2013.

6. Mendes LAO. Memória a respeito dos escravos e tráfico da escravatura entre a costa d'África e o Brasil (1812). Rev Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 2007; 10(2):362-376.

7. Kozyreff AM, Vale SSAG, Midlej TC. A depressão dos primeiros trabalhadores brasileiros, o banzo. Intraciência Rev Científica. 2018.

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua. 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>.

9. Mapa da população negra no mercado de trabalho. 1999. São Paulo: INSPIR/DIEESE.

10. Mbembe A. Necropolítica. Arte e Ensaios. 2016; 2(32):122-151.

11. Brasil. Ministério da Fazenda. Adoecimento mental e trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. 1º Boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade de 2017. Brasília, DF; Secretaria de Previdência. 2017.

12. Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. Trad. de Sebastião Nascimento. São Paulo: Ubu Editora. 2020.

13. Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. Rio de Janeiro: Ciência Saúde Coletiva. 2018; 23(7):2303-2314.

14. Silva RP. Trauma Cultural e sofrimento social: do banzo às consequências psíquicas do racismo para o negro. 2017.

15. Moreira AJ. Cidadania racial/racial citizenship. Rev Quaestio Iuris. 2017; 10(2):1052-1089.

16. Smolen JR, Araújo EM. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. Ciência Saúde Coletiva. 2017; 22:4021-4030.

17. Williams DR, Yu Y, Jackson JS, et al. Racial differences in physical and mental health: socioeconomic status, stress and discrimination. J Health Psychol. 1997; 2:335-351.

18. Oliveira LGF, Magalhães M. Percurso da implantação da política nacional de saúde integral da população negra no Brasil. Rev Bras Estudos População. 2022; 39:e0214.

19. Tavares JSC, Jesus Filho CAA, Santana EF. Por uma política de saúde mental da população negra no SUS. Rev Assoc Bras Pesquisadores/as Negros/as (ABPN). 2020; 12(esp):138-151.

20. Schwarcz L. O espetáculo das raças: Cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras. 2014.

21. Catoia, CC. A produção discursiva do racismo: da escravidão à criminologia positivista. Dilemas - Rev Est Conflito Controle Social. 2018; 11(2):259-278.

22. Revel J. Biopolítica. In: _____. Michel Foucault: conceitos essenciais. Tradução Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlos Piovasani. São Carlos/SP: Claraluz. 2005; 26-28.

23. Geledés Instituto da Mulher Negra. CFEMEA Centro feminista de estudos e assessoria, Guia de Enfrentamento do Racismo Institucional. 2013. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/geled-es/o-quefazemos/publicacoes-de-geledes/18611-racismo-institucionaluma-abordagem-teorica-e-guia-de-enfrentamento-do-racismo-institucional>>. Acesso em 9 abr 2024.

24. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). A Questão Democrática da área da Saúde. 1980. Disponível em: <<https://cebes.org.br/a-questao-democratica-na-area-da-saude/17754/>>.

25. Maio MC, Monteiro S. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. História, Ciências, Saúde - Manguinhos. 2005; 12(2):419-46.

26. Paim JS. SUS: sistema único de saúde - tudo que você precisa saber. São Paulo: Atheneu. 2019.