

SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES DE PELE PRETA OU PARDA, RACISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL

MENTAL HEALTH OF BLACK AND BROWN ADOLESCENTS, RACISM AND
PUBLIC POLICIES: AN ANALYSIS FROM A PSYCHOSOCIAL PERSPECTIVE

SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES DE PIEL NEGRA O PARDA, RACISMO Y
POLÍTICAS PÚBLICAS: UN ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL

Jefferson da Silva¹, Ida Kublikowski²

DOI: 10.54899/dcs.v23i86.4201

Recibido: 09/01/2026 | Aceptado: 12/01/2026 | Publicación en línea: 26/01/2026.

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar os impactos do racismo estrutural na saúde mental de adolescentes de pele preta ou parda, articulando uma perspectiva psicossocial com a abordagem hermenêutico-fenomenológica. A partir de uma revisão bibliográfica, o estudo retoma o legado histórico da eugenia e do mito da democracia racial como elementos constitutivos de práticas institucionais e políticas públicas que contribuíram para a produção e a manutenção de desigualdades raciais no campo da saúde. Em diálogo com dados epidemiológicos e produções científicas, compreende-se a maior exposição de adolescentes de pele preta ou parda a situações de sofrimento psíquico, violência, automutilação e risco de suicídio, associadas a experiências recorrentes de discriminação racial e exclusão social. Por fim, o estudo propõe, como caminho para o enfrentamento e a efetivação de políticas públicas voltadas a adolescentes de pele preta ou parda, a ética da vida boa, para e com os outros, em instituições justas.

Palavras-chave: Saúde Mental. Adolescentes. Racismo. Ética. Política Pública.

ABSTRACT

This article aims to analyze the impacts of structural racism on the mental health of Black or mixed-race adolescents, linking a psychosocial perspective with a hermeneutic-phenomenological approach. Based on a literature review, the study revisits the historical legacy of eugenics and the myth of racial democracy as constitutive elements of institutional practices and public policies that contributed to the production and maintenance of racial inequalities in the field of health. In dialogue with epidemiological data and scientific studies, it is understood that adolescents with black or brown skin are more exposed to situations of psychological distress, violence, self-harm, and suicide risk, associated with recurring experiences of racial

¹ Pós-Doutor em Psicologia Clínica, Doutorando em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC - SP), São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: je.filos@hotmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2671-4621>

² Doutora em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC - SP), São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: idakublikowski@pucsp.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2126-9557>

discrimination and social exclusion. Finally, the study proposes, as a way to address and implement public policies aimed at adolescents with black or brown skin, the ethics of the good life, for and with others, in just institutions.

Keywords: Mental Health. Adolescents. Racism. Ethics. Public Policy.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo analizar los impactos del racismo estructural en la salud mental de adolescentes de piel negra o mestiza, articulando una perspectiva psicosocial con el enfoque hermenéutico-fenomenológico. A partir de una revisión bibliográfica, el estudio retoma el legado histórico de la eugenesia y del mito de la democracia racial como elementos constitutivos de prácticas institucionales y políticas públicas que han contribuido a la producción y mantenimiento de desigualdades raciales en el campo de la salud. En diálogo con datos epidemiológicos y producciones científicas, se comprende la mayor exposición de adolescentes de piel negra o mestiza a situaciones de sufrimiento psíquico, violencia, autolesión y riesgo de suicidio, asociadas a experiencias recurrentes de discriminación racial y exclusión social. Por último, el estudio propone, como camino para el enfrentamiento y la implementación de políticas públicas dirigidas a adolescentes de piel negra o mestiza, la ética de la buena vida, para y con los demás, en instituciones justas.

Palavras chave: Salud Mental. Adolescentes. Racismo. Ética. Política Pública.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

A saúde mental consiste em um estado de bem-estar que permite aos indivíduos enfrentar os diversos momentos da vida, desenvolver habilidades, aprender, trabalhar e contribuir para a comunidade (OMS, 2024). Isso significa que refletir sobre a saúde de uma pessoa ou uma população não envolve somente o indivíduo singular, mas uma rede de relações interseccionadas de raça, etnia, gênero, nível socioeconômico, contexto e cultura. Com essa visão, as discriminações não são a simples soma de preconceitos, mas, à luz do princípio da interseccionalidade, são compreendidas como a articulação simultânea e dinâmica de diferentes eixos de opressão. Desse modo, busca-se compreender as condições específicas que emergem dessas interações e que produzem experiências singulares de desigualdade e sofrimento.

Entre os grupos mais afetados por essas dinâmicas está a população de pele preta ou

parda³, marcada historicamente pelas desigualdades estruturais que limitam o acesso a direitos fundamentais como educação, trabalho, moradia e saúde. No campo da saúde mental, o principal marco legal é a lei nº 10.216, de abril de 2001, que assegura direitos como o acesso ao melhor tratamento disponível, o respeito à dignidade da pessoa e o atendimento em serviços comunitários, sem qualquer forma de discriminação (Brasil, 2001). Contudo, mesmo após duas décadas de vigência da lei, determinados grupos ainda permanecem invisibilizados ou desassistidos nas políticas de saúde mental (David; Valentin, 2020). Isso ocorre porque a promoção da saúde mental requer compreensão de como fatores sociais e econômicos, condições de vida e contexto histórico influenciam a saúde dos indivíduos, ou seja, como múltiplos fatores interseccionados impactam a constituição subjetiva e a saúde das pessoas (Esponsito; Winters, 2022). Tal realidade se faz presente entre pessoas vítimas do racismo, especialmente adolescentes que encontram em processo de formação da identidade.

Neste contexto, as assimetrias raciais persistem no campo da saúde mental, associados à ausência de sensibilidade étnico-racial e à necessidade de acolhimento do sofrimento psíquico atravessado pelo racismo por parte dos profissionais de saúde (Inácio; Mattos, 2020). É baixa a produção acadêmica no Brasil sobre o tema, tanto na Psicologia quanto nas disciplinas ligadas aos CAPS (Centros de Assistência Psicossocial), buscados pela população negra de baixa renda, dependente dos serviços de saúde pública (Damasceno; Zanello, 2018). As pesquisas disponíveis são limitadas e, em sua maioria, concentram-se nos impactos da discriminação racial sobre o desenvolvimento infantojuvenil ou em discussões gerais acerca das práticas desenvolvidas nos CAPS. Ainda assim, permanecem lacunas importantes quanto à caracterização da assistência ofertada e às estratégias de cuidado e manejo adotadas junto a crianças e adolescentes de pele preta ou parda (Ricardo; Figueiredo, 2025).

A atenção à saúde de crianças e adolescentes que manifestam sofrimentos pela vivência

³ Neste artigo, opta-se pelo uso da expressão “pele preta ou parda” com o objetivo de evidenciar que um dos principais marcadores imediatos de preconceito e discriminação no contexto brasileiro é a leitura social da cor da pele. “Diferentemente dos países europeus e norte-americanos, nos quais prevalece uma compreensão racial baseada na origem do indivíduo, no Brasil, por meio da ideologia do branqueamento, instituiu-se um racismo de “cor”. Nesse contexto, os indivíduos são avaliados racialmente a partir de seu tom de pele e da textura do cabelo, em uma gradação que varia do mais ao menos branco” (Stepan, 2005, p. 232). Tal escolha reconhece que, embora o IBGE utilize a categoria “cor/raça” como uma classificação estatística voltada à produção de dados populacionais, ela não se constitui, em si mesma, como um conceito político, histórico ou analítico capaz de apreender a complexidade do racismo enquanto fenômeno estrutural. Assim, o recurso à noção de “pele preta ou parda” não busca reduzir a experiência da discriminação a um dado fenotípico isolado, mas destacar a centralidade da racialização do corpo na produção cotidiana das hierarquias sociais. Ademais, essa abordagem não desconsidera dimensões fundamentais como etnia, raça e pertencimento social, aqui compreendidas de forma interseccional, uma vez que tais marcadores operam conjuntamente na conformação das experiências de desigualdade, exclusão e violência racial.

do racismo exige sensibilização e letramento racial dos profissionais de saúde, no sentido da elaboração de estratégias de intervenção ao racismo institucional, sobretudo da perspectiva intersetorial (Barros et al, 2022).

Reconhecer que essa parcela da população, historicamente marcada pelo racismo, segue negligenciada nas ações do Estado é destacar que o racismo atravessa as esferas da vida social, negando às pessoas de pele preta ou parda, em sua maioria, o acesso à educação de qualidade, ao trabalho digno e inclusive, ao cuidado em saúde.

Diante dessa constante negação de direitos, o Relatório Técnico nº2/2023 sobre a Saúde da População Negra destaca que, em 2016, o risco de suicídio entre adolescentes e jovens de pele preta ou parda foi 45% maior do que entre seus pares brancos (IEPS, 2023). Esses adolescentes também vivenciam formas de sofrimento psíquico que impactam a autoestima, o que pode gerar sentimentos de desesperança, depressão e outros agravos à saúde mental. Em alguns casos, como demonstram os dados do relatório, esses sofrimentos podem culminar no suicídio.

Este artigo propõe, assim, um percurso que tem início na reflexão histórica sobre a eugenia enquanto um dos elementos estruturantes das desigualdades que incidem sobre a população de pele preta ou parda, com especial atenção aos adolescentes; avança na discussão das iniciativas do Estado no campo do cuidado em saúde mental dirigidas a adolescentes de pele preta ou parda; analisa, à luz de dados estatísticos e da literatura científica, os efeitos do racismo nas vivências e nos sofrimentos desses adolescentes; e, por fim, busca, a partir da perspectiva hermenêutico-fenomenológica ricoeuriana, fundamentar uma ética orientada para o bem, a justiça e a inclusão na efetivação das políticas públicas.

Eugenia e Saúde Mental: uma História de Exclusão da População de Pele Preta ou Parda

O louco é aquele que não tem voz e nem vez, pois seu discurso não é considerado válido, suas palavras são desqualificadas, como se não tivessem valor, verdade ou relevância (Foucault, 2019). A loucura é uma construção histórica e social, que varia conforme os discursos e práticas de exclusão adotados em diferentes épocas. No Brasil, esse discurso de exclusão começa a ganhar oficialidade nos anos de 1920, quando a eugenia racial passa a ser sustentada por uma visão cientificista, tal como retratada nos Boletins publicados entre os anos 1929 e 1933, tendo como precursor o médico e farmacêutico Renato Kehl. Diz ele:

A eugenia tem por fim cooperar para o aumento progressivo dos homens physica, psychica e moralmente sadios; para a diminuição paulatina do contingente dos fracos, doentes e degenerados, — concorrendo, desse modo, para a constituição de uma sociedade mais sã, mais moralizada, em summa, uma humanidade equilibrada, composta de individuos fortes e bellos, elementos de paz e de trabalho (Kehl, 1929, p. 1).

Nas palavras do próprio médico, o objetivo da eugenia era diminuir os fracos, os doentes e os degenerados. A ideia era tornar a sociedade brasileira física, psíquica, moral e socialmente mais aperfeiçoada, o que implicava um processo de higienização social. Esse programa de eugenia, fortalecia o discurso de que os problemas e crises que a sociedade enfrentava advinham da própria constituição brasileira. Isso significa que o Brasil passava por revoltas sociais e crises econômicas, não só por questões históricas e políticas, mas também pela constituição étnica do seu povo. Esse discurso é evidente em edições do *Boletim de Eugenia*, como na de junho de 1931, em que o Prof. Luiz L. Silva, da Faculdade de Farmácia e Odontologia de Santos, expressa:

O negro móra do lado opposto. Como constituinte da raça inferior, o negro é prognatha, tem o angulo facial exagerado e indice cephalico quasi nullo. Ninguém ignora que o indice cephalico é a expressão da espiritualidade e o angulo facial reflecte a animalidade. O prognathismo no negro, devido ao excessivo desenvolvimento dos tres grossos molares e dos caninos, tal como nos simios, marca uma franca e indiscutível animalidade (Silva, 1931, p. 4).

Esse é um exemplo direto do racismo científico que marcou o discurso eugênico no século XX. Nele, o Prof. Luiz L. da Silva utiliza uma linguagem científica para justificar a ideia de que as pessoas de pele preta ou parda eram de raça inferior. Ele afirma que esses grupos sociais possuem ângulo facial exagerado e índice encefálico quase nulo; com isso pretendia justificar que o crânio da pessoa branca era maior, e por isso, mais inteligente, além da moralidade e espiritualidade. A frase termina dizendo que a pessoa de pele preta ou parda, pelos seus traços faciais, marca uma indiscutível animalidade. O discurso médico eugênico passava a criar no imaginário social, seja coletivo ou individual, da pessoa de pele branca, preta ou parda, o estigma de que estas últimas não têm a mesma dignidade humana, pois são comparadas a animais. Por certo, isso teria reflexos na autoimagem das pessoas de pele preta ou parda.

O discurso não ficou somente circunscrito a uma mera narrativa científica; entre as décadas de 1920 e 1930, ele assumiu uma dimensão ideológica e política, institucionalizando-se, por exemplo, na Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Fundada no Rio de Janeiro, em 1923, a Liga passou a elaborar projetos que iam além das propostas iniciais de cuidado com a saúde mental, incorporando uma visão de eugenia racial baseada no biologismo (Costa, 2007).

Para os psiquiatras da época, “os fenômenos psíquicos e culturais explicavam-se, unicamente, pela hipótese de uma causalidade biológica que, por sua vez, justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade” (Costa, 2007, p. 42). Era “uma tendência mais ampla da medicina que entendia a prática da higiene como forma revolucionária de atuação coletiva”¹²⁽²⁷⁰⁾. Esses profissionais não se limitavam ao desejo de reformular a sociedade, mas impunham como norma de saúde mental e de comportamento social atributos étnicos, culturais e psíquicos próprios, que deveriam servir de padrão para todos os indivíduos, independentemente de classe ou origem étnica (Costa, 2007).

Os eugenistas, sob a justificativa de promover a saúde mental, instrumentalizaram o corpo como evidência para reforçar seus ideais com finalidades político-ideológicas (Costa, 2007). Pessoas de pele preta ou parda, identificadas como representantes de sua suposta raça inferior, passaram a ser associadas à decadência moral, sexual e social. Esse cenário não se restringiu à população adulta, estendendo-se também ao campo do “cuidado” dirigido à infância. Nesse contexto, a LBHM formulou programas de ação, criou laboratórios de psicologia aplicada, implantou testes psicológicos nas escolas e estruturou clínicas voltadas ao atendimento infantil (Reis, 2000). As instituições educacionais foram sendo criadas sob a forte influência do pensamento eugênico, que sustentava a ideia de que a educação poderia embranquecer a nação e eliminar aquilo que era denominado degeneração. A intenção era transformar a população de pele preta ou parda em pessoas embranquecidas (Dávila, 2006). O suposto cuidado com a criança tinha como objetivo a prevenção eugênica, visando à formação futura de adultos considerados sadios, vigorosos e produtivos. Para isso, defendia-se o branqueamento da população como estratégia de aprimoramento biológico e moral do país.

Orientados pela lógica da higiene mental, crianças e adolescentes de pele preta ou parda passaram a ser compreendidos como portadores de riscos morais, psíquicos e sociais, associados às noções de degenerescência, indisciplina e anormalidade. Essa população passou a ocupar um lugar social ambíguo: simultaneamente percebida como ameaça ao futuro da nação e como alvo prioritário de práticas disciplinares e corretivas. Tal perspectiva legitimou a expansão de instituições psiquiátricas e de controle social, apresentadas como dispositivos de prevenção das degenerações e de suposto cuidado com a saúde mental infantil e juvenil (Brasil, 2005). Estas instituições, estruturadas segundo o modelo asilar, operavam por meio da segregação e pelo isolamento de crianças e adolescentes marcados pela pobreza material e, sobretudo, pela racialização de seus corpos, classificados como abandonadas ou delinquentes (Brasil, 2014).

Considerando a adolescência como um período central na construção da identidade, influenciado pelas condições sociais e históricas, pode-se afirmar que essa etapa do desenvolvimento foi capturada pelos ideais eugenistas por meio de estratégias de vigilância, patologização e exclusão. A participação dos adolescentes e jovens no contexto brasileiro foi desconsiderada, desconstruída ou simplesmente apagada (Costa, 2022, p. 396)

O sofrimento das crianças e dos adolescentes decorrente da pobreza, do racismo estrutural e da violência social era, assim, descontextualizado e reinterpretado como manifestação de uma suposta inferioridade biológica ou degenerescência hereditária. Nessa lógica, os “[...] jovens afro-brasileiros sofrem a dificuldade prematura de se autoafirmar, dentro da sociedade, como pessoas, justamente em razão da cor da pele, da ascendência e da carga subjetiva que tais estigmas carregam desde os primórdios da história do país” (Costa, 2022, p. 398).

Apesar das tentativas de segregação e de higienização das pessoas de pele preta ou parda, o discurso eugenista, a partir dos anos de 1930, foi perdendo forças, pois surgem movimentos sociais de resistência. Historicamente, esse movimento se insere nas tensões e esperanças políticas que levaram a Revolução de 1930 (Fernandes, 1965).

O Estado Novo, com o objetivo de conter as revoltas e continuar explorando economicamente as pessoas de pele preta ou parda, adota o discurso, na palavra de seus intelectuais, de que o Brasil não é nem branco e nem preto, mas um país miscigenado. A noção elaborada pelo antropólogo Gilberto Freyre (1930), passava a vigorar como uma espécie de ideologia não oficial do Estado, situada acima das divisões de raça, classe e dos conflitos sociais intensificados naquele período (Schwarcz, 1993). A miscigenação passa a ser vista como positiva, e começa a ganhar destaque o discurso da democracia racial.

Essa concepção, impulsionada por intelectuais e por políticas estatais, começa a se desenvolver como uma identidade nacional, negando que na sociedade brasileira, existia, e ainda exista, o racismo estrutural, pois seria uma nação miscigenada. “Todo brasileiro, mesmo o alvo, de cabelo louro, traz na alma, quando não na alma e no corpo [...] a sombra, ou pelo menos a pinta, do indígena ou do negro” (Freyre, 2006, p. 367). Nascia assim a crença em uma convivência harmoniosa entre os diferentes grupos raciais, na qual se exaltava a miscigenação como marca identitária da sociedade brasileira.

Na contramão dessa romantização, marcada pelo longo período de escravização e higienização racial, o mito da democracia racial é criticado por mascarar a desigualdade e impedir a transformação das estruturas de poder e renda, profundamente racializadas (Fernandes, 2007).

Mesmo com a miscigenação, e com a presença visível de pessoas de pele preta ou parda na sociedade, em um contexto marcado por uma “certa” tolerância entre as raças, isso não resultou em mudanças estruturais relevantes na forma de participação social dessa população. Isso significa que o mito da democracia racial não levou à igualdade de oportunidades ou à equidade social. Ao contrário, serviu de base para falsear a realidade. “O mito da democracia racial surge como um legado da escravidão, um falseamento da realidade, que implicou o desenraizamento de uma população que carregaria consigo pesadas marcas históricas (Fernandes, 2007, p. 20).

Diante desse falseamento da realidade, é necessário questionar, no campo de saúde mental, como se cuidou ou se deixou de cuidar dessa população ao longo da história, considerando o legado de ideologias eugênicas, sanitárias, a imposição de modelos corporais idealizados, a ideologia do branqueamento e a associação histórica entre pessoa de pele preta ou parda com a degeneração, a criminalidade e a loucura. Como as pessoas de pele preta ou parda, sejam adultos, mulheres, jovens e crianças, lidaram e lidam com as marcas profundas deixadas ao longo da história da sociedade brasileira? Pergunta-se: quais políticas ou práticas foram, de fato, direcionadas à saúde mental dessa população? Ou será que, mais uma vez, a realidade foi mascarada, como se essas violências não tivessem existido?

A persistência do discurso do mito da democracia racial contribuiu, e ainda contribui, para silenciar os sofrimentos psíquicos provocados pelo racismo estrutural, negando as marcas subjetivas em pessoas de pele preta ou parda deixadas por séculos de exclusão e desigualdade.

Reconhecem-se os avanços legais e institucionais, como a criação, em 1990, da Reforma Psiquiátrica e a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (Brasil, 2017). No entanto, o debate reformista ainda negligencia o impacto do racismo na saúde mental da população de pele preta ou parda (Santos, 2018).

David e Vicentin (2020) também reconhecem os avanços da Reforma Psiquiátrica, assim como o valor dos dois principais manifestos anteriores a ela, entre eles as Cartas de Bauru (2017), que já apontavam o combate à discriminação como pauta antimanicomial. As cartas destacam a urgência de articular a luta antimanicomial como movimentos sociais. Os autores também valorizam a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, em 2001, e da PNSIPN, em 2009, por buscarem a equidade e a universalidade no atendimento em saúde (David e Vicentin, 2020). No entanto, eles enfatizam que não haverá uma Reforma Psiquiátrica plena enquanto a luta antirracista não for integrada de forma transversal nas pautas antimanicomiais, como uma perspectiva decolonial que valorize saberes e práticas que reconheçam os impactos do racismo

estrutural na saúde da população de pele preta ou parda (David; Vicentin, 2020).

É importante destacar que as discussões sobre o cuidado em saúde mental e a atenção psicossocial de crianças e adolescentes passam a ocupar lugar central na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001. Segundo o Relatório Final dessa conferência (Brasil, 2002), a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes deve respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), orientando a construção de uma agenda específica de cuidado voltada a esse público.

Nessa agenda, o relatório afirma a necessidade de garantir espaços de promoção da saúde mental, estimulando a criação de grupos de convivência e oficinas terapêuticas nas comunidades, bem como priorizar o trabalho interdisciplinar (Brasil, 2002). Destaca-se, ainda, a centralidade dos projetos de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em abrigos e instituições asilares, o desenvolvimento programado, nos âmbitos municipal, estadual e federal, de mecanismos de regulação e intervenção em instituições fechadas e a desconstrução do modelo asilar, o que implica a desinstitucionalização de crianças e adolescentes internados em manicômios ou abrigos e a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) (Brasil, 2002). Essas medidas visam garantir os direitos assegurados pelo ECA, sem discriminação, promovendo condições dignas nos âmbitos social e familiar e assegurando a integralidade do cuidado em saúde física e mental.

É importante destacar que somente após quase oito décadas marcadas pelo período de higienização do país, pelas práticas eugênicas e pela consequente criação de instituições asilares, iniciou-se, a partir de 2002, o processo de desmonte dessas instituições. Segundo Ricardo e Figueiredo (2025), a desinstitucionalização resulta de manifestações sociais e de reivindicações por direitos, nas quais crianças e adolescentes passam a ser reconhecidos como sujeitos de direitos, devendo, portanto, ser respeitados e adequadamente atendidos no campo da saúde mental.

Embora o referido relatório represente um marco importante na organização do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes e esteja alinhado ao ECA, que assegura atendimento sem discriminação por etnia ou cor, ele desconsidera o racismo histórico e estrutural presente na sociedade brasileira. Consequentemente, não incorpora reivindicações específicas voltadas às crianças e adolescentes de pele preta ou parda. Somente em 2009, com a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), passou-se a reconhecer formalmente que o racismo, as desigualdades raciais e o racismo institucional constituem determinantes do

cuidado em saúde, inclusive da saúde mental da população de pele preta ou parda (Brasil, 2009).

Ricardo e Figueiredo (2025) descrevem que, nos CAPSi, as equipes frequentemente adotam posturas omissas ou indiferentes diante das questões raciais apresentadas por crianças e adolescentes. Segundo as autoras, o desconhecimento dos profissionais acerca da temática racial, a ausência de representatividade racial no processo terapêutico, a falta de coleta sistemática de dados sobre essas questões e a carência de estratégias transversais de acolhimento, escuta e manejo voltadas especificamente ao público de pele preta ou parda acabam por invisibilizar as vivências e os sofrimentos dessas crianças e adolescentes.

Dessa forma, pode-se afirmar que as políticas públicas de saúde mental ainda carecem de efetividade no enfrentamento do racismo e de seus efeitos sobre o sofrimento psíquico dessa mesma população. Muitas dessas políticas permanecem sustentadas por um falseamento da realidade, produzido pelo mito da democracia racial, que silencia os sofrimentos psíquicos vivenciados por pessoas de pele preta ou parda e nega as marcas deixadas por séculos de exclusão social e racial.

Os Adolescentes de Pele Preta ou Parda Sujeito de Direitos e a Carência do Cuidado com a Saúde

A saúde da população de pele preta ou parda no Brasil reflete um cenário marcado pelas desigualdades estruturais, nas quais a raça, a etnia e a desigualdade social se apresenta como reflexos sociais que condicionaram e condicionam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Tais desigualdades se manifestam de maneira contundente nos indicadores epidemiológicos e sociais, revelando que a população de pele preta ou parda, especialmente os adolescentes, é vulnerável aos efeitos interseccionais do racismo, da precarização das condições de vida e da invisibilidade de suas demandas nas políticas públicas.

O Boletim Epidemiológico de Saúde da População Negra (Brasil, 2023) oferece dados sobre as desigualdades raciais na saúde pública. Dados estatísticos de 2022 demonstram que a população de pele preta ou parda, principalmente os adolescentes e os jovens, são os mais atingidos por infecções sexualmente transmissíveis. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) aponta que os jovens de pele preta ou parda vivem em situação de vulnerabilidade, como homicídios e situações precárias, avaliam sua saúde como regular, ruim ou muito ruim, em relação aos brancos (Brasil, 2017).

Isso ajuda a compreender por que adolescentes de pele preta ou parda, mesmo após mais de uma década da implementação da PNSIPN, continuam a ser os mais atingidos pelas desigualdades em saúde e pela violência letal.

Enquanto não houver compreensão de classe social presente na sociedade brasileira, que prefigura e predetermina todas as chances que os indivíduos terão em vida, não só na saúde, mas em todas as dimensões, as injustiças e as desigualdades continuarão sendo reproduzidas. Há um pacto silencioso entre as elites econômicas e a classe média, que legitima a exclusão através do ideal de meritocracia e da culpabilização dos pobres por sua condição (Souza, 2017). Por isso, pode-se afirmar que as barreiras à saúde integral não são frutos de escolhas individuais, mas sim de processos históricos e estruturais que organizam o racismo individual, institucional e estrutural, a violência do Estado e a negligência nas políticas públicas.

Isso significa que a desigualdade social presente no Brasil é uma construção social de longa duração, histórica, legitimada por uma falsa meritocracia que responsabiliza o indivíduo por seu fracasso, ocultando o papel do racismo estrutural e da exclusão de classe. O pertencimento de classe é transmitido desde o berço e define todas as chances de sucesso ou fracasso social (Souza, 2017).

No caso dos adolescentes de pele preta ou parda, essa reprodução da desigualdade, como os dados demonstram, se manifesta com impactos sobre a saúde mental, autoestima e a percepção de futuro. No entanto, apesar dessas estruturas sociais mantidas por séculos de exclusão, existem alguns marcos legais, frutos de resistência, que colaboram para o surgimento de parâmetros de uma sociedade mais justa e equitativa, como o Estatuto da Igualdade Racial (Brasil, 2010), Lei nº 12.288/2010, a PNSIPN, e o Marco de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável (ONUB, 2023). O primeiro é um marco legal fundamental no enfrentamento dessas desigualdades. Ele, busca garantir à população de pele preta ou parda a efetivação da igualdade de oportunidades e a defesa de direitos étnicos individuais, coletivos e difusos. A PNSIPN assume um papel central na promoção da equidade em saúde ao reconhecer que essa população constitui a maioria entre os usuários do SUS, representando 67% dos atendimentos (Brasil, 2017)

Entretanto, mesmo sob os princípios de universalidade e equidade, o SUS ainda reproduz desigualdades históricas quando não atua de forma antirracista. As pessoas de pele preta ou parda enfrentam negligência, minimização de sintomas e olhares atravessados por preconceitos nos serviços de saúde. Essas experiências são agravadas pela baixa representatividade de profissionais negros na área da saúde, o que contribui para a manutenção de estereótipos e da

invisibilidade (Kalckmann et al., 2007). Isso reflete o racismo institucional que acaba perpetuando uma exclusão estrutural refletida principalmente na baixa representatividade de profissionais de pele preta ou parda nos serviços de saúde, naturalizando a exclusão como destino. Crianças e adolescentes de pele preta ou parda são expostos a múltiplas formas de violência, como trabalho infantil, tráfico, encarceramento e homicídios (CFP, 2022). Os adolescentes estão entre os principais alvos da violência letal e do abandono escolar (IBGE, 2022).

Por isso, pode-se afirmar que, embora a PNSIPN apresente diretrizes específicas voltadas para os adolescentes e jovens de pele preta ou parda e para o cuidado, esses, as crianças e os adolescentes, ainda sofrem com a exposição à violência e a mortalidade por causas externas. Isso fortalece a compreensão de que esses adolescentes são formados em contextos de negação de futuro, sem estímulos adequados ao pensamento prospectivo, à leitura, a imaginação e ao fortalecimento da autoestima e identidade pessoal (Souza, 2017).

O terceiro marco legal que busca enfrentar as desigualdades históricas é o Marco de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável (ONUB, 2023). Este tem como base a Estratégia Global para Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes. Ele propõe garantir saúde e bem-estar as mulheres, crianças e adolescentes e afirma que a adolescência é [...] fase crítica do desenvolvimento. O potencial físico, mental e social adquirido na infância pode converter-se em habilidades, comportamentos e oportunidades, que contribuem para melhorar a saúde e o bem-estar [...]” (OMS, 2016, p. 58).

Pelo menos legalmente, é inegável que o governo brasileiro tem reafirmado o compromisso com os objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), enfatizando a promoção da equidade racial e a proteção dos direitos de adolescentes em situação de vulnerabilidade.

No entanto, apesar dos avanços, a implementação enfrenta desafios, pois somente 371 dos 5.570 municípios brasileiros possuem setores específicos voltados à saúde da população de cor preta ou parda (Brasil, 2025).

As classes sociais abastadas, engalfinhadas em suas bolhas, tendem a silenciar e a anular os sofrimentos de muitos adolescentes de pele preta ou parda que vivenciam o racismo estrutural, que tende a manter as desigualdades sociais.

Adolescentes de pele preta ou parda, com idades entre 14 e 17 anos, sofrem com o impacto do racismo em sua saúde mental. “O racismo sofrido pelos homens negros adolescentes, [...] leva à diminuição da autoestima, dado que possuem maiores vulnerabilidade às violências, maior vigilância, confiança reduzida nas instituições sociais e reações de raiva” (Reis et al, 2024, p. 7).

O 18º Anuário de Segurança Pública (2024) corrobora esses dados ao informar que 82,7% das vítimas de mortes decorrentes de intervenções policiais eram pessoas de pele preta ou parda, sobretudo, jovens entre 12 e 29 anos residentes em regiões periféricas. O perfil das vítimas de violência letal é igualmente marcado pelo recorte de gênero e raça: 64,3% das vítimas de mortes violentas intencionais atingiram mulheres negras. Entre as mulheres vítimas de feminicídio, 71,1% eram negras.

Nesta direção, ainda que haja certos avanços institucionais e legais, é necessário enfrentar o que limita o avanço das políticas públicas: as desigualdades sociais mantidas pelas classes mais favorecidas, ricas ou médias (Souza, 2017). Pode-se afirmar que é preciso uma transformação social capaz de articular saúde, educação, trabalho, cultura e justiça social. É necessário superar certas ideologias meritocráticas que culpabilizam os que se encontram à margem e mantêm outras classes na sua enorme bolha de proteção. Do contrário, mesmo havendo diversos marcos legais, eles continuarão sendo letras mortas com pouco ou nenhuma efetividade.

A Ideologia como Distorção do Real e a Ética como Horizonte de Enfrentamento

A hermenêutica fenomenológica tem como tarefa revelar que a existência só ganha sentido e expressão através de um constante processo de interpretação das múltiplas significações presentes na cultura (Ricoeur, 1978). Aplicar uma abordagem hermenêutico-fenomenológica à saúde mental da população de pele preta ou parda no contexto brasileiro, especialmente dos adolescentes, implica interpretar os sentidos latentes e históricos que atravessam suas experiências, revelando as camadas de exclusão, silenciamento e desumanização. Compreender essa realidade exige reconhecer o papel das ideologias que sustentaram e sustentam o racismo, o mito da democracia racial e a lógica meritocrática sobre essa população, frequentemente tratada e excluída dos seus direitos sociais mais básicos, inclusive o direito à saúde mental.

No campo da saúde, a ideologia racista aparece de uma forma velada ou explícita, naturalizando práticas de exclusão, como demonstrado historicamente pela eugenia, e contemporaneamente, pela negligência nas políticas públicas. As ideologias aparecem aqui em suas funções de dominação e deformação de um grupo sobre outro (Ricoeur, 1977). Nesse sentido, a ideologia do modelo universal branco, urbano e classe média, era, e ainda é, o ideal normativo. Tudo o que dele se distancia é visto como desvio, inferioridade ou inaptidão, reforçando a função deformadora da ideologia. A “[...] ideologia opera em estreitamento do

campo com referências às possibilidades de interpretação. [...] É neste sentido que podemos falar de enclausuramento e, até mesmo, de cegueira ideológica.” (Ricoeur, 1977, p. 71).

Isso significa que a ideologia, em vez de interpretar o real, pode reduzi-lo e limitá-lo, bloqueando novas possibilidades de sentido, ou seja, deforma a realidade, as pessoas e as populações, cristalizando representações dominantes e excluindo outras. Foi assim que as ideologias eugênicas operaram e excluíram sistematicamente as populações de pele preta ou parda, construindo o modelo europeu como ideal. Neste sentido, a ideologia oferece uma interpretação do real, mas torna-se uma obstrução do possível com a geração de leituras autoritárias (Ricoeur, 1977).

A ideologia meritocrática, ao atribuir ao indivíduo a responsabilidade por seu fracasso e desconsiderar as barreiras históricas e estruturais, atua como um dispositivo psicossocial de dominação, na medida em que produz a internalização da culpa, naturaliza as desigualdades sociais e inibe tanto a emergência de processos críticos de transformação social quanto a efetiva implementação de políticas públicas.

Neste contexto, a ideologia opera como um substituto da mais-valia, funcionando simultaneamente como um mecanismo que legitima a dominação (Ricoeur, 1977). Trata-se de uma justificativa ideológica que atribui à população de pele preta ou parda e aos mais empobrecidos a responsabilidade individual por sua ascensão social, sugerindo que, caso não consiga progredir, permanecerá na base da estrutura de classes. Tal lógica sustenta e legitima as desigualdades sociais. “Os brasileiros das classes superiores cevaram a miséria e a construíram ativamente. Construiu-se uma classe de humilhados para assim explorá-los por pouco e para construir uma distinção meritocrática covarde contra quem nunca teve igualdade de ponto de partida” (Souza, 2017, p. 98). Por isso, é possível afirmar que as elites, com o discurso meritocrático, acabam por moldar as estruturas sociais e as justificam com a permanência das desigualdades históricas. Isso reflete o quanto essa ideologia, pensada negativamente, se atualiza estruturalmente, afetando a saúde mental da população de pele preta ou parda, especialmente dos adolescentes, como os dados estatísticos demonstram.

Apesar disso, na compreensão hermenêutico-fenomenológica ricoeuriana, o autor evita uma visão reducionista de ideologia, como é comum na interpretação contemporânea. Para ele, a ideologia não se resume ao conflito ou ao controle social. Ela também desempenha um papel positivo, ao possibilitar a convivência social, a cooperação e a mobilização de ideais coletivos. É necessário superar a fixação no problema da dominação e ampliar o olhar para a questão mais

abrangente da integração social (Ricoeur, 1977).

Essa compreensão mais ampla da ideologia é essencial para pensar os mecanismos de resistência, proteção que sustentam a coesão social. Ricoeur ainda afirma: “o fenômeno ideológico em toda sua originalidade. Está ligado à necessidade, para um grupo social, de conferir-lhe uma imagem de si mesmo, de representar-se” (Ricoeur, 1977, p. 68). Nesse sentido, os marcos legais que buscam reconhecer e incluir a população de pele preta ou parda nos direitos sociais, como o Estatuto da Igualdade Racial ou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), orientam a implementação de ações voltadas à redução das desigualdades, contribuindo a construção de uma identidade coletiva e histórica e representando uma tentativa de inserção política e cultural dessa população na sociedade brasileira.

Esse sentido positivo da ideologia como representação legítima dos desejos coletivos de reconhecimento, inclusão e acesso à vida boa, pode ser enriquecido pela noção de utopia. Na interpretação ricoeuriana, a utopia desempenha uma função complementar à ideologia: desloca a imaginação para além do presente, questiona a realidade estabelecida e permite vislumbrar formas alternativas de organização social (Ricoeur, 1989). Nesse horizonte, a utopia torna-se a força imaginativa que projeta a efetivação concreta de políticas como a PNSIPN, não apenas como norma jurídica, mas como prática transformadora da realidade vivida. Enquanto a ideologia oferece uma interpretação do real, organizando os vínculos sociais e a identidade de um grupo, a utopia desafia os limites desse real, reabrindo possibilidades históricas e políticas. Juntas, ideologia e utopia operam como dimensões complementares da ação simbólica: a primeira ancora a realidade na experiência coletiva e na luta por reconhecimento; a segunda convoca a imaginação para reinventar o possível, orientando o desejo por justiça social e equidade racial.

Neste sentido, torna-se necessário encontrar um caminho para a reconstrução de uma ética baseada em três aspectos: uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas (Ricoeur, 2014). Diante das ideologias, a proposta ricoeuriana oferece uma base para refletir sobre a justiça social e as políticas públicas em saúde.

A vida boa não pode ser pensada de forma isolada, sob o manto de solipsismo inflado em si mesmo, a ponto de sempre se considerar superior aos outros em virtude da cor da pele. Na perspectiva ricoeuriana, o primeiro aspecto de um itinerário ético é a estima de si (Ricoeur, 2014). O “eu” não significa uma apreciação egóica, mas sim uma valorização das próprias ações, sendo capaz de autoavaliação e responsabilização, indo além das forças da natureza ou da instrumentalização dos meios. Uma pessoa deve, sim, buscar uma vida boa para si, deve buscar

o bem. No entanto, para que essa busca seja minimamente possível, é necessário agir para além da impulsividade e do mero instrumentalismo. Essa aspiração à vida boa só se efetiva quando não se restringe ao indivíduo isolado. A estima de si não pode existir sem o outro, pois, a estima e solicitude estão interligadas, sendo impossível vivê-las ou compreendê-las de modo separado (Ricoeur, 1995).

Um indivíduo, ou um grupo, não pode, em uma sociedade, almejar uma vida boa apenas para si ou para os seus. O outro também participa da vida em comum. Se um eu, ou uma classe social, insiste em se isolar, o que lhe restará serão casas fortemente protegidas, o medo constante da violência fora dos muros, cercas eletrificadas, câmeras de segurança, ou carros blindados para evitar o contato com o desfavorecido. Por isso, a estima de si requer o outro, e não apenas como os iguais de sua própria classe, mas também com todos os outros que sofrem com as desigualdades sociais, como o outro que historicamente foi desumanizado pelo racismo e pelo discurso eugênico. Esses outros precisam ser reintegrados e reconhecidos.

A vida boa só se efetivará ao passar pelo outro, que constitui o segundo aspecto do caminho ético, “a solicitude não acrescenta de fora à estima de si, mas explicita a dimensão dialogal implícita naquela.” (Ricoeur, 1995, p. 163). Uma pessoa constrói a si mesma pelo esforço de existir e pelo desejo de ser, por meio do testemunho e em diálogo com um outro que dirá sobre suas ações (Ricoeur, 1977). O outro dá testemunho de suas ações. “O outro é, assim, aquele que pode dizer eu como eu e, como eu, ser considerado um agente, autor e responsável pelos seus atos.” (Ricoeur, 1995, p. 163). Isso reforça o itinerário ético de que uma pessoa só se realiza plenamente no encontro com um tu, um outro. “A reciprocidade só é aparentemente completa na amizade, na qual uma estima o outro tanto quanto a si.” (Ricoeur, 1995, p. 163).

No contexto da sociedade brasileira, isso exige o enfrentamento das assimetrias impostas pelo racismo estrutural. A ética, nesse sentido, torna-se um solo fértil para a construção de práticas de reconhecimento, nas quais adolescentes de pele preta ou parda possam ser vistos não como alvos da exclusão, mas como sujeitos de dignidade e de direitos.

No entanto, para que essas assimetrias históricas sejam efetivamente superadas, e a reciprocidade realmente possa acontecer, é necessário urgentemente diminuir as desigualdades sociais. Relações interpessoais, por si só, mostram-se insuficientes em uma sociedade estruturada por dinâmicas que afastam o outro e o posicionam de forma subalterna, reproduzindo hierarquias e exclusões em virtude da cor da pele e de traços fenotípicos e genotípicos, tal como ocorreu no período da higienização social e ainda se reproduz, atualmente, nos âmbitos do racismo

individual, institucional e estrutural.

Daí a necessidade de um terceiro aspecto ético que pode contribuir para uma vida boa: as instituições justas. Nas instituições justas, indica-se que a solicitude tem que se estender para a justiça. As instituições devem ser mediadoras para efetivação da estima de si e da solicitude ou reciprocidade, pois são capazes de superar os desafios históricos e efetivar a equidade, seja na saúde como nos direitos sociais. As instituições aqui devem ser entendidas como “sistema de partilha, de repartição, que se refere a direitos e deveres, rendimentos e patrimônios, responsabilidades e poderes [...] vantagens e encargos.” (Ricoeur, 1995, p. 164). As instituições devem ser justas e efetivar seu caráter distributivo a todos os que ficam de fora das relações face a face (Ricoeur, 1995).

É nesse terceiro aspecto que a ética adquire densidade política, pois exige que as instituições distribuam bens, direitos e oportunidades de forma justa, por meio de políticas públicas capazes de romper com a invisibilidade e a negligência historicamente impostas. No campo da saúde mental de crianças e adolescentes de pele preta ou parda, esse desafio se expressa na necessidade de fortalecimento da atenção psicossocial e da prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e da exclusão social, conforme os princípios orientadores pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (Brasil, 2017). Ademais, o reconhecimento das vivências e a promoção do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes de pele preta ou parda requerem a formação continuada das equipes dos CAPSi(s) e das demais áreas da saúde sobre relações raciais, a qualificação do uso do quesito raça/cor para além de sua dimensão burocrática, ampliando estratégias institucionais de acolhimento e manejo que considerem o racismo estrutural nas trajetórias de sofrimento psíquico e, sobretudo, a garantia de espaços efetivos de escuta das próprias crianças e adolescentes de pele preta ou parda (Ricardo; Figueiredo, 2025). Torna-se igualmente imprescindível a desconstrução do ideal meritocrático, uma vez que este desconsidera a historicidade e a complexidade do contexto brasileiro e obscurece as desigualdades sociais e raciais, bem como a ampliação da conscientização sobre o racismo em suas múltiplas dimensões.

Nesse sentido, o cuidado em saúde mental da população de pele preta ou parda passa, necessariamente, pelo reconhecimento do racismo como determinante social do sofrimento psíquico e pela responsabilização ética e política das instituições de saúde. Estudos apresentam que o desconhecimento, a negação ou a desvalorização da PNSIPN por parte de gestores e profissionais contribuem para a manutenção de práticas universalistas abstratas que invisibilizam

desigualdades raciais concretas, dificultando a efetivação do princípio da equidade no SUS (Silva et al., 2022). Assim, fortalecer o cuidado psicossocial implica não apenas ampliar serviços, mas transformar práticas institucionais, processos formativos e modos de gestão, de modo que o enfrentamento do racismo institucional seja parte constitutiva das ações em saúde mental.

Enfim, o caminho ético ricoeuriano propõe uma prática institucional que concretize o princípio da equidade. A equidade, aqui, compreende uma distribuição diferenciada de bens, direitos e oportunidades, viabilizada por meio de políticas públicas capazes de responder às desigualdades historicamente produzidas.

A ética assume uma função crítica ao exigir vigilância permanente frente às ideologias que buscam legitimar cortes orçamentários, a precarização dos serviços e a descontinuidade de programas sociais sob o manto do discurso meritocrático. No campo da saúde mental de crianças e adolescentes de pele preta ou parda, essa vigilância torna-se ainda mais necessária, pois tais ideias e discursos tendem a invisibilizar os efeitos do racismo estrutural, deslocando a responsabilidade do Estado para os indivíduos e comprometendo a efetividade de políticas orientadas pela equidade e pelo reconhecimento.

A tríade vida boa, com e para os outros, em instituições justas, é mais do que um ideal abstrato, trata-se de um critério para avaliar a legitimidade, e as ações das políticas e estruturas sociais. Ela convoca à transformação, inspirando o compromisso com uma sociedade em que todos, inclusive os mais vulneráveis, dentre os quais os adolescentes de pele preta ou parda, possam viver com dignidade, saúde e reconhecimento.

CONCLUSÃO

O presente artigo permitiu compreender que o sofrimento psíquico vivenciado por adolescentes de pele preta ou parda não pode ser reduzido a fragilidades individuais, mas deve ser reconhecido como expressão histórica do racismo estrutural e da exclusão social. Desde as práticas eugênicas até as formas contemporâneas de discriminação, essas juventudes permanecem atravessadas por ideologias que naturalizam desigualdades, silenciam dores e dificultam o acesso ao cuidado integral em saúde mental. Embora existam avanços normativos e políticas públicas voltadas à equidade, sua efetivação ainda é limitada por práticas institucionais permeadas por preconceitos e desigualdades raciais persistentes. Nesse cenário, a ideologia meritocrática atua como um dispositivo psicossocial de dominação ao atribuir ao indivíduo a responsabilidade por

seu fracasso, desconsiderando barreiras históricas e estruturais que condicionam as trajetórias de adolescentes de pele preta ou parda. Ao sustentar a crença de que a ascensão social depende exclusivamente do esforço individual, essa lógica reforça a culpa, perpetua desigualdades e intensifica o sofrimento psíquico, sobretudo entre adolescentes que, em processo de formação, ainda não dispõem de instrumentos para compreender as determinações sociais que atravessam suas experiências. Como horizonte ético-político de enfrentamento, a hermenêutica fenomenológica ricoeuriana oferece fundamentos para uma ética da vida boa, com e para os outros, em instituições justas. Tal perspectiva convoca o reconhecimento do outro em sua dignidade, a escuta das experiências de sofrimento e a transformação das práticas institucionais. Concluir pela centralidade dessa ética implica afirmar que o cuidado em saúde mental de adolescentes de pele preta ou parda exige mais do que intervenções individuais ou normativas: requer mudanças estruturais, formativas e institucionais que reconheçam o racismo como um dos elementos do sofrimento psíquico e garantam que esses adolescentes deixem de ocupar o lugar da sobrevivência para serem reconhecidos como sujeitos de direitos, de dignidade e de futuro.

REFERÊNCIAS

- 18º ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: FBSP, 2024. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/f62c4196-561d-452d-a2a8-9d33d1163af0>. Acesso em 09 de jan. de 2025.
- BARROS, Sônia; SANTOS, Jussara Carvalho; CANDIDO, Bruna de Paula; BATISTA, Luís Eduardo; GONÇALVES, Mônica Mendes. Atenção à Saúde Mental de crianças e adolescentes negros e o racismo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, e210525; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210525> . Acesso em 15 abr. de 2025.
- BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm Acesso em 25 de out. de 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf . Acesso em: 10 dez. 2025.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf f. Acesso em 25 de nov. de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Saúde da População Negra**. v. II, nº especial, out. 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/view> Acesso em 20 mai de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/3a-cnsm.pdf> Acesso em 30 de nov. de 2025.

BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de Julho de 2010. **Institui o Estatuto da Igualdade Racial**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 jul. 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm#:~:text=I%20%2D%20discrimina%C3%A7%C3%A3o%20racial%20ou%20%C3%A9tnico,e%20liberdades%20fundamentais%20nos%20campos Acesso em 10 jan. de 2025.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em 28 de março de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da População Negra é apresentada a gestores municipais**. 2025. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/fevereiro/politica-nacional-de-saude-da-populacao-negra-e-apresentada-a-gestores-municipais#:~:text=Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Populac%C3%A7%C3%A3o%20Negra%20%C3%A9%20apresentada%20a%20gestores%20municipais,-Reuni%C3%A3o%20da%20diretoria&text=Como%20implementar%20solu%C3%A7%C3%B5es%20nacionais%20que,\(PNSIPN\)%20nos%20munic%C3%ADpios%20brasileiros%3F](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/fevereiro/politica-nacional-de-saude-da-populacao-negra-e-apresentada-a-gestores-municipais#:~:text=Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Populac%C3%A7%C3%A3o%20Negra%20%C3%A9%20apresentada%20a%20gestores%20municipais,-Reuni%C3%A3o%20da%20diretoria&text=Como%20implementar%20solu%C3%A7%C3%B5es%20nacionais%20que,(PNSIPN)%20nos%20munic%C3%ADpios%20brasileiros%3F) Acesso em 10 de abril de 2025.

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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf Acesso em 10 de fev. de 2025.

BAURU. **Carta de Bauru** – 30 anos. 1-3, dez. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf> Acesso em 20 jan. 2025.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil**. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COSTA, Fabiana. A educação do jovem afro-brasileiro e o trabalho técnico de nível médio. In:

PRIORE, Mary Del. **História dos Jovens no Brasil**. São Paulo: Editora Unesp, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Psicologia brasileira na luta antirracista**. Federal de Psicologia e Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia. Brasília: DF, 2022.

DAMASCENO, Marizete; ZANELLO, Valeska, M. Loyola. Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 3, p. 450-464, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-37030003262017> Acesso em 30 mai. de 2025.

DAVID, Emiliano de., VICENTIN, Maria Cristina. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 264 -277, n. especial 3, outubro. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pD3P9BXwjVWns4VKfL6jr4s/abstract/?lang=pt> Acesso em 08 de janeiro de 2025.

DÁVILA, Jerry. **Diploma de brancura: política social e racial no Brasil (1917-1945)**. São Paulo: Editora Unesp, 2006.

ESPOSITO, J. e WINTERS, E. Venus. **Introduction to interseccional qualitative research**. California-USA: Editora Sage, 2022.

ESTEPAN, Nancy Leys. **A hora da eugenia: raça, gênero e não na américa latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000200015> Acesso em 05 de jan. 2026.

FERNANDES, Florestan. **O negro no mundo dos brancos**. 2 ed. São Paulo: Global, 2007.

FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classe: no limiar de uma nova era**, v. II. Rio de Janeiro: editora dominus, 1965.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do Discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 dezembro de 1970**. São Paulo: Edição Loyola, 2019.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. 51 ed. São Paulo: Global, 2006.

IGNÁCIO, Marcos Vinicius; MATTOS, Ruben Araujo. O Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental do Ministério da Saúde: a saúde mental da população negra como questão. **Saúde em Debate**. v. 43, p. 66-78; 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S805> Acesso em 10 jun. de 2025.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS); AGENDA MAIS SUS. **Relatório técnico nº 2 – Saúde da população negra: desafios para a equidade em saúde no SUS**. São Paulo: IEPS, 2023. Disponível em: <https://agendamaissus.org.br/wp-content/uploads/2023/06/ieps-boletim02-saude-populacao-negra.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil: 2ª edição. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica**, n. 48. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html>. Acesso em: 10 maio 2025.

KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete Gomes; BATISTA, Luis Eduardo; CRUZ, Vanessa Martins da. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Revista Saúde e Sociedade**. v. 16, nº 12, p. 146-155. São Paulo, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014> Acesso em 10 fev. 2025.

KEHL, Renato. **Boletim de Eugénia mensal**. v. 1, nº 4, abril. 1929. Disponível em https://hemeroteca-pdf.bn.gov.br/159808/per159808_1929_00004.pdf Acesso em 13 fev. de 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde Mental**, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental#:~:text=Sa%C3%BAde%20mental%20%C3%A9%20um%20estado,a%20melhoria%20de%20sua%20comunidade>. Acesso em 10 mar. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia Global para a Saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016 -2030)**. Genebra: ONU, 2016. Disponível em https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos_restritos/files/migrados/File/publi/ods/ewec_estrategia_global_saude_mulheres_crianças_2016_2030.pdf. Acesso 20 de mar. de 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONUB). **Marco de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável 2023–2027**. Brasília: ONU Brasil, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/abc/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/documentos/marco-de-cooperacao-das-nacoes-unidas-para-o-desenvolvimento-202320132027.pdf>. Acesso em: 15 de abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Comprometendo-se com a implementação da Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2016–2030)**. Genebra: ONU, 2015. Disponível em: https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos_restritos/files/migrados/File/publi/ods/ewec_estrategia_global_saude_mulheres_crianças_2016_2030.pdf Acesso em: 6 maio 2025.

REIS, J. R. F. **De pequenino é que se torce o pepino": a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental**. Hist. cienc. saude-Manguinhos 7 (1) • Jun 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702000000200007> Acesso em: 15 dez. 2025.

REIS, Thiago Souza; NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa; PILON, Sandra Cristina; TEIXEIRA, João Alexandre Mendes. SOARES, Rosimeire; OLIVEIRA. Elda. Sofrimento Psíquico dos Adolescentes da Periferia de São Paulo, Brasil. **New Trends in Qualitative Research**. v. 20, nº4. p. 1-12. Portugal, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36367/ntqr.20.4.2024.e1098> Acesso em 20 de mai. 2025.

RICARDO, Hemanuely Teixeira; FIGUEIREDO, Sara Hussein Garcia. Saúde mental

infantojuvenil e racismo: uma revisão de literatura. **Revista Multidisciplinar Mineiro**, v. 04, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.61164/rmm.v4i1.3617>. Acesso em 03 de jan. 2026.

RICOEUR, Paul. **Interpretação e Ideologia**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977.

RICOEUR, Paul. **O conflito das interpretações: ensaios de hermenêutica**. Rio de Janeiro: Imago, 1978.

Ricoeur Paul. **Do Texto a Acção: ensaios de hermenêutica II**. Porto-Portugal: Rés-editora; 1989.

RICOEUR, Paul. **Leituras 1: em torno do político**. São Paulo: Loyola, 1995.

RICOEUR, Paul. **O Si-mesmo como Outro**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2014.

SANTOS, Abrahão de Oliveira. Saúde Mental da População Negra: uma perspectiva não institucional. **Revista da ABPN**, Curitiba-PR., v.10, n.24. p. 241-259, nov./fev.2018. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/583> Acesso em 20 de jan. de 2025.

SILVA, Luiz L. Cruzamento do Branco com o Preto. **Boletim de Eugénia**. Ano III, nº 30, Junho, 1931. Disponível em: https://hemeroteca-pdf.bn.gov.br/159808/per159808_1931_00030.pdf Acesso em 14 de fev. de 2025.

SILVA, Silvana Oliveira da; BERENGUER, Aniele Almeida Silva; RICARDO, Thaise Mara dos Santos; LOPES, Giovanna de Carli; Sá, Marcos Venicius de; SANTOS, Débora Santa Mônica; BITTENCOURT, Liliane de Jesus. “Na verdade eu nunca participei e nem ouvi falar sobre”: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na perspectiva de gestores e profissionais de saúde. **Revista Saúde e Sociedade – São Paulo**, v.31, n.4, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210969pt>. Acesso em 20 dez. de 2025.

SOUZA, Jessé. **A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato**. Rio de Janeiro: Leya, 2017.

SCHWARCZ, Lília Moritz. **O Espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão social no Brasil – 1870 – 1930**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.