



QUANDO A RAÇA SE TORNA PENSÁVEL: REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS LIMITES DA INSTITUCIONALIZAÇÃO ANTIMANICOLONIAL NO BRASIL

Maria Luiza da Silva Ortiz¹

Maysa Soares de Camargo Fernandes²

Beatriz Camilo³

RESUMO: Com base na análise documental das Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987–2010) e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009-2017), o estudo demonstra que a incorporação da raça como categoria institucional não ocorre de forma simultânea à consolidação da reforma, mas por meio de processos historicamente situados e tensionados por disputas políticas. Objetivo: Analisar a relação entre a reforma psiquiátrica e a colonialidade no Brasil. Metodologia: Análise mista (quantitativa e qualitativa) de relatórios de Conferências Nacionais de Saúde Mental e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra com codificação temática via MAXQDA. Foram analisadas frequências, proporções, correlações (Spearman) e índice de prevalência entre os eixos social e racial, articulados à análise discursiva dos regimes de visibilidade. Resultados e discussões: Foi encontrada uma passagem da predominância do eixo social para o eixo racial. Conclusão: A incorporação desse eixo permanece marcada por assimetria entre conhecimento e efetivação, refletindo limites estruturais nos regimes de inteligibilidade das políticas públicas em saúde mental.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Social; Racial; Políticas Públicas.

¹ Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Ciência Política PPGSUFSC) na linha de pesquisa, ciência saúde e meio ambiente. E-mail: maluluizaortiz@outlook.com. ORCID: 0009-0003-5828-5205.

² Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia (UNIFESP) na área de Neurobiologia da Emoção, Cognição e Motivação (NbCEM). E-mail: mscfernandes@unifesp.br. ORCID: 0000-0001-9182-9065.

³ Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia (UNIFESP) na área de Neurobiologia da Emoção, Cognição e Motivação (NbCEM). E-mail: beatriz.camilo@unifesp.br. ORCID: 0000-0002-3998-7805.



WHEN RACE COMES INTO FOCUS: PSYCHIATRIC REFORM AND THE LIMITS OF ANTI-ASYLUM INSTITUTIONALIZATION IN BRAZIL

ABSTRACT: Based on a documentary analysis of the National Mental Health Conferences (1987–2010) and the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population (2009, 2017), this study demonstrates that the incorporation of race as an institutional category does not occur simultaneously with the consolidation of the reform, but through historically situated processes strained by political disputes. Objective: To analyze the relationship between psychiatric reform and coloniality in Brazil. Methodology: Mixed-methods analysis (quantitative and qualitative) of reports from the National Mental Health Conferences and the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population, thematically coded using MAXQDA. Frequencies, proportions, correlations (Spearman), and prevalence indices between the social and racial axes were analyzed, articulated with a discursive analysis of visibility regimes. Results and discussion: A shift from the predominance of the social axis to the racial axis was found. Conclusion: The incorporation of this axis remains marked by asymmetry between knowledge and implementation, reflecting structural limitations in the intelligibility regimes of public policies in mental health.

Keywords: Psychiatric Reform; Mental Health; Social; Racial; Public Policies.

INTRODUÇÃO

O campo da saúde mental é atravessado por questões sociais que extrapolam a constituição histórica da psiquiatria como campo meramente biológico. A relação entre mente e cérebro têm sido historicamente marcada por debates intensos e interpretações divergentes no campo científico (Rodrigues, 2019). No âmbito da psiquiatria, a utilização desses termos frequentemente esteve vinculada a uma divisão conceitual que os trata como domínios distintos. De modo geral, aspectos ligados ao ambiente, às dimensões psicossociais e às práticas psicoterapêuticas tendem a ser associados à ideia de mente, enquanto fatores como genética, processos biológicos e intervenções farmacológicas são comumente relacionados ao cérebro (Shansis; Zaslavsky, 2005).



Tal polarização revela-se insuficiente diante da complexidade envolvida, uma vez que reduz a compreensão dos transtornos psíquicos a perspectivas parciais (Souza, 2019). A psiquiatria transitou entre diferentes formas de reducionismo. Em determinados momentos, houve predominância de abordagens que tendiam a negligenciar os componentes neurobiológicos, posteriormente, observou-se um movimento inverso, com ênfase acentuada nos aspectos biológicos (Engel, 1977).

A ausência de uma articulação entre diferentes perspectivas pode levar a uma divisão artificial entre abordagens centradas na mente e no cérebro. No entanto, essa distinção é sobretudo analítica, uma vez que, na prática, tais dimensões são indissociáveis. Os processos mentais estão ancorados na atividade cerebral, ao mesmo tempo em que experiências emocionais e contextos ambientais exercem influência contínua sobre o funcionamento do próprio cérebro. Nessa direção, a dinâmica de compreender o processo da reforma psiquiátrica exige uma conversão de valores que abarque o conhecimento biológico e social, e é neste contexto que o presente trabalho se insere.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, embora tenha ampliado direitos e buscado superar o modelo hospitalocêntrico (Brasil, 2001), desenvolveu-se no contexto da Reforma Sanitária, marcada pela não “centralidade do debate racial” (Aráujo; Teixeira, 2016, p.2017). Sob essas condições, o debate contemporâneo sobre a reforma psiquiátrica em perspectiva antimanicolonial, têm enfatizado a necessidade de articular a luta pela desinstitucionalização ao enfrentamento do racismo e à garantia dos direitos humanos (David, Vicentim, Schucman, 2024).

Tal perspectiva desloca o foco da crítica do modelo assistencial para as condições mais amplas de produção de subjetividades, desigualdades, sofrimento psíquico e formas de cuidado, evidenciando que a superação do manicômio não se esgota na transformação dos dispositivos institucionais, mas envolve a superação da



racionalidade colonial que sustenta a produção hierarquizada dos corpos e saberes (Cruz, Ienk, 2024; Costa, 2026)

Diante desse problema, este artigo se debruça sobre os documentos centrais da política de saúde mental no Brasil, incluindo relatórios das Conferências Nacionais e a Política de Saúde Integral da População Negra, objetivando examinar à luz do referencial teórico decolonial e foucaultiano, em que medida nesses documentos, a reforma psiquiátrica brasileira se constituiu a partir de uma formação discursiva orientada pelos princípios de redistribuição e universalização de direitos, especialmente no âmbito das desigualdades raciais.

2. METODOLOGIA

2.1 Caracterização do corpus documental

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo documental exploratório, de natureza quantitativa e qualitativa, orientado por uma perspectiva que articula teoria decolonial e foucaultiana dos discursos⁴. O corpus foi constituído pelos relatórios da I à IV Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987–2010) e pelos documentos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009; 2017), obtidos na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Portarias posteriores (2017; 2023) foram mobilizadas como material contextual. A seleção dos documentos considerou sua centralidade na formulação e consolidação das diretrizes da política de saúde mental no Brasil.

⁴ A análise do discurso, sob a perspectiva arqueológica de Foucault (2008), não busca o sentido oculto ou a verdade secreta das palavras, mas sim a lei de existência dos enunciados. Em vez de tratar o discurso como um documento que remete a algo exterior (como a intenção do autor ou o espírito de uma época), ele é tratado como um monumento, analisando-o em sua própria espessura e exterioridade ao se debruçar sobre a descontinuidade e o sistema de regras que permite a emergência de certos discursos em detrimento de outros.



A análise foi realizada com o auxílio do software MAXQDA, utilizado exclusivamente como ferramenta de indexação e recuperação dos segmentos codificados. A interpretação dos resultados permaneceu integralmente fundamentada na análise documental e discursiva conduzida pelos autores por meio de uma estratégia de codificação mista, articulando procedimentos quantitativos e qualitativos de forma relacional e exploratória. Os documentos foram organizados em dois conjuntos analíticos, Reforma Psiquiátrica e Política Racial, e examinados a partir de dois eixos teóricos: (a) eixo racial, contemplando os termos raça, etnia, racismo e desigualdade racial; e (b) eixo social, incluindo classe, pobreza e exclusão social.

Os códigos foram definidos a partir da literatura sobre desigualdades sociais e raciais em saúde, considerando sua pertinência ao objetivo da pesquisa e sua recorrência potencial nos documentos institucionais. A codificação foi realizada mediante leitura sistemática do corpus, complementada por buscas dirigidas dos termos previamente definidos. Os segmentos codificados corresponderam aos trechos em que esses termos eram empregados no contexto, assim, cada ocorrência foi revisada manualmente. Optou-se por não utilizar lematização ou variações morfológicas automáticas, privilegiando a ocorrência explícita dos termos como indicador de reconhecimento institucional.

Esse procedimento permitiu o mapeamento da presença, da frequência absoluta e relativa junto a distribuição dos termos ao longo do corpus, possibilitando a comparação entre documentos e períodos históricos. A dimensão quantitativa não foi mobilizada como medida descritiva isolada nem como evidência direta de processos de colonialidade, mas como operador analítico destinado a explorar padrões de visibilidade diferencial entre categorias discursivas. Parte-se do



pressuposto de que a recorrência sistemática de determinados termos pode indicar sua estabilização como categoria legítima de nomeação no discurso⁵ institucional, enquanto sua baixa incidência ou ausência pode sinalizar restrições às condições de sua enunciação.

A estratégia metodológica possui caráter longitudinal comparativo e exploratório, permitindo identificar discontinuidades na forma como as desigualdades sociais e raciais são problematizadas institucionalmente ao longo do tempo. Entretanto, a frequência dos termos não pode ser confundida com a visibilidade discursiva, que para Foucault (1977) é o resultado de uma nova estrutura de saber que redefine a relação entre o que se vê (o perceptível) e o que se diz (o enunciável). A frequência ilustra parcialmente apenas uma de suas possíveis dimensões. Nesse sentido, a análise quantitativa permite explorar padrões de distribuição dos termos enquanto um dos indicadores dessa configuração mais ampla de visibilidade. Assim, as inferências produzidas possuem um caráter puramente exploratório, descritivo e complementar da correlação situada no interior do corpus analisado.

2.2 PROCEDIMENTOS ADOTADOS NA ANÁLISE QUANTITATIVA

Para caracterizar e explorar a distribuição junto a possíveis relações e predominâncias dos códigos selecionados nos documentos, foi realizada uma análise quantitativa conduzida em etapas que se complementam. Previamente se executou uma análise descritiva das frequências absolutas dos códigos em cada material de

⁵ Um grupo de enunciados é considerado um discurso quando é possível definir para eles um conjunto comum de condições de existência, pertencendo à mesma formação discursiva, o discurso é essencialmente histórico, constituindo uma prática que estabelece regras para o que pode e deve ser dito em um determinado momento e é uma prática que forma sistematicamente os objetos de que fala, sendo irreduzível à língua e ao ato da fala (Foucault, 2008).



texto, gerando medidas que posteriormente subsidiaram a construção da Tabela 1. Subsequentemente as frequências foram convertidas em proporções relativas com o intuito de inspecionar de maneira mais precisa a discrepância na presença dos códigos entre os documentos, gerando medidas que posteriormente subsidiaram a construção da Tabela 2. Essas etapas em conjunto são de suma importância para alicerçar a hipótese discutida no decorrer desse trabalho.

Após a observação de possíveis tendências, foi realizada a análise de correlação entre os códigos, com o intuito de estabelecer temas centrais, a partir de padrões de coocorrência, para facilitar uma análise posterior concisa. Elegeu-se para isso o teste de correlação de Spearman em virtude do número reduzido de documentos e códigos analisados, considerando ainda a natureza não paramétrica dos dados obtidos. Distintamente de testes paramétricos, como a correlação de Pearson, o teste de Spearman não pressupõe uma distribuição normal nem relações lineares, por isso é o mais adequado para examinar associações monotônicas entre variáveis de amostragem pequena, as quais frequentemente não apresentam tais pressupostos. O teste de coeficiente de correlação de Kendall Tau também é recomendado em análises com tais características, apresentando maior robustez frente a empates e menor sensibilidade frente a variações. Entretanto, no presente estudo, optou-se por prosseguir com Spearman devido à sua maior difusão na literatura em saúde coletiva e ciências sociais aplicadas, que em conjunto com a análise qualitativa, mostra-se suficiente para cumprir o papel de caráter exploratório na identificação de padrões de coocorrência entre os termos e auxílio na consolidação dos eixos temáticos. Dessa forma, foi possível observar os padrões de frequência dos códigos organizados segundo os dois eixos previamente definidos, denominados eixos temáticos, que correspondem à desigualdade social e desigualdade racial (Figura 1).



Em conclusão foi executado uma nova análise baseada nesses eixos através do índice de prevalência, calculado pela razão entre a frequência dos códigos associados à dimensão do eixo racial e aqueles afiliados à dimensão do eixo social. Nos casos em que a frequência de termos associados à desigualdade social foi igual a zero, aplicou-se uma correção de continuidade simples ao denominador (adição de 1), com o objetivo de evitar indeterminação matemática, sem alterar substantivamente a interpretação dos resultados. Oriundo desse teste foi possível constatar de forma precisa a predominância relativa de cada eixo em cada material de texto analisado. Tendo em vista o número reduzido de documentos analisados, as análises correlacionais são interpretadas de forma exploratória e complementar à análise qualitativa realizada.

Com base nos procedimentos apresentados, a inferência dos regimes de inteligibilidade não decorre diretamente da frequência dos termos, mas da articulação entre sua presença ou ausência sistemática, sua posição relativa no conjunto do discurso e seus modos de uso nos segmentos analisados. Essa combinação permite identificar quais categorias se tornam disponíveis como operadores de leitura da realidade institucional e quais permanecem marginalizadas ou subsumidas a outros enquadramentos discursivos.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Breve contexto histórico de institucionalização da agenda antirracista

A articulação entre dinâmicas da racionalidade colonial e saúde, especialmente no campo da saúde mental, permaneceu por longo tempo marginal no debate brasileiro. Esse apagamento pode ser compreendido, em grande medida, como efeito da persistência do ideário da chamada democracia racial, que historicamente



contribuiu para obscurecer desigualdades e silenciar a centralidade das relações raciais nesses processos (Damasceno, 2018).

Conforme argumenta Lélia Gonzalez (1988), a ideologia da democracia racial opera por mecanismos de denegação que naturalizam as hierarquias raciais e, ao propor a noção de amefricanidade, desloca o foco analítico para as experiências negras latino-americanas, evidenciando a universalização de perspectivas eurocentradas e a invisibilização de outras matrizes de conhecimento. Nessa direção, David, Vicentim e Schucman (2024) indicam que a institucionalização da loucura envolve não apenas a produção de corpos racializados, mas também a racialização de territórios associados à anormalidade.

E como sintetiza Achille Mbembe (2014, p. 11), ao atribuir à pele e à cor um estatuto biológico ficcional, os mundos euro-americanos fizeram do Negro e da raça expressões de uma mesma figura: a da loucura codificada. Assim, no campo da saúde mental, a lógica, razão e desrazão, atravessa a constituição histórica da psiquiatria, articulada à expansão colonial e às economias escravistas, produzindo classificações que inscrevem corpos considerados abjetos e os saberes produzidos por eles, na fronteira da anormalidade (Fernando, 2017; Timimi, 2025; Cruz, Ienk, 2024).

Essa problemática não se restringe à formulação explícita de saberes como o racismo científico e a eugenia, mas se manifesta nos próprios modos de constituição das categorias nosológicas e dos dispositivos de cuidado. No século XIX, por exemplo, a drapetomania foi instituída como diagnóstico para enquadrar a fuga de pessoas escravizadas, convertendo práticas de resistência em expressão de patologia (Fernando, 2017; Timimi, 2025). No século XX, no contexto norte-americano, o diagnóstico de esquizofrenia passou por uma inflexão significativa, de condição associada a pessoas brancas sensíveis, após os movimentos sociais por direitos civis,



foi sendo progressivamente redirecionado a homens negros, incorporando atributos como agressividade (Fernando, 2017).

De acordo com Sami Timimi (2025), a universalização de categorias produzidas em contextos eurocêtricos projeta modelos diagnósticos que reorganizam experiências de sofrimento segundo referenciais externos, desconsiderando suas inscrições históricas e sociopolíticas. Esses processos se articulam a dinâmicas mais amplas de colonialidade do saber, do ser e do poder (Cruz; Ienk, 2024), nas quais a produção do conhecimento e a definição das formas legítimas de sofrimento psíquico permanecem atravessadas por hierarquias raciais.

Segundo David, Vicentim e Schucman (2024), a manicomialização, inscrita na colonialidade, produz a anormalidade psíquica como efeito do racismo. A noção de manicolonialidade explicita essa articulação ao evidenciar como a associação entre loucura e negritude sustenta a construção de corpos racializados como essencialmente desviantes, legitimando práticas de normalização colonizadas. No Brasil, expressões como crioulo doido e nega maluca indicam a persistência dessa lógica (David; Vicentim; Schucman, 2024, p. 2).

Desse modo, ao situar a análise nos direitos humanos e na perspectiva antimanicolonial, o artigo entende que documentos institucionais não apenas registram, mas também moldam as demandas sociais. Tendo em vista que, durante o processo de redemocratização brasileiro, especialmente nas décadas de 1980 e início dos anos 1990, o debate progressista e estruturou preponderantemente em torno de interpretações das desigualdades centradas na exploração econômica e na exclusão



social⁶. Nesse cenário a defesa da cidadania universal e da ampliação de direitos sociais alicerçou-se como eixo organizador das reformas em saúde.

Esse processo não se constitui de forma homogênea nem consensual, uma vez que emerge em meio a confrontos com práticas históricas que recusam a posição de não-sujeito. Desde o período colonial, marcos como a República Negra de Palmares, considerada o primeiro Estado livre do continente americano (Gonzales, 2020, p. 44), não apenas resistem, mas afirmam outras possibilidades de existência e de humanidade, rompendo com o discurso que associa negritude à subalternidade.

Essa tensão se reinscreve na atuação do movimento negro brasileiro que, desde a fundação da Frente Negra Brasileira em 1931, passa a nomear o racismo como estrutura, deslocando-o do campo da negação para o da luta política. A partir da década de 1970, com a reorganização do movimento negro, esse confronto se intensifica, expondo os limites do universalismo abstrato da cidadania e forçando a inscrição da experiência racial como dimensão incontornável das desigualdades sociais (Brasil, 2017).

Nesse cenário, a problematização da raça nas ciências sociais e na saúde mental não emerge apenas com seu reconhecimento estatal, sendo antecedida por elaborações intelectuais que já tensionavam esse enquadramento. Como destaca Brenna Rodrigues Damasceno Gandia (2022, p. 26), a psicanalista Virgínia Leone

⁶ Segundo Paim (2008, p. 107): “A saúde era entendida como produto das condições objetivas da existência, dependendo das condições de vida – biológica, social e cultural – e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho. [...] Assim, promover saúde implicaria “conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir socialmente na sua modificação”, enquanto respeitar o direito à saúde supunha “mudanças na organização econômica determinante das condições de vida e trabalho insalubres e na estrutura jurídico-política perpetuadora de desigualdades na distribuição de bens e serviços” (Paim, 1987, p. 47). Ao entender a saúde e a assistência como bens públicos, defendia-se a democratização do Estado e a redefinição da política de saúde [...]”.



Bicudo representa um marco ao introduzir a questão racial como objeto de análise científica no Brasil; ao investigar o “preconceito de cor”, demonstra que a desigualdade racial não se reduz às diferenças socioeconômicas (Gandía, 2022, p. 33). A marginalização de sua produção indica, contudo, que a legitimidade dos objetos de conhecimento é definida pelas condições de possibilidade que regulam quais enunciados podem ser reconhecidos como saberes legítimos.

Desse modo, a formação discursiva⁷ da cidadania universal que orienta o período analisado tende a reorganizar as desigualdades raciais sob formas institucionalmente naturalizadas. Não se trata, portanto, de uma ausência empírica de elaborações sobre a dimensão racial, mas de sua inscrição em um discurso colonizado que delimita as condições de sua enunciação⁸ e reconhecimento no interior das políticas públicas.

Na Reforma Sanitária, essa tensão tornou-se parcialmente visível na participação de ativistas negros na VIII Conferência Nacional de Saúde, contribuindo para a incorporação do direito à saúde como dever do Estado na Constituição de 1988 e para a criação do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2010). Ainda assim, essas formulações permaneceram ancoradas em uma matriz universalista, e segundo Araújo e Teixeira (2016), é a partir da década de 1990 que se observou uma inflexão

⁷ A formação discursiva é o sistema enunciativo geral que rege a coexistência, a manutenção, a modificação e o desaparecimento de um grupo de enunciados. Nas palavras de Foucault (2008, p.83) “Uma formação discursiva não desempenha, pois, o papel de uma figura que para o tempo e o congela por décadas ou séculos: ela determina uma regularidade própria de processos temporais; coloca o princípio de articulação entre uma série de acontecimentos discursivos e outras séries de acontecimentos, transformações, mutações e processos”.

⁸ Diferente da frase, que é definida por regras gramaticais de construção, ou da proposição, definida por leis lógicas, o enunciado é definido pela regularidade de uma prática discursiva. Segundo Foucault (2008, p.121 e 122) “Chamaremos enunciado a modalidade de existência própria desse conjunto de signos: modalidade que lhe permite ser algo diferente de uma série de traços, algo diferente de uma sucessão de marcas em uma substância, algo diferente de um objeto qualquer fabricado por um ser humano; modalidade que lhe permite estar em relação com um domínio de objetos, prescrever uma posição definida a qualquer sujeito possível, estar situado entre outras performances verbais, estar dotado, enfim, de uma materialidade repetível”.



nesse quadro, impulsionada pela ampliação da visibilidade pública da questão racial, resultado da atuação do movimento negro em diferentes frentes da sociedade.

A mobilização social Marcha Zumbi dos Palmares, em 1995, desempenhou um papel decisivo ao pressionar o Estado brasileiro a reconhecer o racismo como elemento constitutivo das desigualdades sociais (Ferreira, 2024). Esse processo resultou, no mesmo ano, na criação de instâncias institucionais, como o Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra, marcando o início de uma incorporação mais sistemática da agenda antirracista no aparato estatal. No campo da saúde, a introdução do quesito raça/cor nos sistemas de informação, coligada a ampliação da produção de dados, contribuiu para a visibilização empírica das desigualdades raciais (Brasil, 2017).

Ao longo dos anos 2000, observa-se o fortalecimento desse processo, em articulação com agendas internacionais, especialmente após a Conferência Mundial contra o Racismo, realizada em Durban em 2001 (Brasil, 2017). Esse período coincide com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, marco jurídico da Reforma Psiquiátrica brasileira, que estabelece, em seu art. 1º, que os direitos das pessoas com transtorno mental devem ser assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça [ou] cor (Brasil, 2001). Contudo, a justaposição desses processos sinaliza que, embora a questão racial já adquirisse maior visibilidade no debate público e na formulação de políticas, sua incorporação no campo da saúde mental ainda se dava de forma limitada e pouco diferenciada no plano normativo.

É nesse contexto de ampliação gradual da agenda racial no âmbito estatal que se insere a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), em 2003, evidenciando um avanço institucional relevante, ao promover a transversalização da temática racial em diferentes ministérios, incluindo o da Saúde (Brasil, 2017). De modo semelhante, o Pacto pela Saúde, instituído por



meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, estabelece o compromisso com o combate às iniquidades de ordem socioeconômica e cultural que atingem a população negra brasileira (Brasil, 2006).

Os documentos analisados indicam que, a partir de 2009 e, de forma mais consolidada após 2010, a dimensão racial passa a ocupar um lugar estruturante na formulação das políticas públicas de saúde. A PNSIPN reconhece explicitamente o racismo como determinante social da saúde, e esse movimento é reforçado pela promulgação do Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010), evidenciando uma incorporação mais sistemática do eixo racial no plano normativo. A revisão da PNSIPN em 2017 aprofunda esse processo ao introduzir mecanismos operacionais voltados à implementação da política, como a obrigatoriedade da coleta do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde, consolidada pela Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017.

Nos anos recentes, essa dinâmica ganha novos contornos. A Portaria GM/MS nº 2.198/2023 institui uma estratégia voltada à transversalização da temática étnico-racial nas políticas do Ministério da Saúde, destacando explicitamente a necessidade de incorporar essa perspectiva na formulação, execução e monitoramento das políticas de saúde mental (Brasil, 2023). Em 2024, a criação do Grupo de Trabalho de Saúde Quilombola Graça Epifânio reforça a centralidade da participação social e a valorização de saberes tradicionais na construção das políticas públicas, ampliando e complexificando o escopo da agenda antirracista no campo da saúde (Brasil, 2024).

Na sequência desse movimento, o Termo de Execução Descentralizada nº 160/2025, firmado entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, prevê a implementação de ações antirracistas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incluindo a formação de profissionais, a criação de comitês



institucionais e o desenvolvimento de indicadores específicos. Considerado em conjunto, esse percurso histórico indica que a articulação entre a reforma psiquiátrica e a questão racial não se estabeleceu de forma simultânea, mas por meio de processos inicialmente dissociados, cuja convergência foi progressivamente construída sob encontros e desencontros.

3.2 Resultados e discussões

Para a análise dos documentos utilizados neste estudo, foram mobilizadas duas abordagens complementares, uma de natureza quantitativa e outra de caráter qualitativo. Essas estratégias não foram usadas de forma isolada, mas articuladas entre si, permitindo uma análise integrada do material empírico. A abordagem quantitativa identifica padrões de distribuição, frequência e associação entre termos, enquanto a análise discursiva problematiza suas condições de possibilidade e regimes de verificação.

No plano quantitativo, a análise ocorreu em etapas complementares para caracterizar a distribuição dos códigos e explorar suas relações. Primeiro, realizou-se a análise descritiva das frequências absolutas dos termos em cada documento, identificando as categorias mais e menos recorrentes no corpus e oferecendo uma evidência inicial de sua centralidade temática, cujos resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1-Frequência absoluta de termos por eixo temático nos documentos analisados



Eixo temático	Termos buscados	I Conferência (1987)	II Conferência (1992)	III Conferência (2002)	IV Conferência (2010)	PNSIPN (2009)	PNSIPN (2017)	Total
Eixo social	Classe	3	0	0	0	2	3	8
	Exclusão social	4	2	3	5	8	1	23
	Pobreza	1	0	0	0	0	1	2
Total de termos associados ao eixo social:		8	2	3	5	10	5	33
Eixo racial	Etnia	0	0	1	9	9	3	22
	Raça	0	0	1	7	18	24	50
	Desigualdade racial	0	0	0	1	1	10	12
	Racismo	0	0	0	5	39	21	65
Total de termos associados ao eixo racial:		0	0	2	22	67	58	149
Total de termos associados por documento:		8	2	5	27	77	63	182

Elaborado pelas autoras (2026)

Nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental, especialmente em 1987 e 1992, predomina quase exclusivamente o eixo social. A partir de 2002, surgem termos ligados à dimensão racial, que se intensificam nos anos seguintes. Já os documentos da PNSIPN apresentam, desde o início, forte presença do eixo racial, indicando sua maior centralidade em produções mais recentes e uma reconfiguração progressiva dos eixos temáticos ao longo do tempo.

Esses achados não são tomados como descritivos em si mesmos, mas como indícios das formas pelas quais determinadas desigualdades se tornam passíveis, ou não, de nomeação institucional. Nesse sentido, a leitura quantitativa orienta a análise discursiva, permitindo interpretar a variação na incidência dos termos como expressão de transformações nos modos de problematização da desigualdade.



Nos documentos da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), essa dinâmica se expressa por meio de uma linguagem técnico-política centrada na economia do trabalho, na qual a desigualdade é mediada por categorias como classe e produtividade, como explicita o próprio documento ao afirmar que o Estado “espelha os interesses das classes empresariais que contribuem na sua manutenção política, o que leva a uma posição contraditória do Estado e estabelece o divórcio entre o seu discurso e sua prática social”. (Brasil, 1987, p. 12).

No campo da saúde mental, o relatório interpreta as instituições psiquiátricas como dispositivos de controle social, inseridos nos parâmetros de organização do trabalho e da produtividade “em uma sociedade organizada segundo a lógica do modo de produção capitalista” (Brasil, 1987, p. 12). Na II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), observa-se um deslocamento importante, com a incorporação de um discurso centrado na cidadania, na integralidade do cuidado e na diversidade social. O relatório afirma que

o processo saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (BRASIL, 1992, p. 6).

À luz do referencial adotado, interpretamos que, ainda que as Conferências de 1987 e 1992, ampliem o horizonte sociocultural da análise do sofrimento psíquico, a raça permanece ausente como categoria estruturante, sendo subsumida a uma linguagem generalista da diferença. Assim, a predominância quase exclusiva do eixo social não se traduz apenas na centralidade de categorias como classe ou exclusão, mas na própria forma de enquadramento do sofrimento psíquico.

Assim, a ideia de inclusão universal não se institui de forma neutra, mas como forma histórica de hierarquização racial que articula, “a colonialidade do



poder, o capitalismo e o eurocentrismo” (Quijano, 2016, p.13). Fanon (2020) ao analisar a clínica em contextos coloniais, evidencia que o sofrimento do sujeito colonizado não é apenas invisibilizado, mas frequentemente traduzido por meio de categorias que neutralizam sua dimensão histórica e política. O que os dados sugerem é um movimento análogo no plano institucional, ainda que o sofrimento exista, ele é apreendido por meio de categorias que não permitem sua inscrição enquanto experiência racializada.

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), no contexto da Lei nº 10.216/2001, consolida-se o modelo de atenção psicossocial e introduz-se, ainda que de forma incipiente, o reconhecimento de marcadores como raça, assinalando para os aspectos culturais, étnicos e de gênero envolvidos no surgimento de um transtorno mental (Brasil, 2002, p. 9). Essa forma de incorporação permanece predominantemente normativa, aproximando-se do que Fanon (2020, p.11) descreve como um reconhecimento formal que não altera a estrutura do encontro impossível na situação colonial, na medida em que o sujeito continua sendo apreendido majoritariamente por referenciais que lhe são externos.

Já na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (2010), observa-se a inclusão explícita da dimensão racial no campo da saúde mental, com o enfrentamento das desigualdades raciais sendo incorporado às diretrizes de políticas públicas. O relatório final destaca a necessidade de assegurar o respeito à diversidade e às diferenças étnico-raciais, de gênero, orientação sexual e grupos geracionais (Brasil, 2010, p. 105). A conferência propõe que o enfrentamento do racismo ultrapasse o âmbito estrito dos serviços de saúde mental e se articule com políticas de educação, assistência social e outras áreas, com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais que afetam de forma desproporcional determinados grupos populacionais.



Mas é com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009) que se observa uma inflexão decisiva na incorporação da questão racial à saúde mental. Como destaca Emiliano de Camargo David (2018, p. 64), a política resulta das lutas sociais do movimento negro e da SEPPIR e introduz sistematicamente o racismo como determinante social da saúde. O documento reconhece o racismo institucional como mecanismo estruturante das desigualdades e como condição histórica que atravessa as estruturas sociais, produzindo efeitos concretos nas condições de vida e saúde da população negra (Brasil, 2009, p. 15). As normativas de 2017 aprofundam esse movimento ao introduzir instrumentos de operacionalização no SUS, como a obrigatoriedade da coleta do quesito raça/cor nos sistemas de informação e a definição de metas, indicadores e estratégias de implementação, inscrevendo a dimensão racial nos dispositivos técnicos de gestão.

A análise das frequências foi complementada pela conversão dos valores em proporções relativas, permitindo comparar a distribuição interna dos eixos entre os documentos apresentados. Na Tabela 2, os resultados evidenciam predominância do eixo social nas Conferências de 1987 e 1992, seguida por uma inflexão a partir de 2002, com crescimento progressivo do eixo racial, intensificado em 2009 e consolidado em 2017.

Tabela 2- Distribuição percentual dos termos por eixo temático em cada documento



Eixo temático	Termos buscados	I Conferência (1987)	II Conferência (1992)	III Conferência (2002)	IV Conferência (2010)	PNSIPN (2009)	PNSIPN (2017)
Eixo social	Classe	37,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	4,8%
	Exclusão social	50,0%	100,0%	60,0%	18,5%	10,4%	1,6%
	Pobreza	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%
Total de termos associados:		100,0%	100,0%	60,0%	18,5%	13,0%	7,9%
Eixo racial	Etnia	0,0%	0,0%	20,0%	33,3%	11,7%	4,8%
	Raça	0,0%	0,0%	20,0%	25,9%	23,4%	38,1%
	Desigualdade racial	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%	1,3%	15,9%
	Racismo	0,0%	0,0%	0,0%	18,5%	50,6%	33,3%
Total de termos associados:		0,0%	0,0%	40,0%	81,5%	87,0%	92,1%

Elaborado pelas autoras (2026)

Os resultados indicam uma progressiva incorporação da dimensão racial nos documentos. A leitura articulada das tabelas permite identificar uma reconfiguração hierárquica na incidência dos termos analisados. A dimensão racial, anteriormente implícita e marginal, passa progressivamente a ocupar posição central no debate, sugerindo que distintas formas de desigualdade tornam-se, ao longo do tempo, mais disponíveis à nomeação institucional.

Para aprofundar a análise das relações entre os eixos, foi realizado o teste de correlação de Spearman. Os resultados, apresentados na Figura 1, evidenciaram forte associação entre os termos do eixo racial, com valores estatisticamente significativos entre raça e desigualdade racial ($\rho = 0,939$; $p = 0,005$), entre raça e racismo ($\rho = 0,893$; $p = 0,016$) e entre desigualdade racial e racismo ($\rho = 0,885$; $p = 0,019$). No corpus analisado, esses resultados indicam elevada coocorrência e consistência entre os termos que compõem o eixo racial, devendo ser interpretados como uma descrição



das relações observadas entre os documentos analisados, e não como evidência passível de generalização para um universo mais amplo.

Figura 1- Matriz de correlação de Spearman entre os termos analisados ($p < 0,05$).

Matriz de Correlações

Matriz de Correlações		Classe	Exclusão social	Pobreza	Etnia	Raça	Desigualdade racial	Racismo
Classe	Rho de Spearman	—						
	gl	—						
	valor-p	—						
Exclusão social	Rho de Spearman	-0.123	—					
	gl	4	—					
	valor-p	0.816	—					
Pobreza	Rho de Spearman	0.894	-0.414	—				
	gl	4	4	—				
	valor-p	0.016	0.414	—				
Etnia	Rho de Spearman	-0.079	0.530	-0.320	—			
	gl	4	4	4	—			
	valor-p	0.881	0.280	0.537	—			
Raça	Rho de Spearman	0.297	0.029	0.105	0.806	—		
	gl	4	4	4	4	—		
	valor-p	0.567	0.957	0.843	0.053	—		
Desigualdade racial	Rho de Spearman	0.367	0.000	0.224	0.763	0.939	—	
	gl	4	4	4	4	4	—	
	valor-p	0.475	1.000	0.670	0.078	0.005	—	
Racismo	Rho de Spearman	0.328	0.334	0.000	0.844	0.893	0.885	—
	gl	4	4	4	4	4	4	—
	valor-p	0.526	0.518	1.000	0.035	0.016	0.019	—

Elaborado pelas autoras (2026)

No eixo social, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, possivelmente em função do número reduzido de documentos analisados, embora se observe correlação positiva entre classe e pobreza ($p = 0,894$; $p = 0,016$), indicando consistência interna e coocorrência sistemática dessas



categorias. Em conjunto, a análise reforça a distinção entre os eixos temáticos e a coerência interna de seus termos constitutivos.

A consistência interna do eixo racial, evidenciada pelas correlações, não corresponde a uma transformação equivalente nas condições de produção e validação dos saberes em saúde mental. Como argumenta Sueli Carneiro (2005, p. 97), o epistemicídio consiste na negação dos conhecimentos produzidos pelos povos subalternizados, constituindo um dos pilares da dominação racial e colonial. No corpus analisado, embora a dimensão racial seja incorporada ao plano institucional, os sujeitos racializados permanecem destituídos da condição de intérpretes legítimos de suas próprias experiências de sofrimento. A inclusão da categoria, portanto, não desloca os processos de verificação que definem quem pode produzir conhecimento, a partir de quais referenciais e com que autoridade; apenas reinscreve essa disputa sob a subordinação à “norma da razão e da racionalidade ocidental” (Cruz; Ienk, 2024, p. 4).

Com base nessas análises, procedeu-se à construção de um índice de prevalência, com o objetivo de sintetizar a relação entre os eixos e sua presença nos documentos. Os resultados dessa análise são apresentados na Tabela 3 e evidenciam a reconfiguração da centralidade dos eixos ao longo do tempo, com ausência do eixo racial em 1987 e 1992, início de sua emergência em 2002 e intensificação a partir de 2010, padrão também observado nos documentos da PNSIPN. Ao considerar o total de termos em cada documento, o índice oferece maior precisão analítica, evidenciando uma tendência crescente da presença do eixo racial, culminando em sua predominância nos documentos recentes.

***Tabela 3-** Índice de prevalência por eixo temático nos documentos analisados. O índice de prevalência corresponde à razão entre termos de raça e de desigualdade social. Valores próximos de*



0 indicam predomínio do eixo social; valores próximos de 1, equilíbrio; e valores superiores a 1, predominância — ou centralidade — do eixo racial

Eixo temático	I Conferência (1987)	II Conferência (1992)	III Conferência (2002)	IV Conferência (2010)	PNSIPN (2009)	PNSIPN (2017)
Eixo social	8	2	3	5	10	5
Eixo racial	0	0	2	22	67	58
Índice de prevalência:	0,0	0,0	0,7	4,4	6,7	11,6

Elaborado pelas autoras (2026)

Os resultados sugerem que a relação entre a reforma psiquiátrica e a agenda antirracista foi construída historicamente de forma paralela, sendo articulada de modo mais consistente apenas no final dos anos 2000. Essa articulação expressa disputas políticas mais amplas, especialmente a atuação do movimento negro, indicando que a centralidade da categoria raça resulta da incorporação institucional de demandas historicamente produzidas fora do Estado. No entanto, essa incorporação normativa não tem sido acompanhada por sua efetivação no cotidiano do SUS.

Embora a PNSIPN represente um avanço no reconhecimento do racismo como determinante da saúde, sua implementação permanece limitada pelas próprias estruturas da colonialidade que organizam o SUS. A baixa circulação de informações sobre a política entre profissionais, associada à persistência do racismo institucional, faz com que experiências de sofrimento racializado sigam frequentemente não reconhecidas ou traduzidas por categorias que as despolitizam (Oliveira; Magalhães, 2022)

Esse cenário evidencia uma dissociação entre reconhecimento formal e incorporação institucional efetiva, resultando em um processo de implementação



marcado por avanços desiguais. À luz de Nancy Fraser (2003, p. 35), tal descompasso pode ser compreendido como expressão da tensão entre reconhecimento e redistribuição, à medida que “nem toda má distribuição é um subproduto do não reconhecimento”. No caso analisado, esse descompasso pode ser lido como a articulação da persistência de padrões de poder marcados pela colonialidade.

Assim, na manicolonialidade entendida como a relação entre o poder administrativo-psiquiátrico e a colonialidade, que mobiliza a técnica e a gestão para mascarar e perpetuar opressões raciais históricas (David; Vicentim; Schucman, 2024), a categoria raça tende a ser traduzida em termos administrativos que frequentemente neutralizam seu potencial crítico. Portanto, o que se evidencia não é apenas a distância entre norma e prática, mas uma disputa contínua sobre os regimes de visibilidade que definem quais experiências de desigualdade e sofrimento são reconhecidas como passíveis de intervenção no campo da saúde mental.

CONCLUSÃO

A análise dos documentos indica que a relação entre reforma psiquiátrica e a dimensão racial no Brasil não se constitui de forma originariamente articulada, mas emerge sob disputa no próprio processo de institucionalização das políticas públicas, particularmente a partir da pressão do movimento negro sobre os limites do reconhecimento estatal. A luz do referencial adotado, esse processo pode ser compreendido como expressão das condições históricas que delimitam a forma como o campo estatal é atravessado pelo racismo institucional e pré-estrutura as condições de enunciação e de visibilidade.



Nesse sentido, a colonialidade do poder (Quijano, 2005) evidencia que o universalismo que estrutura a reforma não opera como horizonte neutro de inclusão, mas toma como referência um sujeito branco, racional e eurocentrado, produzindo a posição de não-sujeitos, como negros e loucos (Cruz; Ienk, 2024). Nessa perspectiva, a centralidade inicial das categorias socioeconômicas não representa apenas uma escolha técnica, mas a estabilização de um regime de poder que definiu quais formas de sofrimento poderiam ser reconhecidas pelas políticas públicas. E embora a PNSIPN tenha ampliado, a partir de 2017, os mecanismos de implementação e monitoramento da categoria raça/cor, esses avanços permanecem insuficientes para alterar os princípios que estruturam a leitura do sofrimento no campo da saúde mental.

Assim, o artigo sustenta que o desafio não reside apenas na incorporação da dimensão racial às políticas públicas, mas na transformação dos fundamentos que definem o que pode ser reconhecido como sofrimento e como resposta institucional. Sob a perspectiva antimanicomial, isso implica problematizar a colonialidade como princípio organizador dos modos de conhecer e intervir em saúde mental. Nesse sentido, a articulação da dimensão racial às práticas da RAPS, aos saberes territoriais e às lutas do movimento negro não constitui um acréscimo ao modelo vigente, mas tensiona as próprias condições de produção do cuidado, abrindo espaço para práticas antirracistas.

Este estudo apresenta limitações inerentes ao seu desenho metodológico. A análise concentrou-se em documentos institucionais, não permitindo examinar a implementação das diretrizes nos serviços nem sua recepção pelos diferentes atores envolvidos. Além disso, a frequência das categorias foi utilizada como indicador analítico complementar, interpretado à luz da análise qualitativa dos contextos de



enunciação. Estudos futuros poderão ampliar o corpus documental, incorporar outras fontes e investigar empiricamente a implementação das diretrizes antirracistas na Rede de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. V. R.; TEIXEIRA, C. F. As organizações do Movimento Negro e o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2006-2014). In: TEIXEIRA, C. F. (org.). **Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 187-225. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523220211.0007>. Acesso em: 13 mai. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. In: **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1987, Brasília**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43 p. (Série D. Reuniões e conferências, 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental: caderno informativo*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 68 p. (Série D. Reuniões e Conferências, n. 15).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde, 2010. 210 p.

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 do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

COSTA, Felipe de Carvalho. Desviando a rota: a luta antimanicomial e a descolonização da psiquiatria no Brasil. **Revista Porto das Letras**, v. 11, n. 3, 2025. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/portodasletras/article/view/22877/24196>. Acesso em: 20/04/2026

CRUZ, Letícia Trizote; IENK, Taline. “Desnorteando” a loucura: os desafios de afirmar uma prática antimanicomial em saúde mental. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 10, n. 10, p. 1–17, 2024. DOI: 10.34117/bjdv10n10-059. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/73934>. Acesso em: 20/04/2026

DAMASCENO GOUVEIA, Marizete; ZANELLO LOYOLA, Valeska. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Psicologia: ciência e profissão**. v. 38, p. 450-464, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/gPSLSxDcHDhDccZgpk3GNVG/?lang=pt>. Acesso em: 20/04/2026

DAVID, Emiliano de Camargo. **Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II infantojuvenil**. 2018. Tese (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, p. 168, 2018.

DAVID, Emiliano de Camargo; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; SCHUCMAN, Lia Vainer. Desnortear, aquilombar e o antimanicomial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zZK9rjQ6KgLGQm3B9r4zTxD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18/04/2026

ENGEL, George. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. **Science**, v.196, p.129-136, 1977. Disponível em: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.847460>. Acesso em: 20/04/2026



FANON, Frantz Omar. **Medicina e colonialismo**. Brasil: Editora Terra Sem Amos, 2020.

FERREIRA, Lucas Maciel. Avanços e retrocessos na luta institucional do movimento negro na saúde. **Cadernos Textos e Debates**, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Núcleo de Estudos de Identidades e Relações Interétnicas (NUER), n. 28, p. 72–84, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/254932/Caderno%2028%20-%20Sa%C3%BAde%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Negra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20/04/2026

FERNANDO, Suman. **Institutional racism in psychiatry and clinical psychology: race matters in mental health**. Cham: Palgrave Macmillan, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-62728-1>

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. [trad. Luiz Felipe Baeta Neves]. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. [trad. Roberto Machado]. 1.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. [trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque]. 13. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

FRASER, Nancy; HONNETH, Axel. **Redistribution or recognition? A political-philosophical exchange**. [trad. Joel Golb, James Ingram e Christiane Wilke]. London; New York: Verso, 2003.

GONZALEZ, Lélia. **A categoria político-cultural de amefricanidade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1988.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte & Ensaios**, n. 32, p.123-151, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>. Acesso em: 21/04/2026

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; MAGALHÃES, Milena. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 39, p.1-13, 2022. Disponível em:



<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/p9Z9c4pJnPHpj35TVxSBMZz/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 21/04/2026

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 227-278

RODRIGUES, Rafael. A ciência da relação entre mente e cérebro. **Questão de ciência**, v.4, 2019. Disponível em: <https://revistaquestaoodeciencia.com.br/dossie-questao/2019/06/12/ciencia-da-relacao-entre-mente-e-cerebro>. Acesso em: 20/04/2026.

SHANSIS, Flávio; ZASLAVSKY, Jacó. Psiquiatria no século 21: integrando conceitos. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.27, p.121-122, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/YrZF3cygGbYXjCQP3Z95BmD/?lang=pt>. Acesso em: 20/04/2026.

SOUSA FONSECA, Patrícia; MACIEL CARNEIRO, Silvana; MEDEIROS TENÓRIO, Katrucky. Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancora das representações sociais acerca do sofrimento psíquico? **Trends in Psychology**, v.26, p. 897-909, 2019. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v26n2/v26n2a13.pdf>. Acesso em: 20/04/2026.

TIMIMI, Sami. **Searching for normal: a new approach to understanding mental health, distress and neurodiversity**. London: Vintage, 2025.

Submetido em: 23 de Abril de 2026.

Aceito em: 05 de julho de 2026.