UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL E DO TRABALHO

MONICA FEITOSA SANTANA

“Muito além da cor da pele”: Psicologia, Saúde Mental e relações étnico-raciais em serviços públicos de saúde do município de Suzano, São Paulo

(Versão Original)

São Paulo
2017

MONICA FEITOSA SANTANA

“Muito além da cor da pele”: Psicologia, Saúde Mental e relações étnico-raciais em serviços públicos de saúde do município de Suzano, São Paulo

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
como parte dos requisitos para
obtenção do título
de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social,
Saúde Coletiva e Política

Orientador: Professor Dr. Alessandro de
Oliveira dos Santos

São Paulo
2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Santana, Monica Feitosa.

“Muito além da cor da pele”: psicologia, saúde mental e relações étnico-raciais em serviços públicos de saúde do município de Suzano, São Paulo / Monica Feitosa Santana; orientador Alessandro de Oliveira dos Santos. -- São Paulo, 2017.

118 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicologia 2. Saúde mental 3. Sistema único de saúde - SUS
4. Relações étnico-raciais 5. Pesquisa qualitativa I. Título.

BF38

Nome: SANTANA, Monica Feitosa

Título: “Muito além da cor da pele”: Psicologia, Saúde mental e relações étnico-raciais em serviços públicos de saúde no município de Suzano, São Paulo.

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
como parte dos requisitos para
obtenção do título
de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. (a)Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a)Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a)Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho aos meus ancestrais indígenas e negros cujas vozes foram cruelmente silenciadas. Graças à sua força, sagacidade, amor e resistência, minha voz e de outros diversos descendentes podem hoje, de diversas formas, ecoar.

AGRADECIMENTOS

Todo e qualquer agradecimento tende a ser parcial. Dificilmente é possível rememorar todas as pessoas que compartilharam e ajudaram, de algum modo, os projetos de nossas vidas se realizarem. Portanto as pessoas aqui citadas serão representantes deste coletivo.

Agradeço à minha família, em especial meus pais Salvador Abílio Santana e Maria das Graças Feitosa Santana, por me ensinarem o tipo de pessoa que posso ser no mundo. Ao meu irmão Messias Feitosa Santana, pelo aprendizado baseado na convivência com o diferente. Ao meu tio Jaime Abílio Santana que desde menina me incentivou a estudar e ser digna, e minha avó paterna Carmina Bezerra Santana, que me acompanha desde o nascimento e é uma das fontes de amor mais preciosas que tenho na espiritualidade. Minha cunhada Cláudia Taglieri, pela proximidade que nos irmana e minha sobrinha querida Bianca Vitória Taglieri, pela suavidade e força que tornaram minha vida melhor. Vocês me ensinam diariamente e de todas as formas o verdadeiro significado da palavra ‘Amor’. Por minha vida existir graças a vocês, minha mais sincera e profunda gratidão!

Agradeço às pessoas com quem trabalhei no SUS durante estes 10 anos de prática profissional e que, de alguma maneira, fazem a diferença no meu dia a dia: sem vocês, eu não seria quem eu sou e este trabalho não seria possível. Obrigada à auxiliar de enfermagem Carmem Lúcia Medeiros Santos, à Terapeuta Ocupacional Isabella Almeida, à psicóloga Lidiane Araújo, à oficinaira Laís Bim Rosine e todas/os com quem dividi práticas, oficinas e consultórios nas vivências nos Centros de Atenção Psicossocial em São Paulo. Vocês são a prova de que o Sistema Único de Saúde é possível. E me mostraram que o cuidado com o humano vai muito além de saberes técnicos operacionalizados: provaram que o *afeto* é nossa ferramenta principal de trabalho. Gratidão pelas trocas profissionais que viraram amizade pessoal que carrego até hoje na vida.

A todos os amigos da Pastoral da Juventude pelas amizades que perduram desde a adolescência, em especial ao casal Patrícia Maria da Silva e Nunes Lopes dos Reis com sua cria Chico, Janison Caetano da Silva e Ana Paula Santana Bezerra.

Às amigas Pretas e Acadêmicas: Patrícia Ferreira Lima Santa-Rosa, pela ajuda na coleta de dados na minha pesquisa de iniciação científica, por confiar em mim como entrevistadora em sua pesquisa de mestrado e principalmente pela amizade que sustenta tantas potências na vida. À Ana Paula Santana, socióloga e militante que ampliou meus horizontes na academia e na vida. E às amigas e colegas de profissão: Noemi Bandeira, Renata Oliveira e Maiara Benedito, pela infinidade de trocas, passeios, livros e vida compartilhada que fortaleceram descobertas vitais neste caminho.

Aos colegas do grupo de Pesquisa Psicossociais das Desigualdades Étnico-Raciais, pelas produtivas trocas. Em especial ao Marcio Antônio Tralci Filho, por colaborar com esta pesquisa desde antes de sua realização e por sua amizade, e a Kelly Taniguchi pela realização das entrevistas e demais partilhas.

Agradeço afetuosamente ao psicólogo Jonathas José Salathiel da Silva pelas provocações e partilhas feitas sobre o tema desta pesquisa, e por sua companhia tão fundamental nesta jornada na busca por produção de mudanças. Graças a sua dedicação, muitas transformações ainda ocorrerão. Nossa luta é coletiva, e você estará sempre conosco.

Ao orientador desta pesquisa Alessandro Oliveira dos Santos, por todo aprendizado acadêmico, pessoal e espiritual proporcionado durante a realização desta pesquisa. Por cada experiência vivida neste caminho, minha sincera gratidão.

Às professoras Mariana Prioli Cordeiro e Ilana Mountian, pela generosidade e provocações produzidas no exame de qualificação desta pesquisa, vitais para esta produção.

Aos amigos dos grupos de ciclismo, dos projetos de inclusão das pessoas com deficiência visual e do Ciclo Sensorial de Mogi das Cruzes, vizinhos que têm feito minha jornada neste novo território cheia de novas descobertas e profundas amizades.

Aos colegas do grupo de capoeira ‘Raiz dos Palmares, em especial à contramestre Héllide Augusto, e do grupo ‘União da Bahia Mogi’ pelas potências das descobertas nessa luta-arte ancestral. À Fernanda Amado, pela amizade que saiu da roda de capoeira para as rodas da vida com todo cuidado, carinho e construções coletivas no feminismo diário vivido.

Aos parceiros Carlos Augusto Conceição, pelo apoio inicial neste trabalho e Fernando Eleutério, pelo afeto partilhado no caminho. Vocês moram no meu coração.

E um salve mais do que especial para o grupo de trabalhadoras/es da saúde do SUS de Suzano, que há 4 anos partilham angústias, saberes, dificuldades e alegrias no exercício da arte de cuidar da vida. Em especial, às colegas ‘psi’ e amigas Carolina Jacob Costa Lima, Magna Damasceno e Débora Priscila Panhoto pelas trocas incríveis na atuação psicológica no município e pelas experiências vividas. E muito afeto aos membros das equipes das Unidades Básicas de Saúde do Parque Maria Helena e do Casa Branca, por todas as construções cotidianas e partilhas. Gratidão!

À minha psicoterapeuta Maria Cristina Francisco pela continência e auxílio na construção incrível durante o trabalho compartilhado e, em extensão, aos membros do Instituto AMMA Psiquê&Negritude, especialmente à Maria Aparecida Miranda e à Clélia Prestes, pelos faróis acendidos pelos trabalhos de pesquisa científica por elas produzidos.

A professora Dra. Eliane da Silva Costa, que por meio de conversas e um livro me levou a esta pesquisa. E em extensão à todas e todos mestres negras e negros que tive no caminho, cujos exemplos de vida e prática docente conseguiram plantar em mim o espírito investigativo da curiosidade científica: ao geógrafo Joel Santos, o matemático Cléber Soares e a professora

de língua portuguesa Dulcinéia Ramos. Obrigada por sempre me fazerem acreditar que eu poderia ser muito mais do que eu imaginava que pudesse me tornar.

E às pessoas que acompanhei, acompanho e irei acompanhar como psicóloga clínica, minha gratidão por diariamente me ensinarem o real significado da prática clínica. Vocês fizeram verdadeiramente este trabalho existir.

*O fogo pode ser grande ou pequeno, mas possui sempre
extraordinária força de transformação.*

*O mesmo se sucede com as batalhas, cujos mandamentos são iguais
tanto no combate de um contra um como nos confrontos de exércitos de dez
mil homens de cada lado.*

*Qualquer situação precisa ser considerada tanto sob a ótica do
conjunto (o grande) quanto dos pormenores (o pequeno).*

*Apreende-se o conjunto facilmente, enquanto os detalhes só podem
ser percebidos por um olho muito atento.*

(Myamoto Musashi; 1642, “O
Livro dos Cinco Anéis”)

Resumo

As diversas formas de ciência e profissão da Psicologia brasileira se inserem em diversos campos de políticas públicas nas últimas décadas, dentre elas o Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de coadunar em sua gênese com a afirmação hegemônica de valorizar a normatização/adaptação de pessoas aos padrões socialmente esperados (Dimenstein, 2000), pesquisas e práticas profissionais são constantemente revistas em novos contextos políticos, econômicos, sociais e culturais no país (Costa-Rosa, Yasui, & Luzio, 2003). A Psicologia constitui campo fértil de produções que podem compactuar ou romper com tradições do *status quo* (Macedo & Dimenstein, 2013; Pitta, 1996).

De forma que este estudo qualitativo-descritivo e exploratório investiga como profissionais inseridos nos serviços públicos na área da saúde mental no município de Suzano, SP lidam com o tema das relações étnico- raciais em seu cotidiano de trabalho. Apesar do campo de pesquisa estruturado no Brasil sobre relações étnico-raciais na Psicologia científica (Santos, Schucman e Martins, 2012), esta pesquisa foi realizada buscando elucidar contingências que originam a ausência do tema na atuação profissional nos serviços públicos de saúde mental. Utilizando-se de entrevistas semi dirigidas tratadas por meio da técnica de análise de conteúdo (Franco, 2012), os resultados derivaram em quatro categorias: *01) Trajetória e identidade profissional: concepções; 02) Formação no tema das relações étnico-raciais e dificuldades na definição das relações étnico-raciais; 03) Concepções sobre relações étnico-raciais, preconceito e racismo; 04) Cenas do cotidiano: preconceito e discriminação na atuação em saúde mental e intervenção no tema.* Em síntese, os resultados mostram a relevância da revisão paradigmática da Psicologia dentre os desafios para atuação na América Latina e a ausência de abordagens no que diz respeito às relações étnico-raciais na graduação, de modo que este pudesse se tornar um marcador no processo de análise das desigualdades. Foram ainda apresentadas evidências de ações de preconceito étnico-racial com profissionais de saúde cuja cor da pele é negra. Não há narrativas de intervenções realizadas no âmbito institucional nos serviços de saúde em Suzano para diminuir as práticas de preconceito e discriminação, do mesmo modo que não há narrativas que mostrassem o uso de subsídios teóricos e metodológicos científicos da Psicologia como estratégia de prevenção de práticas de preconceito étnico- racial.

Palavras-Chave: Psicologia; Saúde Mental; Sistema Único de Saúde - SUS; Relações Étnico – Raciais, Pesquisa Qualitativa.

Abstract

The different ways in the making of Brazilian Psychology science and its profession have been inserted in several fields of public policies in recent decades, among them are the Unified Health System (SUS). In spite of being aligned with the hegemonic assertion in normalization/adaptation of people to the socially expected standards (Dimenstein 2000), research and professional practices are constantly reviewing new political, economic, social and cultural contexts over the country (Costa-Rosa, Yasui, & Luzio, 2003). Psychology is a fertile field of productions that can compact or break with the *status quo* tradition (Macedo & Dimenstein, 2013; Pitta, 1996). Thus, this descriptive and exploratory qualitative study investigates how professionals that are inserted on public services in the area of mental health in the city of Suzano, SP deal with the theme of ethnic-racial relations in their daily work. Even though the research field is structured in Brazil on ethnic-racial relations in scientific psychology (Santos, Schucman and Martins, 2012), this research was carried out seeking to elucidate contingencies that lead to the absence of the subject in the professional performance in public mental health services. Using semi-directed interviews treated using the technique of content analysis (Franco, 2012), the results were derived in four categories: 01) Trajectory and Professional Identity: Conceptions; 02) Formation in the theme of ethnic-racial relations and difficulties in the definition of ethnic-racial relations; 03) Conceptions about ethnic-racial relations, prejudice and racism; 04) Daily scenes: prejudice and discrimination in mental health work and intervention in the theme. In sum, the results show the relevance of the paradigmatic revision of Psychology among the challenges for action in Latin America and the lack of approach on ethnic-racial relations in the graduation so that it could become a marker in the process of analysis of inequalities. Evidence of ethno-racial prejudice was also presented to health professionals whose skin color is black. There were no narratives of interventions performed at the institutional level in the health services in Suzano, SP to reduce the practices of prejudice and discrimination, just as there were no cases that showed the use of theoretical and methodological scientific subsidies of Psychology as a strategy to prevent practices of ethnic-racial exclusion.

Key words: Psychology; mental health; SUS; Ethnic-racial relations. Qualitative research

Resumem

Las diversas formas de la ciencia y la profesión de Psicología brasileña es inseram en diversos campos de las políticas públicas en las últimas décadas, entre ellos el Sistema Único de Salud (SUS). Aunque coherente en su génesis con la afirmación hegemónica a valorar la estandarización / adaptación de las personas a las normas socialmente esperados (Dimenstein, 2000), las prácticas de investigación y profesionales son constantemente revisadas en nuevos derechos políticos, económicos, sociales y culturales en el país (Costa- Rosa, Yasui, y Luzio, 2003). La psicología es un campo fértil producciones que pueden coludirse o romper con las tradiciones del status quo (Macedo y Dimenstein, 2013; Pitta, 1996). Por lo tanto, este estudio cualitativo descriptivo y exploratorio investigó cómo los profesionales insertados en los servicios públicos en el campo de la salud mental en el municipio de Suzano, SP ven el tema de las relaciones étnicas raciales en su trabajo diario. A pesar del campo de búsqueda estructurada en Brasil en las relaciones étnico-raciales en la psicología científica (Santos, Schucman y Martins, 2012), se llevó a cabo esta investigación para dilucidar las contingencias que provocan la ausencia del sujeto en la práctica profesional en los servicios públicos de salud mental. A través de entrevistas semiestructuradas tratados mediante la técnica de análisis de contenido (Franco, 2012), los resultados derivan en cuatro categorías: 01) de la carrera profesional e identidad: Las concepciones; 02) La formación en el tema de las relaciones étnicas y raciales y dificultades en la definición de las relaciones étnicas raciales; 03) Las concepciones de las relaciones étnico-raciales, los prejuicios y el racismo; 04) Escenas cotidianas: los prejuicios y la discriminación en materia de salud mental y la intervención en el tema. En resumen, los resultados muestran la importancia de la revisión paradigmático de la psicología entre los retos para las operaciones en América Latina y la falta de enfoque en las relaciones étnico-raciales en graduado por lo que este podría convertirse en un marcador en el proceso de análisis de las desigualdades. Las pruebas también se presentó de acciones étnicas y raciales prejuicio hacia los profesionales de la salud, cuyo color de piel es de color negro. No había historias de intervenciones dentro del marco institucional en los servicios de salud en Suzano para reducir las prácticas prejuicios y la discriminación, así como no hubo naarativas que mostraban el uso de elementos teóricos y metodológicos de la psicología científica como estrategia de prevención de las prácticas prejuicio étnico-racial.

Palabras-llave: Psicología; salud mental; SUS; relaciones étnico-raciales.

Lista de Tabelas e Figuras

Tabela 1 – Número de pessoas com ensino superior no Brasil por
pertença étnico- racial.

Figura 1 – Localização Geográfica do município de Suzano no estado de São Paulo.

Quadro 1 – Síntese dos resultados das categorias.

Figura 2 – Palavras-Chave da Categoria 1.

Figura 3 – Palavras-Chave da Categoria 2.

Figura 4 – Palavras-Chave da Categoria 3.

Figura 5 – Palavras-Chave da Categoria 4.

Figura 6 – Interseccionalidade no atendimento em saúde mental.

Figura 7 – Injunção de fatores individuais e sociais no atendimento psicológico.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	25
Breve histórico das Relações Étnico-Raciais no Brasil.....	34
Raça-etnia como determinante social em saúde	36
Psicologia como ciência e profissão na compreensão das relações étnico-raciais no Brasil	41
MÉTODO	48
RESULTADOS	
• Caracterização do município, serviços de saúde pública de Suzano.....	62
• Análise das entrevistas com psicólogos da saúde mental	68
<i>Categoria 01 - Trajetória e Identidade Profissional: Concepções .....</i>	<i>68</i>
<i>Categoria 02 - Formação no tema das relações étnico-raciais e dificuldades na definição das relações étnico-raciais.....</i>	<i>76</i>
<i>Categoria 03 - Concepções sobre relações étnico-raciais, preconceito e racismo .....</i>	<i>81</i>
<i>Categoria 04 - Cenas do cotidiano: preconceito e discriminação na atuação em saúde mental e intervenção no tema.....</i>	<i>93</i>
• Discussão dos Dados	100
LIÇÕES APRENDIDAS COM A PESQUISA	116
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122
REFERÊNCIAS.....	131
ANEXOS I E II – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS E TCLE	141

Apresentação

Desafiada a colaborar na efetivação de transformações sociais, as multifacetadas e diversas formas de exercício como ciência e profissão da Psicologia brasileira se inseriram em diversos campos de políticas públicas nas últimas décadas. Pesquisas das práticas profissionais são revistas de acordo com novos contextos históricos, culturais, políticos e sociais do Brasil (Costa-Rosa et al., 2003).

Em diálogo com tais desafios e revisões, nesta pesquisa se analisa as relações étnico-raciais na atuação de profissionais da Psicologia inseridos na saúde mental dos serviços públicos no município de Suzano, SP.

Parte dos resultados apresentados derivam da reflexão relativas à formação acadêmica e atuação profissional da própria autora, dada a interface entre os temas: saúde mental no setor público, atuação de psicólogas/os e relações étnico-raciais.

Os lugares de pertença social, de gênero e raça-etnia da autora foram basais na formação e prática psicológica. Portanto, é fundamental elucidar como tais fatores estruturam e direcionam este texto científico. Deste modo, uma breve narrativa sobre a trajetória pessoal da autora se faz necessária para iniciar a leitura deste trabalho.

Esta produção acadêmica é apresentada por uma mulher negra, oriunda de um bairro de periferia da Zona Leste de São Paulo, o Itaim Paulista e formada em uma universidade pública do interior Oeste do estado de São Paulo: a Universidade Estadual Paulista (UNESP - Campus Assis). Desde o início de sua carreira, há dez anos, a autora atua como psicóloga no Sistema Único de Saúde (SUS) na área da saúde mental.

Por isso este trabalho científico resulta da prática como trabalhadora da saúde e reflete a formação obtida em universidades distintas: a UNESP e a Universidade de São Paulo (USP). Resulta também das vivências anteriores ao curso de graduação e desta pesquisa.

Integrei dos 13 aos 21 anos movimentos populares na Comunidade Eclesial de Base (CEB) da Igreja Católica do bairro, em especial a Pastoral da Juventude (PJ) e compus a chapa do grêmio estudantil na escola pública na qual estudava, experiências que fortaleceram o sentimento de pertença na adolescência e fundaram parte significativa de minha identidade.

Um dos resultados deste processo foi desejar cursar universidade pública, mesmo ouvindo com frequência que esse lugar “não é para pessoas como você”.

Em 1997, no segundo ano do ensino médio, vi cartazes de divulgação do vestibular da FUVEST para ingresso na USP afixados. Animada com a possibilidade de cursar o ensino superior também em escola pública, propus às amigas que estudássemos para a prova. Ouvi entre risos: “*Prestar vestibular na USP, você é maluca? Aquele lugar não é para nós*”.

Pensar que estudar na universidade pública era considerado um “privilégio” que pertenciam a *outros*, e não a *nós*, me incomodou. Ajudava ainda meus pais na quitanda pertencente à minha família e, apesar de concluir o ensino médio aos 16 anos, não tinha condições financeiras de custear o ensino superior particular.

Ao desistir de prestar vestibular para a USP, segui buscando empregos em setores de serviços já que desta forma, poderia contribuir para o sustento familiar e obter inserção social por meio de bens de consumo.

Depois de muitas buscas consegui trabalho num setor que absorvia mão de obra juvenil não especializada em larga escala: o telemarketing. Eram longas jornadas de trabalho em troca de parca remuneração.

Contudo, continuei participando de grupos juvenis e estudando a Teologia da Libertação, corrente iniciada por religiosos católicos de princípios socialistas na América Latina, cuja base é a inserção da igreja em transformações sociais.

Baseados nestes princípios, se estruturou coletivamente um cursinho popular comunitário ligado ao Educação para Afrodescendentes e Carentes (EDUCAFRO). Criado por Frei Davi em 1997, o grupo foca na inserção social de jovens negros e carentes por meio da educação de nível superior.

Estudantes universitários das áreas de História e Psicologia militavam na CEB e eram voluntários junto às lideranças locais das juventudes lecionando no cursinho.

Aprendi que estudar em uma universidade pública é um *direito* tanto social quanto político. Descobri, ainda, a existência de outros projetos profissionais concretizados por meio do ensino superior. Vislumbrei exercer uma profissão ligada habilidades e capacidades intelectuais, valores e aptidões. E, sobretudo, descobriu a importância da luta coletiva e da auto-organização em grupo como parte do processo de transformação social.

Neste período, conviver com lideranças locais possibilitaram vivências pouco comuns às adolescentes de minha idade em meu bairro, isto é, acesso à literatura geral e a textos de teóricos, tais como os de Paulo Freire, Carl Rogers, Sigmund Freud, Kurt Lewin, dentre outros.

Durante tal processo, entrevi, por meio dessas pessoas, uma face da Psicologia que desconhecia, com práticas vinculadas às transformações em espaços públicos.

Tal trajetória foi fundamental aproximação com esse campo do saber, auxiliando na germinação de minha sua futura escolha vocacional; a Psicologia.

Morar no Itaim Paulista e ser mulher negra foram fatores que estruturaram sua identidade. Influenciaram, sobretudo, no que diz respeito ao seu *acesso* à universidade pública: ingressei no ensino superior aos 21 anos, somente após a inserção no mercado de trabalho formal e dois anos depois de cursos preparatórios para o vestibular.

Dados divulgados pela Fundação para o Vestibular (FUVEST) sobre o vestibular para o ingresso na USP mostram: em 2014, o perfil dos aprovados era de pessoas autodeclaradas de cor de pele branca ou amarela (87%) que não exerciam nenhum tipo de atividade remunerada (81,7%). Destes, 74,6% frequentaram o ensino médio em cursos diurnos, dos quais 69,2% em instituições privadas de ensino (Juventude, 2014).

Conclui que meu lugar de pertencimento tenha direcionado o modo como ocorreu minha *permanência* na universidade pública no decorrer da graduação, na UNESP do Campus de Assis por não obter a bolsa de auxílio a estudantes carentes, precisei exercer diversas atividades remuneradas para subsistir durante a realização do curso. Realizei a venda de bolos e acessórios artesanais. Prestei serviços domésticos e de garçonne. Lecionei para crianças, servia refeições no Restaurante Universitário em troca do almoço do dia. Tudo isso, frequentando um curso de horário integral.

Tais processos anteriores e posteriores ao ingresso na universidade, e os modos de *acesso* e *permanência* nela influenciaram a identidade profissional em construção.

Na graduação, vivi situações de preconceito, na universidade. Como exemplo, narro uma experiência vivida por mim no 4º ano da graduação, uma colega de cor de pele branca vendia um convite para uma festa de arrecadação financeira para nossas formaturas. Ao recusar, alegando falta de dinheiro, ela disse: “*Você representa a negritude, Monica, tem que levar esse ‘bundão’ para rebolar na festa!*” e deu-me então um tapa nas nádegas, ainda que não houvesse qualquer intimidade entre nós.

As reflexões dessa péssima experiência para mim foram: 1) Senti que o formato do meu corpo foi estereotipado, alocando-me num lugar de “atração” e não como estudante em vias de se formar tal qual ela; 2) Senti como se carregasse comigo todo meu grupo de pertença étnico-racial como uma categoria hegemônica; 3) O tapa refletia um significante social sexualizado (Gonzáles & Rosembalg, 1982), desrespeitando a privacidade no que diz respeito ao meu corpo.

Tal exemplo expressa diversas vivências que me alocavam frequentemente num lugar social de estigmatização e objetificação, me desumanizando, situação que dialoga com o conceito do lugar socialmente atribuído aos corpos das mulheres cuja cor da pele é negra. Acerca desta questão Nogueira (1999) afirma:

Seu corpo, historicamente destituído de sua condição humana, coisificado, alimentava toda sorte de perversidade sexual que tinham seus senhores. Nesta condição [as mulheres negras] eram desejadas, pois satisfaziam o apetite sexual dos senhores e eram por eles repudiadas, pois as viam como criaturas repulsivas e descontroladas sexualmente. (p. 2)

Esta dualidade entre “desejo e repulsa” foi tema ainda do trabalho de Ferreira e Hamlin (2010) sobre como o discurso civilizatório euro-centrado significa as categorias *mulher*, *negro* e *monstro*, ligando-os à natureza e distanciando-os de humanidade.

Para estes autores não há exclusão social, mas, sim uma inclusão destas categorias em lugares sociais e simbólicos estigmatizados, cito: “Na prática, porém, tal discurso precisa excluir incluindo e incluir o outro sob o estigma da exclusão” (p. 812).

A dinâmica relacional entre eu e meus colegas da universidade, como na cena descrita, me alocava frequentemente nesta lógica, um jogo de proximidade e violência.

Por fim, tanto fatores identitários quanto experiências anteriores e durante o período acadêmico da graduação direcionaram escolhas teóricas, metodológicas e a prática como estudante, assim como a atuação futura como psicóloga.

Por isso, realizei projetos financiados pelo Programa de Extensão Universitária (PROEX-UNESP) como o “Teatro na prevenção às situações de Violência entre adolescentes

no contexto escolar - Assis-SP.” (2003) e o “Espaço RAP-*Recreativo Alternativo de Prevenção*” (2004), aliando teatro a elementos da cultura Hip-Hop (Dança, grafite e poesia) em oficinas de prevenção à violência em escolas.

Posteriormente desenvolvi o estágio extracurricular na Fundação de Amparo ao Trabalhador Preso (FUNAP), de 2004 a 2006, acompanhando ações educacionais nas penitenciárias locais e programas de prevenção de DST/AIDS baseados em técnicas de psicodrama. Tais atividades como estagiária e pesquisadora em formação motivaram em minha prática a relevância da educação e dos direitos humanos como futura psicóloga.

Desde então aprofundi estudos sobre a relação entre violências e a sua diminuição em territórios onde grupos auto organizados por populações locais atuavam. Nesse sentido, os resultados alarmantes do relatório sobre violência por armas de fogo no Brasil indicam que o maior número de vítimas de mortes por arma de fogo é entre jovens negros do sexo masculino (Waiselfisz, 2005; 2015). E indica pequena diminuição dos índices de homicídios na região da zona sul da capital de São Paulo.

Surgiu assim o projeto de iniciação científica, financiado pela FAPESP, 2006/50230-9, “Influência do ambiente na formação de processos de Resiliência em jovens moradores do bairro de Jardim Ângela - São Paulo- SP”.

Iniciei então minha participação, mantida até hoje, no Núcleo de Estudos da Violência e Relações de Gênero (NEVIRG) pela CNPQ/UNESP.

Como resultado de toda esta trajetória de formação e fatores identitários que influenciaram buscas teóricas e acadêmicas, direcionaram-se as escolhas metodológicas e, posteriormente, os locais de minha inserção profissional.

Ao concluir a graduação em 2007, meu primeiro local de atuação como psicóloga foi o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) em Itaquera, localizado na periferia da Zona Leste de São Paulo. Segui na saúde pública em outros CAPS AD, em Brasilândia e em Sapopemba, indo então para o CAPS Infantil na Cidade Líder, todos na capital São Paulo. Em 2013, iniciou o trabalho em Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de

Suzano, SP, resultado deste percurso pessoal, teórico, de pesquisas científicas e de estágios acadêmicos.

Ratifica-se que o percurso narrado se desenvolveu no processo pessoal que influenciou minhas escolhas como psicóloga. Esta narrativa é congruente com os recentes estudos acerca da identidade e atuação profissional de psicólogas/os.

Segundo revisão bibliográfica realizada por Mazer & Melo-Silva (2010) sobre o tema da identidade dos profissionais de Psicologia, a maioria dos estudos mostram relação direta entre a trajetória pessoal, a profissão de psicóloga/o e a injunção destas trajetórias na estruturação de carreira entre profissionais da área no Brasil.

Como mostram os resultados de Mazer & Melo-Silva (2010,), tal processo é contínuo. De acordo com as autoras, a identidade profissional:

Pode ser definida como um processo de identificações, em um interjogo entre o autoconceito do indivíduo e de suas representações sociais, isto é, a percepção que ele tem de si mesmo inserido em uma dada sociedade e aquilo que a sociedade lhe atribui como característica. (p. 278/279)

Vale dizer que a identidade da/o profissional constitui-se tendo por base desde elementos de sua experiência pessoal até aspectos do próprio fazer profissional no interjogo de suas facilidades e desafios. Tais aspectos levam profissionais às ações que vão, elas mesmas, gradualmente desenhando seu modo de exercício profissional.

Assim, a identidade de profissionais em Psicologia irá unir: a auto percepção da pessoa sobre si e o que o campo social reforça nela, aliadas às experiências pessoais e valores

subjetivos, lugares de pertença social e cultural. Por tais motivos, o processo é dialético e em constante transformação (Mazer & Melo Silva, 2010).

A descrição do e meu processo de formação identitária e profissional foi inserida aqui por terem constituído minha identidade profissional, culminando na realização desta pesquisa. A atuação profissional permitiu vivenciar experiências que favorecem um olhar ampliado acerca do estudo sobre atuação de psicólogas/os.

Tal trajetória conduziu a esta pesquisa realizada no município de Suzano, SP, onde atuo como funcionária pública estatutária, pois estudar a atuação de psicólogas/os na saúde pública com foco nas relações étnico-raciais é analisar desde práticas de cuidado em saúde mental que exerço até experiências vividas na psicoterapia pessoal.

Escrevo do lugar de quem fala sobre preconceito e discriminação étnico-racial e *também* do lugar de quem escuta sobre o tema no serviço de saúde mental. A título de exemplo da relevância das relações étnico raciais em serviços públicos, descrevo a seguir uma cena ocorrida em 2008.

Em serviços CAPS AD, o atendimento é setorizado por gênero e tipo de substância consumida para ampliar a adesão ao tratamento. Cada grupo conta com um profissional da equipe multidisciplinar como referência, visando efetivar a execução do Projeto Terapêutico Singular (Brasil, 2001; Pitta, 1996; Yasui, 2006). Esse profissional de referência muda periodicamente para dinamizar o atendimento. Uma paciente do serviço CAPS AD abandonou seu tratamento e ao retornar, eu já não era referência do grupo que ela integrava. Ao ser orientada a agendar atendimento com a nova técnica de referência, uma psicóloga, a paciente recusou-se a isso e exigiu ser atendida por mim. Foi proposto à equipe fazer o atendimento para entender as razões da recusa e ajudar a nova referência técnica.

Questionada sobre o motivo da rejeição da nova técnica psicológica, ela respondeu: *“Desculpe, mas ela... Sem chance... Ela é loira, tem os olhos azuis... (ênfase) Ela é BRANCA! (Gritando). Ela jamais vai me entender como você me entende! (sic)”*.

Naquele momento a paciente mostrou algo que não foi visto como fundamental no exercício da clínica psicológica: a paridade étnico-racial entre pacientes e terapeutas.

Será que de fato psicólogas/os de cor de pele branca não compreenderiam o que pacientes de cor de pele negra vivenciam no cotidiano?

Na época, eu fazia psicoterapia com um homem branco, e a situação vivida com a paciente me fez refletir sobre a dificuldade de me sentir ouvida nas narrativas que fazia sobre preconceito étnico-racial e de gênero.

Lembrei então de exemplos dados por colegas da saúde que atuam em outras áreas: *“por acaso o médico precisa ter câncer para tratar um paciente com câncer? A enfermeira precisa ter fumado para ajudar alguém que quer parar de fumar?”*. Não é necessário ter um surto psicótico para acompanhar um paciente em crise. Nem sofrer de autismo para compreender preconceitos vividos por uma criança autista na escola. Sequer sofrer com depressão para ter empatia e oferecer tratamento para o sofrimento de pessoas nessa condição, seria então necessário ser uma/um terapeuta negra/o para compreender preconceitos e discriminações vivenciadas por pacientes de cor de pele negra? Seria necessário que terapeutas sofressem práticas discriminatórias ligadas à cor da sua pele para desenvolver empatia com o sofrimento do paciente que narra tais situações?

Estas foram algumas das perguntas disparadoras na realização desta pesquisa, que permeia a produção do texto. Foi possível compreender os reflexos da racialidade na atuação como psicóloga, e que o pertencimento étnico-racial potencializa a construção do vínculo entre profissional de saúde e usuárias/os.

Tais diálogos entre teoria e prática tendo por base as relações étnico-raciais produziram diversas questões que geminaram o desenvolvimento desta pesquisa.

Dentre as indagações, cito as essenciais: considerando as evidências já amplamente divulgadas sobre os efeitos psicossociais do racismo exercido por meio do preconceito e da discriminação, o racismo configura em modo de exercer violência. Então porque não há um foco na escuta qualificada de psicólogas/os sobre esse tema?

A atuação psicológica com foco nas relações étnico-raciais ocorre? Se sim, de que forma? Há influência da extensa produção da Psicologia científica sobre o tema das relações étnico-raciais na atuação desses profissionais?

As práticas ‘psi’ apenas reproduzem o *status quo* de privilégios entre aqueles que já os possuem *ou contribuem para a criação de possibilidades para emergência/construção de novos lugares políticos e sociais?* (grifo da autora)

Introdução e Justificativa

A Psicologia foi reconhecida como profissão em 1962, num contexto sócio histórico e político de industrialização e de difusão de novas tecnologias de produção no país em pleno regime de ditadura militar. Em sua gênese coadunou com a afirmação social e cultural hegemônica de valorização da normatização/adaptação de pessoas aos padrões de comportamento e sentimentos socialmente esperados (Dimenstein, 2000).

Desta forma, as principais práticas da Psicologia estruturam-se, no Brasil, norteadas pelas seguintes demandas: 1) Organizacionais, tais como seleção e preparação de pessoas para o trabalho; 2) Educacionais, intervindo na resolução de dificuldades de aprendizagem e; 3) De normatização, por meio da aplicação de testes psicológicos e terapias clínicas para resolução de problemas de ajustamento (Dimenstein, 2001; Santos, 2014).

A lei promulgada para regulamentar o exercício da profissão materializou este discurso, pois indica como funções privativas de psicólogos/os: o diagnóstico psicológico; a orientação e seleção profissional; a orientação psicopedagógica; e a solução de problemas de ajustamento (Brasil, 1962, Lei 4119).

Essas definições evidenciam um modelo de atuação profissional voltado para a conformação das pessoas ao *status quo* social vigente, bem como paradigmas metodológicos alinhados aos modelos positivistas de produção científica (Yasui, 2006).

Mas, assim como a história humana e as sociedades são vivas e dinâmicas em suas transformações, também na Psicologia mudanças significativas viabilizaram alterações nas diversas modalidades profissionais em seu bojo, produzindo mudanças desde a efetivação deste marco fundador e regulatório do exercício profissional no país.

Especificamente no Brasil, dentre mudanças sociais, econômicas, culturais e políticas que contribuíram para isso.

Eis alguns fatores relevantes que influenciaram as produções de práticas e pesquisas científicas na área da Psicologia. Os modos de se fazer a ciência e a prática em Psicologia no Brasil foram diretamente influenciados pela reestruturação político-social-ideológica do país a partir da década de 1970, por mudanças oriundas da crise econômica brasileira da década de 1980 e também pelo processo de redemocratização política (Pitta, 1996; Yasui, 2006). Sobretudo porque, com a promulgação da Constituinte em 1988, mudanças significativas sobre o conceito de “cidadania” tiveram início.

A busca dos cidadãos para equalizar o acesso aos direitos fundamentais desdobrou-se na reorientação de políticas públicas em diversos setores sociais, ampliando ofertas de trabalho para psicólogas/os no setor público em diferentes seguimentos (Dimenstein, 1998; Yasui, 2006).

Evidente que é do conhecimento desta autora a não linearidade dos processos históricos, doravante se evita traçar uma relação de causa e efeito entre os fatos narrados, mas, sim, indicar as relações entre tais eventos vividos pela sociedade brasileira naqueles anos com as alterações significativas no campo da cidadania.

Posto isso, é necessário ressaltar que os fatos históricos não ocorreram de forma linear e muito menos livre de conflitos sociais e políticos, mas essas mudanças trouxeram em seu âmago novos modos de inserção para trabalhadoras/es da Psicologia, sobretudo no campo da saúde pública.

Anteriormente vinculadas à previdência social nas décadas de 1960/70, as políticas de saúde passaram a estruturar-se como política pública universal no período pós-constituinte, que foi denominado como SUS (Sistema Único de Saúde).

Dada tal modificação é vital um breve histórico sobre a estruturação desta política pública de saúde no Brasil. E é apresentado com despretensão em ser completa ou conclusivo, pois analisá-la não é o objetivo central do presente trabalho.

A finalidade deste histórico é familiarizar o leitor com o vocabulário da área da saúde pública brasileira presente na legislação em saúde. E, ainda, elucidar como tal processo trouxe novos modos de produções científicas e práticas à Psicologia no Brasil.

Durante o referido processo de redemocratização do país a participação social e o engajamento de diversos movimentos de trabalhadores do campo e da cidade, mulheres, pessoas de cor de pele negra, sem teto, sem-terra, intelectuais, artistas, indígenas, religiosos ligados às CEB's e ainda diversos outros movimentos sociais, tiveram papel fundamental na efetivação das mudanças políticas no país (Scarcelli, 1999; Yasui, 2006).

Além de confrontos com militares pelo voto direto, ocorria a luta pela estruturação da democracia de um Estado que tivesse o papel de promover e garantir direitos humanos e sociais fundamentais, considerando que a violação de tais direitos foi uma das bases do regime político ditatorial brasileiro (González & Rosembalg, 1982).

Com a instituição da democracia por meio da aguerrida participação do povo brasileiro, foi posteriormente promulgada a Constituição da República Democrática, e assim, uma maioria de pessoas que era até então excluída das políticas de cuidado, pois estas atendiam somente à classe trabalhadora com registro em carteira, passa a receber assistência em diversos setores sociais (Scarcelli, 1999).

Foi gradativa a alteração do conceito de “saúde”. Um exemplo disto é a nomenclatura dada na Constituição: “dever” do Estado e “direito” do cidadão, esta definição fortaleceu uma gradativa mudança nos modos de cuidado da população brasileira, constituindo o acesso aos serviços públicos em saúde como um dos modos de efetivar plenamente o exercício da cidadania (Costa-Rosa et al., 2003).

Alinhados ao cenário político de transformações e luta por direitos sociais, trabalhadoras/es de saúde iniciam revisões teóricas e práticas de formas de cuidado em saúde mental. Destaca-se ainda a influência exercida por mudanças paradigmáticas nas práticas em saúde mental no âmbito internacional nos meados da década de 1970 e durante a década de 1980.(Amarante, 2007).

A Psicologia em suas diversas vertentes teórico-metodológicas constitui um campo fértil de produções que podem tanto compactuar quanto romper com tradições do *status quo* (Macedo & Dimenstein, 2013; Pitta, 1996). Neste contexto histórico, esta área de saber delineou uma ruptura com modelos instituídos por padrões biomédicos e hospitalocêntricos, alterando paradigmaticamente a ciência e as práticas. Por exemplo, o conceito de “sofrimento psíquico” era concebido como um processo a-histórico e transcultural. Passou, então, a ser entendido como uma situação transitória, influenciada direta e indiretamente por transformações sociais (Spink, 2010).

Paulatinamente transformaram-se os modos de cuidado em saúde mental. O modelo vigente foi pautado por práticas originárias da Psiquiatria do século XVIII e estruturou o cuidado no âmbito institucional asilar hospitalar. A principal terapêutica era a medicalização e a consequente destituição do papel de cidadão da pessoa em sofrimento. Este modelo ficou mundialmente conhecido após ser preconizado por médicos como Philippe Pinel. Gradualmente, ideias como as de Franco Basaglia e a denominada “Antipsiquiatria” ganharam espaço, com práticas diferenciadas exercidas principalmente na Itália e na França, tais como a junção de modos de cuidados institucional tradicionais com exercícios de arte, cultura e lazer para os internados, os atendimentos aos familiares e a participação das pessoas internadas na vida da comunidade (Pitta, 1996).

Estas novas práticas gradativamente estruturaram o modelo brasileiro de cuidado em saúde mental, pautado principalmente no resgate de direitos e acesso à cidadania das pessoas

vivendo em sofrimento psíquico (Brasil, 2001; Costa-Rosa et al., 2003). Tal transição refletia mudanças metodológicas na assistência em saúde mental ocorridas em outros países do mundo em momentos nos quais havia quadro de *violação de direitos humanos* das pessoas assistidas (Amarante, 2007, grifo da autora). Transformações que se efetivaram devido aos diversos movimentos sociais de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde (Costa-Rosa et al., 2003; Yasui, 2006).

E neste movimento dialético entre produzir e ser produzida, adaptar-se ou criar novas formas de pensar e fazer, a Psicologia vivenciou diversos momentos de reconfiguração entre o que era instituído e o instituinte, entre a tradição e a modernidade, desde o campo epistemológico até o da práxis (Dimenstein, 2001).

Serão destacadas a seguir de forma sintética algumas revisões epistemológicas na Psicologia estabelecidas simultaneamente com os processos anteriormente narrados como base para compreender sua inserção no SUS.

A vertente que compreendia o sofrimento psíquico como ‘interindividual’ constitui a análise do processo de sofrimento psíquico como resultante exclusiva das vivências individuais, tal concepção foi ressignificada na ideia de influência social nas subjetividades. Daí, o conceito de “multicausalidade”, uma vez que as razões do sofrimento psíquico vão além da mera “experiência subjetiva” (Spink, 2010).

A conceituação ainda em vigor no campo da saúde mental é denominada por alguns autores como “Psicossocial”, uma forma de análise em que o sofrimento psíquico é visto como “processo psicossocial multifacetado”. Ou seja, a concepção de influência direta da sociedade no sujeito amplia-se para uma relação dialética entre este e os processos políticos, econômicos e sociais (Yasui, 2006). Assim, diversos referenciais teóricos da Psicologia passam a incluir a relação de interdependência entre a análise de conjuntura da realidade concreta e material do

país com as concepções da própria pessoa que está em sofrimento sobre si, para melhor compreensão do sofrimento psíquico (Mazer & Melo-Silva, 2010; Yasui, 2006).

Entende-se que nesse vigoroso e conflituoso processo de mudanças, a atuação psicológica no Brasil auxiliou a implicação do próprio sujeito em sofrimento em seu processo de cuidado como protagonista social e cidadão (Saraceno, 2011).

Embasada nesse breve olhar para a Psicologia como instituição no Brasil, emerge outra relevante questão: a distância em termos ideológicos e históricos entre o já citado documento que regulamenta a profissão em 1962 e a posterior construção do Conselho Federal de Psicologia (CFP) - Órgão Legislador e Regulador da Formação e exercício da profissão no país.

Este órgão traz questionamentos internos à Psicologia, propondo mudanças apresentadas por profissionais insatisfeitos, forçando revisões epistemológicas e paradigmáticas em diversos setores de atuação.

Por meio do CREPOP (Centro de Referência em Políticas Públicas), criado em meados dos anos 2000, é dada visibilidade à relevante contribuição da Psicologia na ciência e prática sobre a influência das condições sociais na subjetividades das pessoas no Brasil (Castelar et al., 2013).

Tais processos evidenciam as transformações nos modelos de fazer ciência e nas práticas diversas de Psicologia na saúde, e ainda mudanças ocorridas nas normas preconizadas pela autarquia da organização. É possível citar como exemplo a relevância dada aos fatores sociais e econômicos e a elaboração de códigos e normativas que norteiam e sustentam de forma técnica o exercício da profissão (Castelar et al., 2013).

Destaca-se que uma das possíveis causas para tal mudança advém do já referido entendimento acerca do quanto as condições culturais, políticas, econômicas e sociais reverberam diretamente nas subjetividades. Como consequência, essas condições estruturam as facilidades e dificuldades da vida que se ligam à saúde mental. Assim, aos poucos, o CFP

começa a contribuir na incorporação da análise de conjuntura nas práticas psicológicas, contribuindo para efetivar outros modos de cuidado (Castelar et al., 2013).

Olhar esta dinâmica da Psicologia mostra a relevância na atuação de seus profissionais produzirem ações alinhadas ao exercício pleno da cidadania, engajando-se na promoção e garantia de direitos fundamentais (Dimenstein, 2001; Gesser, 2013).

Outro fator relevante nesse campo que amplia a inserção da Psicologia na efetivação da política de assistência do SUS no Brasil é a promulgação de marcos regulatórios pós-Constituinte de 1988 que efetivam oficialmente o redirecionamento do modelo de assistência à saúde mental (Yasui, 2006). Marcos regulatórios como a Lei 10.216 que institui um novo modelo de atenção à saúde mental no Brasil e dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas atendidas e a Portaria 336 de 2002, que regulamenta os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), como parte relevante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em substituição às práticas manicomiais e asilares (Brasil, 2001; Brasil, 2002; Yasui, 2006).

No esteio da nova política pública e com o suporte dos marcos regulatórios, foram implantados dispositivos para formar uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, estruturando a assistência “ambulatorial e integrada ao território” (Brasil, 2002:01).

Pondera-se aqui a complexidade e amplitude dos processos de construção que viabilizam o aumento das ofertas de trabalho para profissionais de Psicologia no campo da saúde mental nos serviços públicos.

Anteriormente, esses atuavam inseridos no setor saúde majoritariamente em consultórios particulares, onde prestavam atendimento individual a uma clientela oriunda das classes média e média alta utilizando técnicas tradicionais e estrangeiras.

No novo contexto se deparam com um cenário de atuação profissional que apresenta realidades distintas àquelas que estavam habituados a encontrar na clínica particular. Os

profissionais de Psicologia reconhecem as novas demandas das situações específicas do atendimento em saúde mental nos serviços públicos (Dimenstein, 2000).

Dentre elas destacam-se exemplos como a ausência de consultórios individuais para montagem do ‘setting tradicional’, a incompreensão dos colegas e dos próprios usuários sobre o papel de psicólogos/os nos serviços de saúde e a indeterminação de seu campo de atuação (Macedo & Dimenstein, 2013).

Com o surgimento de novos postos de trabalho nos equipamentos de saúde mental pública, como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades Básicas de Saúde (UBS); os Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Ambulatórios de Especialidades (AE), dentre outros, se estimulou a construção de práticas psicológicas renovadas e de outros modos de cuidado e assistência em saúde mental. (Spink, 2010).

Assim as tradicionais práticas “psi” utilizadas no campo na saúde mental privada, como o psicodiagnóstico, as terapias individuais e em grupos e a aplicação de testes psicológicos, alteram-se, por consequência, ante as mudanças paradigmáticas na atenção à saúde mental no SUS.

Com base no conceito de ‘equipe multidisciplinar’ proposto pelos marcos regulatórios, as práticas anteriormente citadas foram cedendo espaço a outras formas de cuidado, pautadas em concepções de direito à cidade e saúde como exercício pleno de cidadania (Yasui, 2006). Ganham espaço práticas como oficinas de produção artesanal, atividades culturais, assembleias de trabalhadores e usuários para discussão sobre a organização dos serviços, vivências como saraus em espaços públicos para inserção social de pacientes, atividades de lazer, recreação, práticas esportivas, organização de festas coletivas de aniversário, visitas a museus, teatros e cinemas. Essas e diversas outras atividades de estímulo às ações cotidianas de potencialização da vida passam a integrar as práticas no campo de cuidado em saúde mental, dentro do que foi

posteriormente denominado como '*clínica ampliada*', que o Ministério da Saúde (Brasil, 2007) define como:

O trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde (eficácia terapêutica) e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adstrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.

Desta forma, todo esse “caldeirão” político, ideológico, econômico e epistemológico germina novas práticas que culminam em um novo modelo, compreendendo o cuidado em saúde como afirmação de direitos humanos, sociais e políticos (Amarante, 2007; Pitta, 1996).

Portanto, seguindo a abordagem proposta nesse trabalho, evidencia-se que a implantação do SUS no Brasil pode ser considerada uma grande vitória de movimentos sociais e diversos outros atores da sociedade, considerando a estruturação desta política pública na concepção da saúde como um *Direito*, viabilizando a ampliação do acesso aos serviços de saúde por toda a população brasileira, pelas proposições de integralidade, equidade e ainda pelo estímulo ao controle social e participação popular na gestão e organização dos processos de trabalho (Costa-Rosa et al., 2003).

E 25 anos após a implantação do SUS ainda há lutas para sua efetivação plena nas *práticas cotidianas* dos profissionais que atuam como *operadores* desta política pública. Muitos dos princípios explícitos no Marco Regulatório, a famosa “Lei 8080 de 1990”, ainda falham em

meio as ações que passam desde questões ligadas à gestão até os modos como os profissionais exercem suas práticas de cuidado (Yasui, 2006).

Tendo em vista que o objetivo deste trabalho não é o de buscar aprofundamento em tais questões, nem de reduzir acriticamente as dimensões dessas questões ao depositar responsabilidades exclusivamente nos trabalhadores da saúde, transformando-os em ‘bodes expiatórios’ das mazelas do SUS. Cumpre apenas assinalar que o SUS tal como é ainda está longe de ser o SUS desejado e que tantas/os trabalhadoras/es batalharam para ver transformado em lei.

Por outro lado, não é possível ignorar que a *implantação* da política pouco garante sua *implementação* integral e de fidedigna aos seus princípios fundamentais. Tampouco garante que o *acesso* seja garantia efetiva da *qualidade* dos serviços ofertados à população (Bastos & Garcia, 2015).

Breve histórico sobre a configuração das relações étnico-raciais no Brasil

Mesmo que o resultado de estudos anteriores mostre um campo de pesquisa sobre relações étnico-raciais na Psicologia científicas estruturado no Brasil (Santos, Schucman e Martins, 2012) este trabalho propõe a instigante tarefa de compreender algumas contingências que podem elucidar a ausência do tema na atuação profissional no campo da saúde mental nos serviços públicos de saúde.

Tal informação se localiza no levantamento bibliográfico realizado pela autora, incluindo a consulta à um trabalho de revisão de literatura sobre atuação de psicólogos na saúde pública (Medeiros, 2015). Nas produções encontradas depreende-se a informação do quanto ainda é incipiente a reflexão sobre esse tema no cotidiano da Psicologia exercida nos serviços

de saúde pública no Brasil e especificamente no campo da saúde mental (Mandarino & Gomberg, 2010; Kalckmann et al., 2007; Nunes, 2006; Oliveira, 2013).

Com base neste raciocínio, torna-se fundamental contextualizar de forma breve ao leitor sobre este aspecto da formação nacional do Brasil. Isto porque a configuração das relações étnico-raciais brasileiras constitui um dos fatores históricos mais significativos do desenvolvimento político econômico e social do país.

No Brasil contemporâneo, esta configuração influencia até nossos dias as relações interpessoais, estruturando o sofisticado sistema de relações de exclusões sociais no qual *diferenças* transformaram-se em *desigualdades* (Santos, 2014).

A estrutura relacional é marcada pelo povoamento do território brasileiro (IBGE, 2007). As condições de chegada de cada povo, parafraseando Florestan Fernandes (1965), deram diferentes pontos de partida para que cada grupo se estabelecesse no território (Fernandes, 1965).

Assim, determinados povos passaram de geração em geração a posse de terras, de bens materiais, culturais e simbólicos que permitiram uma fixação diferenciada no solo brasileiro (Fernandes, 1965; Schucman, 2014).

Além disso, muitos imigrantes de diversas nacionalidades europeias, árabes e até mesmo orientais, após sua chegada no Brasil, permaneciam junto aos grupos sociais e familiares, tendo a oportunidade de manter suas tradições, costumes, língua nativa, religiões de origem e laços afetivos e de suporte social (Costa, 2012; IBGE, 2007). Mesmo refugiados religiosos ou políticos, como árabes e judeus, ocupavam posições sociais de respeitabilidade, como no caso dos mascates árabes cujos modos de comercialização influenciam até hoje o comércio brasileiro popular (IBGE, 2000).

.....

As heranças deste período vão muito além de diferenças econômicas de classes. Com base na literatura consultada entende-se que uma das principais consequências do povoamento do território brasileiro é a infra humanização das populações nativas brasileiras e de cor de pele negra, crucial para o desenvolvimento político, econômico e social da colônia (González, 1988; Santos, G.A., 2015).

A ideologia de superioridade da cultura europeia foi então afirmada, disseminando padrões comportamentais, religiosos e linguísticos. E assim, as relações interpessoais foram baseadas em papéis sociais reificados, presentes até os dias de hoje (González & Rosembalg, 1982; Curiel, 2007; Mandarino, 2010; Santos, 2015).

A complexa psicodinâmica das relações étnico-raciais no Brasil é em parte corroborada pelo desconhecimento dessa história de povoamento territorial, e, ainda, por permanência de modelos relacionais coloniais que influenciam as desigualdades existentes entre povos de pertença étnico-racial distintas (Lopes, 2004).

Raça-Etnia como Determinante Social em Saúde (DSS)

‘Determinantes sociais em saúde’ (DSS) é um conceito amplo que tem recebido definições distintas. Uma das mais difundidas é a de que “estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego” (Pense+SUS, 2016, último acesso em recuperado em de <http://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>).

A autora optou pela nomenclatura difundida no meio científico contemporâneo, incluindo o termo ‘psicossocial’ e se apoia na definição sintética apresentada por Buss &

Pellegrini Filho (2007) de “características sociais nas quais a vida transcorre” (p.77). Compreende-se a pertença étnico-racial como fator relevante nos modos desiguais de nascer, crescer e se desenvolver da população brasileira (Lopes, 2004).

De acordo com o último censo populacional brasileiro, a população negra (somatório das pessoas autodeclaradas de cor de pele preta e parda) aumentou, somando 50,74% da população. Este segmento supera a população de cor de pele branca (47,73%), cor de pele amarela (1,09%) e indígenas (0,44%). A população indígena é composta por povos de 305 etnias distintas que falam 274 línguas (IBGE, 2010). Porém, este segmento populacional integra categorias com menor acesso aos serviços de infraestrutura mínima, como saneamento básico: 66,2% dos domicílios chefiados por pessoas de cor de pele negra não tinham acesso a saneamento, enquanto nos domicílios chefiados por pessoas de cor de pele branca esse percentual era menor, 43,8% (IPEA, 2011).

O comparativo entre os segmentos populacionais neste estudo do IPEA refere-se às populações de cor de pele negra e branca. Em termos de acesso à escolaridade, a taxa de anos de estudo também é menor entre pessoas negras. A mesma pesquisa indica que esta população tem menor taxa de escolaridade (média de 6,8 anos para homens negros em comparação a 8,8 anos para homens brancos e 7,8 para mulheres negras em comparação à média de 9,7 para mulheres brancas) (IPEA, 2011).

Em relação ao segmento populacional indígena, o Censo Demográfico 2010 investigou as taxas de alfabetização – a capacidade de ler e escrever em língua portuguesa ou em língua indígena, já que existem no país escolas específicas para educação indígena, e nestes locais, a população que vive em terras indígenas na faixa etária entre 10 e 14 anos tem a taxa de alfabetização de 78%. No entanto, dentre as pessoas com 15 anos ou mais e que vivem em terras indígenas esta taxa é de 67,7% (IBGE, 2010). Em todos os grupos etários observados as taxas são mais baixas para a população indígena do que a média nacional, que também inclui os

indígenas (IBGE, 2010). Em relação à população amarela, a taxa de matrículas em escolas entre crianças de 10 a 14 anos é de 0,9%, estatisticamente alta considerando que este segmento representa 1, 10% da população brasileira (IBGE, 2010).

No que tange a conclusão do ensino superior, as disparidades podem ser indicadas por meio desta tabela elaborada com base no último censo do IBGE (2010):

Tabela 1-Pessoas com Ensino Superior completo por pertença étnico racial	
Brancas/os	9.871.362
Negras/os(pop. Autodeclarada Negra+Parda)	3.310.039
Amarelas/os	265.372
Indígenas	16.918
<i>Total</i>	13.463.757

1

Sendo maioria populacional, a população negra brasileira não representa estatisticamente metade do seguimento das pessoas que concluem o ensino superior (IBGE, 2010). Destaca-se também a ínfima participação da população indígena neste segmento de escolaridade.

Constituindo atualmente uma minoria populacional, processo que os demógrafos denominam *despovoamento*, a população indígena enfrenta dificuldades para a formação acadêmica, que dificulta a inserção de suas culturas na sociedade (IBGE, 2007), alvo de preocupação dos estudiosos devido ao extermínio de diversas nações indígenas, cujas consequências incluem o desaparecimento de patrimônios imateriais como o linguístico, etnográfico, artesanal e histórico.

No que diz respeito à inserção no mercado de trabalho, a análise publicada pela Censo e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Avançadas (IPEA) apresenta dados comparativos somente entre as populações de cor de pele negra e cor de pele branca (IBGE, 2012; IPEA, 2011). Os dados indicam que homens de cor de pele branca integram 5,3%, já 12,5% da população sem emprego são mulheres negras (IPEA, 2011). Já dentre beneficiários dos programas de

---

¹ Tabela elaborada pela autora com base nos dados do último Censo Brasileiro (2010).

transferência de renda, 70% é integrante da população denominada negra, enquanto apenas 30% da população branca (IPEA, 2011).

Das mulheres de cor de pele negra que exercem trabalho doméstico remunerado, somente 24,6% tem carteira de trabalho assinada, garantindo assim acesso à direitos trabalhistas. Enquanto 29,3% das mulheres de cor de pele branca tem registro no ano da pesquisa. A renda de pessoas de cor de pele negra, com a mesma média de escolaridade, chega a ser de R\$947,00 reais de diferença a menos para mulheres de cor de pele negra quando comparadas aos homens de cor de pele branca (IPEA, 2011).

Tais indicadores referentes a menos acesso ao saneamento básico, menor taxas de escolaridade e inserção com menor acesso a direitos trabalhistas no mercado de trabalho refletem nos indicadores de saúde: os dados do Censo mostram condições desfavoráveis para pessoas de cor de pele negra . Ao segmentar os padrões de morbimortalidade por cor-raça, se apresenta aos profissionais deste campo realidades distintas entre as populações de cor de pele branca e os demais segmentos populacionais no Brasil (Paixão, Rossetto, Montovanele & Carvano, 2010).

Os estudos na área de Epidemiologia, a saber, a área do conhecimento em saúde que identifica padrões de adoecimento em uma dada população para subsidiar ações de intervenção técnica (Buss & Pellegrini Filho, 2007), tem indicado que a cor da pele de uma pessoa tem relação com sua expectativa de vida e padrão de mortalidade (Batista, Escuder, & Pereira, 2004). Os mesmos estudos indicam ainda que a cor da pele influencia no modo como a pessoa vai receber o atendimento nos serviços de saúde (Oliveira, 2013), se será tocada ou não durante uma consulta médica (Santos, 2012) e até mesmo pode indicar se o serviço de saúde é próximo ou longe de sua residência (Santana, Rosa e Hoga, 2014).

Efetuando a somatória dos dados e analisando as complexidades situacionais acima descritas é possível compreender que mesmo tendo a garantia do acesso aos serviços há uma evidente dificuldade das populações de cor de pele negra em obter qualidade, resolutividade e efetividade nos serviços públicos. Isto inviabiliza a plena garantia de exercício dos direitos sociais, educacionais e de saúde.

Assim, evidencia-se que a categoria raça-etnia constitui um importante *determinante social em saúde*.

Por meio de reivindicações e lutas de diversos movimentos negros pelo país, foram criadas políticas públicas específicas voltadas ao atendimento das demandas de saúde da população negra (Brasil, 2007).

Citando estudo no qual somos convidados a refletir “para além da barreira dos números”, Lopes (2005a) relembra que:

Ao reconhecer a saúde como o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciados pelo contexto político, sócio econômico, cultural e ambiental, a comunidade acadêmica reitera a necessidade e importância de estudos sobre o impacto das desigualdades sociais nas condições de saúde, seja do ponto de vista individual ou coletivo. (p.1595)

A criação da Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSPN) (Brasil, 2007) pode ser entendida como uma resposta coletiva de reconhecimento pelo estado brasileiro à necessidade de superar desigualdades geradas por questões históricas e políticas em relação às pessoas cuja cor de pele negra no Brasil.

Contudo, mesmo ante o cenário descrito pelos dados apresentados no que tange o acesso aos direitos e à saúde no Brasil e mesmo ante a referida política de diretrizes específicas para atendimento visando dirimir as desigualdades vividas pelas pessoas de cor de pele negra, permanecem ausências de *práticas* de cuidado em saúde com foco na superação do preconceito e da discriminação étnico-racial entre psicólogas/os (Sacco, Couto, & Koller, 2016).

E como a Psicologia brasileira como ciência e profissão contribui para que tal cenário se modifique? Para a compreensão e apresentação das bases desta realização da presente pesquisa será exposta uma necessária, ainda que breve, caracterização sobre como a Psicologia enquanto campo de conhecimento se debruça sobre o tema no Brasil.

Psicologia como ciência e Profissão na compreensão das relações étnico raciais no Brasil

Com base na leitura dos achados de estudos da Psicologia no tema das relações étnico raciais (Bento, 2002; Costa, 2012; Oliveira Lima, Machado, Ávila, Lima, & Vala, 2006; Lima & Vala, 2004; Santos, M. O. P. 2012; Prestes, 2013; Schucman, 2014), compreende-se que analisar a estruturação das relações étnico-raciais no país constitui em peça chave, devido às possíveis relações históricas entre as hierarquias étnico-raciais historicamente estabelecidas (Schucman, 2014) e condições de vida das populações de diferentes segmentos citadas anteriormente.

As estruturas relacionais produzidas pela herança histórica descrita influenciaram na construção da cultura, economia e políticas brasileiras, além de interferir na psicodinâmica² das relações interpessoais no país (Santos & Schucman, 2016). Sobretudo, o tema emerge como fundamental para a Psicologia e sua interface com a saúde mental devido à relação citada entre os determinantes sociais em saúde e a configuração das relações étnico-raciais brasileiras.

Os dados anteriormente apresentados indicam que parcela significativa da população desfavorecida no acesso a direitos básicos é composta pelos segmentos étnico-racial de pessoas de cor de pele negra e por indígenas. Ante o exposto, é possível compreender as relações entre condições atuais de vida e o modo como ocorreram as relações de escravização destes povos durante o processo de colonização.

A dificuldade de acesso aos direitos gera condições inadequadas de vida e, consequentemente, afetam a condição de saúde geral e saúde mental da população (Lopes, 2005b; Paixão et al., 2010; Rosa, 2014; Sacramento & Nascimento, 2011).

A Psicologia Científica constitui campo que tradicionalmente analisa o tema relações étnico-raciais (Santos, Schucman, Martins, 2012).

Entre 1970 e 2012, no Instituto de Psicologia da USP foram publicadas 15 teses e dissertações sobre o tema. Isto representa 0,5% do total produzido na universidade. A maioria das produções versa sobre o sofrimento psíquico oriundo das heranças emocionais geradas pela violência do período da escravização na subjetividade de pessoas de cor de pele negra (Schucman, Nunes, & Costa, 2015).

---

² Psicodinâmica refere-se aqui aos processos psíquicos que organizam os sujeitos e, consequentemente, contribuem na formação das relações entre as pessoas. (N.A.)

No Brasil, a história da Psicologia e os estudos do tema ‘relações étnico-raciais’ se confundem e se auto influenciam. Como elucidam Santos, Schucman e Martins (2012): “No século XIX, o tema das relações étnico-raciais adquire importância capital para o Brasil, que começava a se tornar *independente* do jugo português. Quem são os cidadãos desse novo país?” (Santos A.O. et al., 2012).

Diversos saberes científicos são convidados a contribuir na compreensão da formação do povo brasileiro no contexto pós- colonialista. Dentre eles, a Psicologia que na época foi associada à Medicina e à Educação.

Assim, os saberes ligados às práticas científicas positivistas ganham força. Emerge no final do século XIX e no início do XX um modelo de análise fomentado pelo médico baiano Nina Rodrigues, precursor na investigação de características psicológicas de escravos e ex-escravos (Santos A.O. et al;2012).

A escola de Nina Rodrigues configura em momento fundamental do pensamento científico da Psicologia brasileira na análise das relações étnico-raciais por fornecer “os elementos necessários para a configuração do negro como sujeito psicológico e *objeto da ciência*” (Santos et al, 2012). Porém, tais estudos estruturam-se em análises psicofísicas de características das pessoas de cor de pele negra, com base nas teorias da Medicina Legal vinculadas ao Higienismo, alocando assim esses sujeitos em posição de massa “perigosa e por isso passível de controle social”, (Santos. et al., 2012, p. 168).

Posteriormente, a estruturação dos cursos de Psicologia no Brasil durante o contexto sócio histórico de transformações políticas e sociais da modernização do país cria uma necessidade de integração das populações de cor de pele negra e indígenas sob o paradigma da construção de uma identidade nacional unívoca e baseada na superação de diferenças (Cunha & Santos, 2014).

Para cientistas de outros países, a incorporação da população descendente de povos escravizados era bem-sucedida no Brasil devido à inexistência de regimes políticos oficiais segregacionistas, como os existentes nos Estados Unidos da América e na África do Sul (Santos et al, 2012).

Por meio do patrocínio da UNESCO, são realizadas pesquisas no campo da Psicologia Social brasileira, em busca de uma análise da chamada ‘democracia racial’ brasileira, em outras palavras, uma experiência singular e bem-sucedida de acomodação das diferenças étnico-raciais em um país. Essas pesquisas envolveram pesquisadores dos estados de Pernambuco, Bahia, Amazonas, Rio de Janeiro e São Paulo. De acordo com Santos et al (2012) “os resultados dos

trabalhos realizados em São Paulo por Virginia Leone Bicudo e Aniela Ginsberg são publicados em 1955, no livro *Relações Raciais entre Negros e Brancos em São Paulo*, de Roger Bastide e Florestan Fernandes” (p. :170).

Estudos pioneiros no campo da intercultura e raça-etnia são desenvolvidos por Aniela Ginsberg, Virgínia Leone Bicudo e Dante Moreira Leite (Cunha & Santos, 2014). A pesquisa “Atitudes dos Alunos dos Grupos Escolares em Relação com a Cor dos seus Alunos”, de Virgínia Leone Bicudo (1945), analisa atitudes sociais de contato ou rejeição entre estudantes de acordo com a cor da pele e o papel da família na formação de preferências e preconceitos (Cunha & Santos, 2014), articula “análise sociológica (estrutura de classes, mobilidade social, preconceitos) com Psicologia Social (atitudes sociais)” (Cunha & Santos, 2014:318).

Já o trabalho de Dante Moreira Leite analisa a formação do denominado por ele como “Caráter Nacional Brasileiro”, marcado por preconceitos e estereótipos. O autor verifica a impossibilidade de definir características típicas do povo brasileiro, pois segundo ele a realidade é construída de modo a legitimar a referida dominação política e social de grupos étnico-raciais estigmatizados, que são com frequência integrantes de classes populares descendentes de pessoas escravizadas (Leite, 1969).

E Aniela Meyer Ginsberg dedica-se longamente a estudar o tema das diferenças sob o prisma da Psicologia. Publica, entre 1947 a 1978, diversos trabalhos sobre os temas intercultura e raça-etnia no Brasil (Cunha & Santos, 2014).

Estes autores desenvolveram pesquisas fundamentais sobre o tema das relações étnico-raciais no Brasil. De acordo com Santos, Schucman e Martins (2012) a investigação do assunto passa por três momentos específicos:

(...) no final do século XIX e no início do século XX, caracterizado pela consolidação da Escola Nina Rodrigues, que investiga características psicológicas dos escravos e ex-escravos e fornece elementos para a configuração do negro como sujeito psicológico; o período de 1930 até 1950 é caracterizado pelo debate da construção sociocultural das diferenças e da desconstrução do determinismo biológico das raças, e o período de 1990 em diante, pelos estudos sobre *branqueamento* e *branquitude*.

Junto a Jurandir Freire Costa, Iray Carone e Neusa Santos Souza destaca-se Maria Aparecida Bento (2002), uma das profissionais da Psicologia que se mostra notória na análise das relações étnico raciais no país, por meio de estudos sobre branqueamento e branquitude. A autora evidencia a relevância dos papéis sociais estigmatizados nas relações interpessoais, originários em relações étnico-raciais marcadas pela hierarquia, dominação e subjugação das pessoas escravizadas. Bento (2002) analisa ainda os denominados “pactos de silêncio” sobre o tema:

Na verdade, o legado da escravidão para o branco é um assunto que o país não quer discutir, pois os brancos saíram da escravidão com uma herança simbólica e concreta extremamente positiva. Há benefícios concretos e simbólicos em evitar caracterizar o lugar ocupado pelo branco na história do Brasil. (p. 27)

Já no século XXI foi destacada a relevância de estudos sobre branquitude na área da sociologia, exemplificado pelo trabalho de Lourenço Cardoso, brasileiro negro que toma pessoas cor de pele branca como objetos de análise (Cardoso, 2010) e a tese de Psicologia Social de Lia Vainer Schucman, cujo estudo elucidou a existência de hierarquias internas de status social de acordo com a cor de pele e pertencimento sócio econômico entre pessoas de cor de pele branca (Schucman, 2012).

Estudos de revisão sobre produções científicas da Psicologia sobre o tema preconceito étnico-racial evidenciam que as publicações nacionais utilizam a Psicologia Social como principal base teórica (Sacco, Couto e Koller, 2016). Além disso, indicam que a maioria dos estudos empíricos versa sobre o tema das cotas raciais no acesso ao ensino superior. Enquanto produções teóricas, tais estudos evidenciam aspectos das origens e formas de expressão do preconceito racial, bem como as “consequências do preconceito para as vítimas de racismo, e as influências de teorias raciais no desenvolvimento da Psicologia” (Sacco, Couto e Koller, 2016, p. 233).

Em termos gerais, depreende-se da leitura de estudos no campo da Psicologia Social a modificação na expressão do preconceito étnico-racial nas relações interpessoais e intergrupais (Camino, 2000; Cabecinhas, 2002; Lima & Vala, 2004; Cabecinhas, 2010; Tavares, Oliveira e Lages, 2013).

Tendo em vista a repercussão negativa da expressão direta de intolerância racial, há uma sofisticação nas expressões de preconceito que, segundo Lima & Vala (2004), torna complexa a identificação de ações indicativas de preconceito racial:

(...) alguns estudos (...) têm demonstrado que os estereótipos negativos associados aos negros têm diminuído. Todavia, novas e mais sofisticadas formas de expressão do preconceito e do racismo têm surgido, corporificando muitos comportamentos cotidianos de discriminação, quer ao nível institucional, quer ao nível interpessoal.(...) estas novas expressões de racismo, mais veladas e hipócritas, são tão ou mais danosas e nefastas do que as expressões mais abertas e flagrantes, uma vez que, por serem mais difíceis de ser identificadas, são também mais difíceis de ser combatidas. (p. 408).

Evidencia-se, tomando por base os estudos consultados, que práticas psicológicas no campo da saúde mental não utilizam a vasta produção da Psicologia científica para contribuir na diminuição das ações de preconceito e discriminação étnico-racial.

Outras produções científicas dentro do próprio campo da Psicologia mostram como a cor de pele ainda influencia de forma negativa a construção de estereótipos nas relações humanas, podendo desdobrar-se em ações de preconceito e discriminação de modos não diretos, (Vasconcelos, Lira & Filho, 2004 ver também Lima & Vala, 2004; Santos, Gouveia, Navas, Pimente e Gusmão, 2006), nas diversas expressões de violência contra a população de cor de pele negra e nos processos de infrahumanização entre estas pessoas (Lima e Vala, 2004b).

Tais estudos demonstram como a configuração atual das relações étnico-raciais no Brasil ainda é base de assimetria entre as pessoas, produzindo algo além de sofrimento psíquico à população de cor de pele negra, ou seja, estrutura modos desiguais de nascer, crescer, viver e morrer (Batista, Escuder e Pereira, 2004; Prestes, 2013).

Isso porque, as relações interpessoais ainda se pautam em fenótipos. E esse modo de interagir integra uma das bases de expressão do poder político, social e afetivo de determinados grupos sobre outros (Telles, 2011).

Ante o exposto, conclui-se que mesmo ante as descobertas da ciência psicológica que buscam compreender o preconceito e a discriminação oriundos da ideologia do racismo, este

ainda não foi superado em nenhuma de suas dimensões, sejam estas *subjetivas, simbólicas ou sociais*, um tema relevante que ainda não integra discussões de formação de psicólogos no Brasil. Outros fatores considerados como determinantes sociais em saúde são os conceitos de ‘classe e gênero’, estes compõem a discussão sobre prática de profissionais da Psicologia atuantes no campo da saúde mental no SUS do Brasil (Kalckmann et al., 2007; Santos & Schucman, 2016).

Merece destaque que mesmo frente a realidade do quadro atual de saúde da população de cor de pele negra aponte *violação de direitos humanos elementares*, não há proposição de estratégias para enfrentamento do preconceito e discriminação étnico-racial por profissionais da Psicologia. Ou estas não emergem nas pesquisas científicas sobre o tema (Kalckmann et al., 2007; SUS, 2012; Sacco, Couto e Koller, 2016). Por isso torna-se imperiosa a necessidade de construir novos fazeres que incluam a tradição em pesquisa sobre as relações étnico-raciais brasileiras (Santos, A.O. et al., 2012) num modelo de atenção psicossocial.

Ao não incluir o fator raça-etnia como um dos critérios para análise no atendimento em saúde mental, mesmo que seja de forma não intencional, psicólogas/os deixam de cumprir protocolos do próprio Ministério da Saúde.

Tais políticas públicas não se efetivam por si, pois são operacionalizadas por pessoas. Um dado relevante obtido junto ao CFP mostra que a maioria dos atuais 254.999 profissionais da Psicologia com registro nos sistemas de conselhos estão nas regiões sul e sudeste - somente no Estado de São Paulo são 82.810 profissionais cadastrados no CRP (Conselho Regional de Psicologia) (CFP, 2010).

Considerando a ampliação do número de escolas e acréscimo na quantidade de profissionais atuantes no Brasil, os números levam à reflexão seguinte: quais motivos levam tantos profissionais a optar pela prática no setor privado utilizando um modelo de atendimento clássico de psicoterapia individual, dadas as novas demandas do cenário político, econômico e social do país?

As Diretrizes Curriculares e normativas para a formação do profissional (MEC, Ministério da Educação e Cultura, 2011) indicam a relevância do comprometimento com “a perspectiva científica e com o exercício da cidadania” (2011, p. 5), enfatizando a “Atuação em diferentes contextos considerando necessidades sociais, os direitos humanos e tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades” (MEC, 2011 p. 01).

Mesmo com essas diretrizes, a prática profissional da Psicologia em serviços de saúde mental pública tem gerado diversos desafios. Um deles é o ainda incipiente debate nas produções acadêmicas sobre práticas em Psicologia que busquem agir na superação de violências geradas pelo preconceito e a discriminação racial (Sacco, Couto e Koller, 2016). Uma superação que começa pela revisão paradigmática dentro da própria Psicologia (Santos, A.O. & Schman, 2016). Isso poderia ajudar a diminuir o impacto negativo gerado pelo preconceito racial na formação das subjetividades das pessoas de diferentes cores de pele (CRP, 2013). Além disso, pode contribuir para a superação das desigualdades existentes nas relações interpessoais. Isto porque, tanto como ciência quanto como profissão a Psicologia pode contribuir para a diminuição das desigualdades nos relacionamentos (Gato & Fontaine, 2010).

Principalmente aquelas geradas pela desvalorização das diferenças humanas, já que a diversidade constitui num motor de desenvolvimento das sociedades mais justas e plurais (Gesser, 2013).

Por isso, se evidencia a necessidade de analisar a atuação de psicólogas/os diante das relações étnico-raciais e as manifestações do preconceito e da discriminação étnico-raciais (CRP, 2007; CRP, 2013).

Objetivo

Esta pesquisa investiga como profissionais inseridos nos serviços públicos na área da saúde mental no município de Suzano, SP lidam com o tema das relações étnico-raciais em seu cotidiano de trabalho.

Método

Este estudo qualitativo descritivo e exploratório utiliza diferentes formas de coleta de dados. Uma delas é o campo-tema, abordagem segundo a qual o campo de pesquisa é qualquer lugar no qual emerge o tema investigado. De forma que não apenas o ‘local’ de coleta de dados que fundamenta a compreensão do tema. Nesta abordagem o que configura o campo é a *vinculação* ao tema: “Nesta ótica, não é o campo que tem o assunto, (...) é o assunto que tem um campo.” (Spink, 2003p. 5).

Por isto todo contato da pesquisadora com o tema é considerado campo de pesquisa e registrado em um diário, ou seja, desde participação em reuniões de equipe, conversas profissionais e pessoais nas quais o tema emergiu, participação em eventos da rede de saúde no município, situações vividas na sala de aula e nas reuniões na Universidade de São Paulo, tudo isso foi registrado no diário de campo.

Foram também realizadas entrevistas semi-dirigidas (Bleger, 1998) com profissionais da Psicologia dos equipamentos de saúde mental do município de Suzano, que se inserem em cargos diversos, desde equipamentos da atenção especializada até a atenção básica, além de cargos de gestão.

A escolha desta técnica para a coleta de dados deriva do grande potencial deste instrumento de trabalho para profissionais da área da Psicologia. A entrevista permite tanto a ampliação da escuta quanto a investigação científica por meio dela. Segundo Bleger (1998):

(...) essa dupla face técnica tem especial gravitação no caso da entrevista porque, entre outras razões, identifica e faz existir no psicólogo as funções de investigador e de profissional, já que a técnica é ponto de interação entre a ciência e as

necessidades práticas; é assim que a entrevista alcança a aplicação de conhecimentos científicos e, ao mesmo tempo, obtém ou possibilita levar a vida diária do ser humano ao nível do conhecimento e da elaboração científica. E tudo isso num processo ininterrupto de interação. (p. 02)

Destaca-se a posição desta autora em compartilhar a afirmação de Bleger de que a entrevista semiaberta não é sinônimo de inserção aleatória de perguntas, mas de uma prática que permite a/o interlocutora/o configurar o campo para viabilizar a expressão mais elucidativa possível da singularidade da pessoa entrevistada (Bleger, 1998, p. 10).

Para isso se elaborou um roteiro norteador, cujas perguntas encontram-se no anexo I. Com base neste roteiro disparador as entrevistas foram feitas nos locais de trabalho dos profissionais ou outros locais indicados por estes.

O convite para participação na pesquisa foi realizado pela presente autora que integra a equipe de psicólogas/os da atenção especializada em saúde mental no município. As entrevistas duraram de 40 minutos a duas horas, de acordo com o contato, a fluidez das narrativas e a disponibilidade de tempo das pessoas entrevistadas. Foram feitas perguntas que buscam coletar *cenas* do cotidiano das/os psicólogas/os. É relevante elucidar a definição do conceito cena conforme elucidado por Santos (2015:09):

[as cenas] (...) ajudam a compreender o que facilita ou dificulta iniciativas individuais e coletivas. A descrição densa de uma cena singular, vivenciada ou testemunhada por uma ou mais pessoas, pode ser coletada através de uma entrevista individual ou em grupo; e também encenada e dramaticamente compartilhada e analisada em todas as suas dimensões, individuais e coletivas,

como forma de fornecer repertórios (conteúdos e habilidades) para uma melhor atuação no futuro em relação ao tema/problema.

Em busca de obter tais narrativas densamente descritivas, durante a realização das entrevistas foram dadas consignas para ‘aquecer’ as pessoas em relação ao tema das relações étnico-raciais, de modo que primeiro todas/os foram questionadas sobre o conceito de classe, em seguida gênero e somente então foi apresentado o tema das relações étnico-raciais. Havia durante a entrevista uma sensibilização prévia para estimular a reflexão de temas ligados às vulnerabilidades nas práticas em Psicologia na saúde, seguindo o proposto pela metodologia utilizada por Garrido, Paiva, Nascimento, Sousa, & Santos (2007).

Após esse ‘aquecimento’, foi dada a instrução para a pessoa entrevistada resgatar vivências relacionadas ao tema, por meio da seguinte consigna: *“Você se lembra de situações nas quais os fatores classe e gênero influenciaram no atendimento? Conte uma cena ou uma situação que aconteceu como exemplo”*. A pessoa entrevistada é desta maneira apresentada às ideias que remetem ao tema do estudo: *“Você lembra-se de situações nas quais a cor/raça foi um fator que influenciou no atendimento? Conte uma situação como exemplo”*.

Aplica-se esta estratégia de sensibilização anterior ao questionamento sobre o tema das relações étnico-raciais, pois os resultados de estudos anteriores indicam dificuldade das pessoas entrevistadas entrarem em contato com o tema em função das tensões sob as quais estão estruturadas as relações étnico-raciais no Brasil (Nery et al , 2007).

Ainda, no que tange à coleta de dados por meio de entrevistas, uma das tensões postas no campo para esta pesquisadora foi o vínculo pessoal existente com algumas das pessoas entrevistadas.

Doravante, nas reuniões de orientação foram debatidas possíveis ressonâncias negativas que estes vínculos poderiam produzir, comprometendo a qualidade dos resultados. Além disso,

havia as interferências por ser a pesquisadora uma mulher de cor de pele negra, e as possibilidades deste fato inibir de algum modo as/os interlocutoras/es da pesquisa (Schucman et al., 2012)

É evidente a impossibilidade de eliminar completamente as interferências. A entrevista por si só configura uma relação intersubjetiva que cria o próprio campo (Bleger, 1998).

Mesmo assim, se solicitou aos integrantes do grupo de pesquisa “Psicologia e Relações Étnico-Raciais” que colaborassem com a coleta de dados. De tal forma que, quando possível, a paridade étnico-racial e de gênero nas entrevistas foram viabilizadas em busca da formação de uma maior pluralidade acadêmica para trocas e permitindo a reflexividade na produção escrita (Minayo & Guerriero, 2014).

Por meio desta estratégia, a ideia é a de deixar as pessoas entrevistadas mais tranquilas em expor opiniões sem receios de afetar o vínculo com a autora e auxiliar a manutenção desta neste lugar, e não no de colega de trabalho ou amiga.

Ocorreu assim um intenso processo de troca com outros pesquisadores em formação, estudantes de graduação e pós-graduação. Este momento foi fundamental para a coleta de dados e na fase posterior de análise.

Para representar o grupo de psicólogas/os da saúde pública de Suzano, foram convidados para a entrevista profissionais atuantes em regiões distintas do município, como os subdistritos do Centro, Rio Abaixo e Palmeiras, que representassem a diversidade etária, de gênero e étnico-racial deste grupo de psicólogas/os.

Assim foram entrevistados homens e mulheres, pessoas de cores de pele diversas e de faixas etárias e origens sociais diversas, em busca de uma representação da heterogeneidade da categoria profissional.

Ao todo foram realizadas nove entrevistas. Este número deriva do seguinte processo: no início da pesquisa ano de 2014 havia 23 profissionais psicólogas/os atuantes no município, tanto

estatutários, ou seja, regime de contratação no funcionalismo público, até contratados via gestão de parceria Público/Privada entre o município e a SPDM (Sociedade para o Desenvolvimento da Medicina) para atuar no Núcleo Apoio à Saúde da Família (NASF).

A proposta inicial foi entrevistar todas/os, mas ocorreram alterações no campo: reconfigurações políticas da gestão pública, saída de duas profissionais estatutárias que exoneraram o cargo, exoneração de uma das profissionais pelo poder público e cancelamento de contrato com a Organização Social de saúde (OSS) que administrava o NASF no município.

Isso gerou a demissão de outras duas pessoas, restando 18 profissionais psicólogos no município. Uma delas é a autora, reduzindo o universo da amostra a 17 psicólogas/os.

Houve ainda quatro profissionais que, respeitando o contido no termo de consentimento e livre esclarecido, recusaram-se a participar da pesquisa.

Uma quinta profissional aceitou participar, contudo em seguida declinou o convite. As reflexões daí produzidas são apresentadas nas considerações finais deste trabalho.

Por estes motivos a previsão seria realizar 12 entrevistas no total. Esse número foi revisto em reunião de orientação após exame de qualificação deste trabalho, em função da saturação de informações obtida com as nove entrevistas já realizadas.

Além das entrevistas, são utilizados, de modo complementar, registros do diário de campo.

A produção desse material se dá em um processo similar utilizado em pesquisas etnográficas: após a vivência, a autora escreveu suas impressões em um caderno ou dispositivo eletrônico. Registrou também ponderações baseadas em diálogos com amigos, demais pesquisadoras/es e reflexões após leituras de matérias jornalísticas, programas radiofônicos ou televisivos e, ainda, produção audiovisual acessadas na Internet.

Esta técnica viabilizou uma verdadeira ‘imersão’ no campo de pesquisa e desdobrou em reflexões posteriores às cenas vividas ou narrativas lidas e/ou vistas.

Do ponto de vista ético, a utilização desse material como complementar nos resultados respeitou a privacidade das pessoas integrantes das cenas, posto que estas não foram convidadas de modo formal a serem interlocutores desta pesquisa. Por esse motivo, no que tange ao material produzido nestas anotações foram utilizadas somente as reflexões da pesquisadora, sem envolver a exposição das pessoas que não se dispuseram a isto por meio de consentimento formal.

Tendo em vista o pequeno universo da amostra e as já citadas questões éticas e políticas envolvidas no percurso desta pesquisa, se cita apenas uma breve caracterização das pessoas interlocutoras deste trabalho. A finalidade desta é a melhor compreensão dos resultados obtidos, evitando caracterizações que possam gerar constrangimentos para as/os participantes.

Será descrito a seguir, de forma narrativa, os dados relativos ao perfil das pessoas entrevistadas: sexo, idade e a identidade étnico-racial de pertença auto atribuída. Em seguida serão apresentadas as narrativas eleitas de acordo com os critérios anteriormente descritos.

A autoria da narrativa será indicada por meio da numeração (1, 2,3,4, 5, 6, 7 e 8), precedidas da inicial ‘P’- sigla de profissional- seguidas de hífen , acrescidas da idade, sexo e autoclassificação étnico-racial da pessoa (Ex: *P 8; 38 anos, Masc, Branco*). As falas de entrevistadoras/es serão identificadas precedidas pela letra E, seguida de hífen (E-).

A naturalidade da maioria das participantes são municípios da região metropolitana de São Paulo, incluindo um natural de Suzano. Todos os participantes da pesquisa nasceram em estados da região sudeste do país, ou seja, são sudestinos.

Do total de participantes, a minoria reside no município de Suzano (3). A maioria mora em municípios da região metropolitana ou na própria capital de São Paulo (6).

Sobre a formação acadêmica, das nove pessoas entrevistadas quatro formaram-se em faculdades e universidades públicas e cinco estudaram em instituições de ensino privadas. Oito

participantes têm ou estão cursando pós-graduação em áreas diversas, em cursos tanto de *lato* como de *strictu senso* em universidades tanto públicas quanto privadas.

Sobre o estado civil, cinco pessoas entrevistadas são casadas e quatro solteiras.

O município de Suzano foi o primeiro local de atuação para quatro profissionais, sendo que as demais pessoas já haviam atuado antes em outros locais e setores distintos da saúde, como educação e saúde mental em instituições privadas.

Os locais de atuação atual das pessoas entrevistadas são variados: CAPS AD, CAPS Adulto, CAPS i e UBSs, sendo uma das pessoas entrevistadas ocupante de cargo de gestão do equipamento de saúde no qual trabalha.

Do total, oito das pessoas entrevistadas iniciaram a atuação no município em serviços distintos dos quais atuam neste momento.

Seguindo a tendência nacional do perfil de profissionais da Psicologia em pesquisa realizada pelo CFP sobre o perfil das psicólogas brasileiras (Lhullier et al., 2013), a maioria das profissionais são *mulheres* autodeclaradas como *brancas*. Das nove pessoas entrevistadas, sete são mulheres e destas, seis são brancas.

Assim, finalizado o processo de coleta de dados dá-se início ao processo de análise dos dados obtidos.

Procedimentos de análise de dados

O posicionamento ético adotado pela autora exige rememorar a apresentação realizada no início do texto. Localizar de onde se fala permite compreender que não há um conhecimento científico único nem verdades universais (Minayo & Guerriero, 2014).

Há sim, contudo, verdades produzidas neste campo de investigação por *esta* autora, que poderiam ser diferentes se a pesquisa e a análise fossem realizadas por outras/os

pesquisadoras/es. Citando Minayo & Guerriero (2014p. 106): “A narrativa do sujeito é marcada por sua perspectiva particular e não contém a verdade total sobre os fenômenos do estudo”.

Para indicar como foi realizado o tratamento de dados, antes da apresentação propriamente dita da análise dos resultados será explicitado um conceito fundamental para a compreensão deste texto: a *reflexividade*.

A metodologia e método de coleta dos dados descritos foram escolhidos por concatenarem com debates recentes no campo da ética em pesquisa nas ciências humanas que versa sobre a relevância da reflexão das pesquisadoras/es quanto às escolhas teóricas feitas e assim perceberem seus efeitos nos impactos das pesquisas no campo, bem como no modo como pesquisadoras/es lidam com isso (Minayo & Guerriero, 2014).

No referido texto, “Reflexividade como Éthos na pesquisa qualitativa”, as autoras Minayo & Guerriero (2014) confrontam a ideia de produção do conhecimento como uma prática universal e generalista.

Apresentam argumentos relevantes para reflexão de pesquisadoras/es, como a impossível neutralidade da pesquisa científica em ciências humanas, pois estas são produzidas por pessoas inseridas em contextos sócio histórico, econômico e político específicos; e como a própria ação de pesquisar produz impactos em todos envolvidos incluindo pesquisadoras/es, já que ninguém escapa das influências da interação com o campo (Minayo & Guerriero, 2014).

Da mesma maneira, a pessoa que pesquisa também é influenciada pelo campo e suas escolhas teóricas e metodológicas à vista disso passam a integrar um processo dialético.

Na realização deste trabalho, diversas modificações além das citadas ocorreram no campo de pesquisa também para a pesquisadora dado diversas dificuldades sentidas, debatidas em aulas, reuniões de orientação e nas trocas com pesquisadoras/es mais experientes. Por exemplo, em um primeiro momento se propôs ao orientador uma mudança no local da coleta de dados e realização das entrevistas, devidas as configurações das relações étnico-raciais no

município e o temor da autora de que o tema da pesquisa levasse a novas situações de preconceito. Isto visto que logo no início de sua trajetória profissional, como psicóloga em Suzano, em junho de 2013, durante o processo de ‘recepção’ pela Prefeitura, no qual junto a outras psicólogas recém-contratadas foram conhecer os Centro de Atenção Psicossocial do município e então ocorreu a seguinte situação: após uma intervenção terapêutica realizada no espaço externo do equipamento, a autora foi ameaçada de morte por parte de um paciente diagnosticado como portador de transtorno afetivo bipolar, que estava naquele momento em crise maníaca. Foi verificado junto à outra terapeuta que o paciente ameaçava abusar sexualmente de uma adolescente que morava vizinha ao CAPS. No momento em que o paciente foi até o portão da casa da garota para abordá-la, a outra psicóloga foi conversar com o paciente enquanto a autora alertou a garota para que entrasse em sua casa.

No dia seguinte, em outro CAPS do município, foi recebido um telefonema da gerente de saúde do serviço do dia anterior que dizia para a autora não transitar pela rua naquele dia, pois o paciente referido havia passado no CAPS dizendo que:

“...aquela psicóloga macumbeira atrapalhou minha paquera, quem ela está pensando que é? Ela vai trabalhar no CAPS AD hoje, eu estou indo lá matar ela.”(sic)

Foi perguntado à gerente como ela sabia que ele estava se referindo à autora, pois havia duas profissionais psicólogas realizando a abordagem no dia anterior com a garota vizinha do serviço e ela respondeu:

“Ele falou macumbeira por causa do turbante, na cabeça dele quem usa turbante é ‘macumbeiro’. Então, Monica, só pode ser você”. (sic)

Desta maneira, a autora não pode sair do serviço naquele dia nem para almoçar e foi apresentada à uma vasta carga de significados na psicodinâmica das relações étnico raciais no município, o que a fez não ir trabalhar usando turbantes durante um bom tempo.

Em 2014, durante a realização de uma disciplina na qual se discutia metodologia de pesquisa, esta narrativa foi feita e então a autora foi alertada por outros pesquisadores mais experientes do risco que corria em não apenas sofrer violência física, mas outras formas de expressão de preconceito profissional por ser uma mulher de cor de pele negra trabalhando este tema de pesquisa no mesmo local de atuação profissional.

Após intensas (e não sem conflitos) discussões com o orientador da presente pesquisa se concluiu que justamente em razão desta organização das relações interpessoais com tão fortes cargas de preconceito étnico-racial que se evidenciaram neste campo a pesquisa seria extremamente rica se realizada ali. Então, não sem medos e dúvidas, se seguiu.

Tais descrições das vivências ocorridas no campo têm a função de ajudar a visualizar parte do processo de elaboração interna da autora que desdobrou na análise dos dados apresentada a seguir. Foi fundamental o papel destas experiências na análise de dados, o que se compreende aqui como processo de reflexividade.

Essas vivências fomentaram indagações, incorporadas na análise dos dados. Outra importante inquietação emergiu durante a discussão do projeto com professoras/es na universidade: como as/os profissionais interlocutoras/es na pesquisa, meus colegas de profissão e de trabalho, ouviriam as devolutivas elaboradas a partir da análise de dados desenvolvidas?

É certo que não há controle sobre o que se pode produzir em outras/os, já que a pesquisa científica com base qualitativa apresenta a reflexividade como sua marca central (Minayo & Guerriero, 2014).

Por outro lado, uma das consequências da reflexividade são as relações de alteridade. E foi esse o posicionamento dessa autora durante a análise de dados: um processo constante de estabelecer empatia com as pessoas entrevistadas e, ao mesmo tempo, reconhecer o produtivo conflito entre os papéis de pesquisadora e trabalhadora. Ou seja, no papel de trabalhadora da saúde, foi possível viver a identificação e a solidariedade com colegas de atuação profissional

devida a semelhança de sentimentos. Isso contribuiu para que o olhar enquanto pesquisadora se ampliasse no processo de análise dos dados.

Assim, os resultados apresentam aquilo que aproxima a pesquisadora de seus pares mais que aquilo que a distancia. Isso porque o *diálogo* com os interlocutores foi um processo mais precioso do que a construção de um certo ‘conhecimento’ sobre elas/es (Minayo & Guerriero, 2014).

Localizando assim de onde se fala, e como se fala, a seguir serão apresentadas as análises dos resultados aqui descritos.

A base para interpretação dos dados obtidos nas entrevistas foi a técnica de análise de conteúdo. Essa tem sido utilizada em estudos recentes sobre a prática profissional de psicólogos que atuam no âmbito das políticas públicas (Aosani, 2013; Reis, 2013); e também em estudos específicos acerca das relações étnico-raciais (Nunes, 2008).

Além disso, é uma das principais ferramentas utilizada pelo grupo de pesquisa sobre atuação de psicólogas/os e relações étnico-raciais da USP -Universidade de São Paulo (Santos, 2014).

A análise de conteúdo se constitui “em um conjunto de instrumentos metodológicos, que se aplicam aos discursos (conteúdos e continentes) (...) Na análise de conteúdo, o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem” (Nunes, 2008, p. 28).

As entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra tanto pela pesquisadora quanto por membros do grupo de pesquisa. Os arquivos de texto foram armazenados em dispositivo digitais. Em seguida, foi realizada a leitura investigativa para evidenciar conteúdos e significados emergentes.

Norteadas pelas proposições de Franco (2012), se realizou uma *pré-análise* por meio de uma *leitura flutuante*. A pesquisadora busca desta forma reconhecer *temas emergentes* de acordo com o critério da *exaustividade*. Nesta etapa da análise, foram selecionados excertos similares em suas condições de produção e sentido (Franco, 2012).

Em seguida, estruturou *indicadores ilustrativos* das narrativas. Já nas fases finais do processo, se realizou uma *leitura interpretativa*, baseada na literatura de referência utilizada (Franco, 2012). Nesta, a dedução e a indução tem por base os indicadores emergentes de forma implícita ou explícita nas mensagens (Nunes, 2008, p. 28).

Para realizar a análise de dados, houve um intenso trabalho de supervisão por parte do orientador desta pesquisa, ao mesmo tempo em que discussões coletivas no grupo de pesquisa apresentaram confrontos necessários para a revisão das interpretações realizadas.

Aliando o diálogo entre as teorias utilizadas e as práticas da pesquisadora, a análise buscou evidenciar nas cenas descritas as categorias de análise, de acordo com a *pertinência*, a *objetividade* e a *fidedignidade* dos conteúdos aos objetivos da pesquisa.

Para a construção de categorias foram comparadas mensagens emitidas por diferentes fontes, comparando um padrão estabelecido nos sentidos produzidos (Franco, 2012; Santos, 2014). Após a obtenção de tais marcadores, foi formulada uma figura representativa para cada categoria, por meio do programa 'Wordle' (<http://www.wordle.net/>).

Assim, foram construídas as seguintes categorias para análise:

- Categoria 01 - Trajetória e Identidade Profissional: Concepções;
- Categoria 02 - Formação no tema das relações étnico-raciais e dificuldades na definição das relações étnico-raciais;
- Categoria 03 - Concepções sobre relações étnico-raciais, preconceito e racismo;
- Categoria 04 - Cenas do cotidiano: preconceito e discriminação na atuação em saúde mental e intervenção no tema.

Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética Em Pesquisa com Seres Humanos e está registrado sob o número CAAE 37157414.8.0000.5561. Foi concedida anuência da Secretaria Municipal de Saúde - órgão responsável pela gestão das unidades nas quais atuam os profissionais psicólogos em Julho de 2014, como requisito para a submissão do protocolo de pesquisa ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisa).

Todas as pessoas entrevistadas são maiores de 18 anos e foi solicitado o consentimento da participação por meio do TCLE (Termo de Consentimento e Livre Esclarecido) que consta no anexo II.

A pesquisadora, como citado, tem experiência na aplicação do instrumento e na abordagem das relações étnico-raciais (Santa- Rosa ,Hoga e Santana, 2014).

Como foi necessário a presença de outras/os entrevistadoras/es além da investigadora principal, tais pessoas foram treinadas pela pesquisadora para realizar essa atividade e para o adequado manejo de incômodo ou desconforto eventual das pessoas entrevistadas.

Porém, não houve durante a realização das entrevistas nenhuma situação que gerou incômodo ou desconforto. Caso isso ocorresse, nos casos de persistência ou baixa resolutividade do incômodo ou desconforto, planejou-se retomar com as/os participante(s) todos os seus direitos conforme o TCLE assinado.

Assim as pessoas seriam conduzidas imediatamente ou logo após a finalização da atividade, como lhe(s) conviesse, para atendimento/acolhimento pela pesquisadora de possíveis demandas que surgiram para providência dos encaminhamentos necessários.

Do ponto de vista dos benefícios indiretos do projeto se destaca os possíveis ganhos acadêmicos e científicos para a Psicologia como ciência e profissão, derivados da investigação

de tema atual e relevante no mundo contemporâneo: a atuação de psicólogos com foco nas relações étnico-raciais.

Investigar a atuação de profissionais da Psicologia junto aos serviços de saúde pública na área de saúde mental pode contribuir para a construção de conhecimento e a formação de profissionais mais qualificados para intervenções nesta área, uma demanda cuja relevância tem sido debatida dentro do próprio Ministério da Saúde(SUS, 2012).

As pessoas entrevistadas receberam uma cópia do TCLE (Termo de Consentimento e Livre Esclarecido) que assegura seus direitos para participação na pesquisa, além de informar aos participantes as condições de sua participação. Os profissionais foram esclarecidos sobre seu direito de retirada do consentimento a qualquer instante, além da garantia de manutenção do sigilo da sua identidade. No referido termo consta ainda a garantia de confidencialidade também no uso de material transcrito caso haja publicação dos resultados.

Resultados

Breve caracterização Do Município De Suzano, SP: Aspectos geográficos e populacionais.

Figura 1- Localização geográfica do município no estado de São Paulo.

Fonte: Mapas do Google, 2014.

Suzano é um município localizado a aproximadamente 35 km da capital do Estado de São Paulo e possui extensão territorial aproximada de 206.000 km² (IBGE, 2010). Obteve emancipação administrativa da região de Mogi das Cruzes, em 1948, devido à alta arrecadação de impostos, característica sócioeconômica mantida até os dias atuais.

Em 2009, o município integrava o grupo dos vinte que mais arrecadam Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) no Estado (IBGE, 2010).

Historicamente, a cidade integrou o ciclo do ouro paulista do século XVII e desenvolveu-se graças ao fluxo que percorria a “Estrada Real do Guaió”, rota do escoamento aurífero. Por lá passavam todos os que viessem do Litoral ou de São Paulo (Leone, 2009).

Com a descoberta de veios de ouro no local, que era apenas rota de passagem amplia a sua importância geopolítica, sendo considerada uma das lavras auríferas mais importantes da Capitania de São Paulo (Leoni, 2009).

O primeiro registro histórico de Suzano data 1779, quando um fazendeiro que até hoje dá nome às ruas da cidade, publica em um jornal paulista um anúncio comunicando a busca de escravos fugitivos de sua propriedade. Este fazendeiro havia se juntado aos jesuítas “destacado para contribuir na pacificação dos índios da redondeza” (Leone, 2009:45). A estruturação do município, por conseguinte, ocorre por meio das relações econômicas e políticas estabelecidas no período colonial e mostram as relações étnico-raciais neste contexto histórico no local: parte da aristocracia branca estabelece relações de poder e subjugação das populações indígenas nativas brasileiras e dos negros escravizados (Leone, 2009).

A região também instala grande parte dos migrantes japoneses oriundos da política de incentivo à migração realizada pelo governo brasileiro no final do século XIX e início do século XX (Hofbauer, 2006). Até hoje a colônia nipônica é parcela significativa da população susanense, e as tradições e costumes dessa população influenciam a política na cidade, por meio de festas típicas que fazem parte do calendário oficial, esportes e até a política de saúde (a ginástica oriental Lian Gong é parte das ações de promoção de saúde no município) e educação (grupos oficiais e extras-oficiais vinculados aos métodos orientais de aprendizagem são populares na região).

Atualmente, a cidade é um polo regional industrial fruto do processo de industrialização iniciado em meados do século XX.

Devido à presença da comunidade nipônica, se estabelecem pactos com grandes multinacionais japonesas instaladas na região, após uma política de incentivos fiscais com isenção de tributos e doação de terrenos (Leone, 2009).

A economia susanense subsiste em torno de empresas de grande e médio porte na área química, eletrônica, têxtil. As fábricas de componentes eletrônicos, tratores e celulose são os carros-chefes da economia local. Há 6.677 indústrias em atividade no município (IBGE, 2010). Além disso, Suzano preserva uma característica de parte das cidades do Alto Tietê: a de ser

configurada como ‘cidade-dormitório’, pois grande parte da população local trabalha na capital São Paulo em decorrência de sua proximidade geográfica e as oportunidades profissionais ali oferecidas (IBGE, 2010).

O município também integra faixa de proteção ambiental da região do Alto Tietê, cujo objetivo é a preservação da nascente do rio Tietê. Aproximadamente 73% do território integra a área de proteção dos mananciais e 07% a área de proteção ambiental da várzea do Rio Tietê.

Há diversos loteamentos residenciais nas áreas de proteção aos mananciais (Suzano, 2014), gerando constantes debates e conflitos de interesse entre entidades de proteção ambiental e população, além das indústrias da região (Leone, 2009).

O município possui aproximadamente 279 mil habitantes, sendo a maioria de mulheres (IBGE, 2010).

Há uma Aldeia Kaiowá, que fica na divisa com o município de Ribeirão Pires. A população indígena constitui parte do ‘turismo local’, sendo que há organização de ‘excursões’ para visita da Aldeia (Suzano, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da população de Suzano é de 7,9%, considerado alto, porém o índice de pobreza é de 59,06 % no município (IBGE, 2010). A renda média per capita da população é de 3,3 salários mínimos (IBGE, 2010).

Das crianças na faixa etária dos 06 aos 14 anos, 71,56% estão matriculadas na escola (SEADE, 2010), sendo que há 6.823 estabelecimentos de ensino. A taxa de analfabetismo é de 4,85% entre a população acima dos 15 anos de idade (IBGE, 2010).

O saneamento básico atinge 85,01% das residências no município, e a coleta de lixo é realizada em 99,21 % do município (IBGE, 2010).

Há 520 instituições de caráter filantrópico sem fins lucrativos registradas no município (IBGE, 2010), das quais 320 estão ligadas às fundações de entidades privadas e a maioria

atuante nas áreas de Educação e de Religião. A maioria da população professa a religião católica (IBGE, 2010).

A mobilidade urbana ocorre primordialmente pelo transporte público, rodoviário e ferroviário, que interliga o próprio município e este aos demais da região metropolitana de São Paulo. Há passe livre nas linhas de ônibus municipais para os estudantes matriculados na rede de ensino pública e particular do município. Parte da população se desloca de forma não motorizada, com uso de veículos de tração humana (como bicicletas) e de tração animal (como carroças), além de transporte por meio de animais (como burros e cavalos), ou transitam a pé (IBGE, 2010).

Em relação à saúde, a realidade social influencia diretamente os padrões epidemiológicos no município. As mortes por causas externas atingiram 160 pessoas em 2012 (IBGE, 2014). A taxa de mortalidade infantil é de 10,54% mil nascidos vivos, e a mortalidade entre a população economicamente ativa (na faixa dos 15 aos 34 anos) foi de 121,041 (por 100 mil habitantes nesta faixa etária) em 2011.

Dependência química, sofrimentos ligados às ansiedades e suas diversas manifestações (como síndrome do pânico), psicoses, depressões, suicídios, traumas relacionados à violência urbana (assaltos, agressões), violências sexuais (nas categorias abuso e estupro) e violência doméstica estão entre as principais demandas de saúde e saúde mental no município.

O exponencial aumento das questões ligadas à violência levou a SMS local a estruturar um setor técnico específico para enfrentamento à violência, considerando a influência direta desta na qualidade de vida da população e nas mudanças no padrão de mortalidade das pessoas por ela atingidas em suas diferentes modalidades.

A vulnerabilidade social e exposição às diversas formas de violências atingem principalmente à população que vive em situação irregular de moradia (ocupando áreas de

mananciais, por exemplo) e que reside próximo à obra do trecho Leste do Rodoanel, que faz a conexão de diversas rodovias e integra diversos municípios paulistas.

Com a realização da obra, diversas famílias foram desabrigadas e houve um aumento das vulnerabilidades ocasionadas pelo stress, rompimento de vínculos e às dificuldades objetivas em encontrar outros locais para moradia.

Há ainda uma preocupação das autoridades locais em decorrência da proximidade geográfica do município a capital paulista, o que incrementa a vulnerabilidade a exploração sexual infanto-juvenil. Assim, se instituiu programas de combate à exploração sexual (Suzano, 2014, disponível em: <http://suzano.sp.gov.br/web/>).

Tendo em vista este cenário, o município tem a saúde como ponto nevrálgico do planejamento de governo, dado à proximidade da população com as autoridades políticas locais, gerando cobranças da prestação de serviços de modo mais efetivo por parte dos cidadãos susanenses.

A saúde no município tem por missão específica (Suzano, 2014,):

Executar, na forma da legislação vigente, o conjunto de ações e serviços de saúde de competência do Município, de maneira isolada ou conjunta com órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e, ainda, das fundações mantidas pelo Poder Público, através do Sistema Único de Saúde – SUS. (último acesso em dia de 201 , <http://suzano.sp.gov.br/web/>)

O município possui 64 estabelecimentos privados de saúde, 21 Municipais e 01 Estadual, que atua também como centro de pesquisa. Tal estatística reflete o que ocorre no Estado: número elevado de estabelecimentos privados, numa tendência da privatização dos serviços de saúde (Costa-Rosa et al., 2003).

Dos 21 estabelecimentos de saúde públicos sem regime de internação, estão os serviços de saúde mental sendo: 02 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) modalidade Adulto, 01 para tratamento de uso de Álcool e Drogas e outro Infanto-Juvenil. Há um Núcleo de Apoio à Saúde da família e 12 Unidades Básicas de Saúde. Integram ainda a rede de saúde mental: 09 Unidade Básica de Saúde da Família; uma Unidade de Saúde da Família e uma equipe do Programa Consultório de Rua (IBGE 2014; Suzano, 2014).

A equipe da APAE (Associação de Pais e Amigos do Excepcional) integra a equipe de saúde por meio de convênio/parceria técnica-administrativa. Realiza estimulação neuro-psicomotora e cognitiva para pessoas com síndromes e atrasos globais no desenvolvimento, compondo a rede de saúde mental local.

As equipes de atenção à saúde que prestam serviços nestes equipamentos são multiprofissionais, de acordo com a política do Ministério da Saúde (Brasil, 2001).

Será apresentada a seguir a análise dos conteúdos realizada com base nas entrevistas em diálogo com a bibliografia consultada.

Análise das Entrevistas de Psicólogas/os da Saúde Mental

1) *Trajetória e Identidade Profissional: Concepções*

Figura 02 (2017) Palavras chaves da categoria 01

O primeiro tema frequente nas narrativas entre entrevistadas/os diz respeito à trajetória profissional de pessoas que se ocupam da Psicologia. Estas narrativas abarcam desde os motivos da escolha pela carreira até as atuais concepções sobre a prática profissional, passando pelos ideais que circulam em torno do papel destes profissionais na sociedade brasileira. A figura acima sintetiza os verbos mais utilizados nas definições sobre o significado atribuído ao que é ser psicóloga/o. A maioria das definições dadas sobre o ser e fazer da Psicologia remete aos verbos ligados a ações como: compreensão, cuidado e apoio.

Sobre a escolha vocacional, os resultados indicam a tendência descrita nos estudos recentes sobre atuação de psicólogas/os em Mazer & Melo-Silva (2010), pois comumente a busca pelo curso estrutura-se na história pessoal e nas características de personalidade das pessoas que optam por esta profissão, como exemplificam os relatos a seguir:

Eu gostava de ler livros de Psicologia que meu pai tinha em casa (P7, Fem., Branca).

Na adolescência eu pegava [livros de] Psicologia para ler, fazia registros dos meus sonhos, ficava curiosa para saber qual o sentido deles, tentando articular com minhas vivências e emoções. Tentava me perceber nas relações (P8, Fem., Branca).

Eu costumo dizer que não escolhi, não. Costumo dizer que eu aceitei numa situação de tendência pessoal desde antes de muito tempo do vestibular: tendência de escutar pessoas, auxiliar, orientar em questões que depois eu entendi como psicológicas. Antes eu entendia como uma prática minha mesmo nos meus convívios sociais. (P9, Masc., Branco).

Além de fatores pessoais, as identificações com figuras positivas de referência são outro item preponderante na escolha profissional dentre os participantes. As falas de P4, P5, P7 e P8 ilustram isto:

A princípio por admiração por professores que eram formados em PPsicologia, sem saber muito o que é PPsicologia. Fazia um curso de ação para o terceiro setor, voltado para essa área, e a professora era psicóloga... E aí chamou a atenção (...) (P4, Fem., Branca).

Quando escolhi fazer Psicologia, eu fazia um curso de magistério e fui conhecer o trabalho de uma psicóloga que trabalhava em uma APAE (Associação Pais e Amigos do Excepcional) (...) vi um trabalho feito com crianças com bastante dificuldade, portadoras de deficiência e que estavam produzindo graças ao trabalho da psicóloga. Isso me encantou. (P5, Fem., Branca).

Tive algumas dificuldades no trabalho e fui fazer terapia. Gostei muito da atuação da profissional (P7, Fem., Branca).

Comecei a fazer acompanhamento psicológico e tive como referências minhas psicólogas, pois tive mais de uma. Admirava muito elas (P8, Fem., Branca).

Sobre o significado em ser psicóloga/o, alguns participantes relatam a valorização e o reconhecimento social da profissão em Psicologia como fatores preponderantes no processo de escolha, como exemplifica o relato de P6:

E eu fui orientada por pessoas amigas de que a Psicologia era uma área regulamentada. Era uma profissão que me daria mais consistência e possibilidades do que [outra escolha] que é uma área que poucas pessoas conhecem e não tem muito mercado (P6, Fem., Branca).

As entrevistas indicam que a escolha profissional envolve uma busca da compreensão do ser humano:

Acho que promover o cuidado e identificar demandas do que é da saúde e do que pode ser dividido com as outras políticas públicas. Possibilitar informações, orientações para as pessoas terem melhor qualidade de vida, tanto fisicamente quanto na saúde mental, buscando estratégias para as pessoas lidarem com os problemas: o cuidado de promover saúde (P7, Fem., Branca).

Cuidar do outro. De uma maneira bastante integral não consigo separar corpo, mente, afetos. Eu acho que a gente tem que olhar a pessoa como um todo. (...) Esse processo de se conhecer bem para que você tenha o espaço pra acolher o que o outro te traz de demanda e você possa ouvir com maior clareza o que é do outro e poder espelhar isso, devolver e a pessoa ressignificar as coisas, poder olhar de formas diferentes (P6, Fem., Branca).

Perceber a pessoa como um sujeito integral, ajudar na solução de seus conflitos (P5, Fem., Branca).

Além de integrar aspectos pessoais de personalidade e das trajetórias de vida, a formação de identidade profissional direciona também as escolhas sobre locais de atuação, escolhas metodológicas e linhas teóricas entre os/as psicólogos/os. As narrativas de P3, P7, P6 e P4 ilustram alguns percursos realizados nesse sentido:

Eu tive toda uma trajetória de vida e formação vinculada à Educação, fiz magistério, estudei Paulo Freire e quando cheguei aqui fui atuar como psicóloga na Educação (P3, Fem., Preta).

Sempre fui da militância e quando entrei na graduação fui logo para área de saúde mental, depois fiz meu TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) na área de saúde mental e na hora de trabalhar, escolhi essa área porque juntava tudo isso devido à reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial (P7, Fem, Branca).

Antes da graduação eu já era muito ligada ao mundo das artes, da música e quando entrei na universidade busquei na formação o que dialogasse com isso, fiz diversas formações na área de terapias expressivas ligadas à música e a arte-terapia. Psicodrama é minha próxima formação (P6, Fem., Branca).

Talvez pelo meu local de moradia, sempre fui ligada à área social e por isso fui fazer formação na área de terceiro setor. Daí quando me formei fiquei ligada nessa área de trabalho em ONG (P4, Fem., Branca).

Nestas entrevistas analisadas as profissionais trouxeram em suas narrativas o tensionamento entre ideais de atuação das profissionais de Psicologia e perspectivas de intervenção *versus* a atuação possível nas realidades política e social, conforme exemplificado pelo relato de P1:

Ser psicóloga para mim hoje significa entrar em contato com as mais diversas subjetividades, o que é muito complexo (...) hoje estou mais aliviada como psicóloga porque eu acho que é todo um processo de você entender como profissional que não tem um papel de cura! (...) eu tinha essa perspectiva (P1, Fem, Branca).

Dentre as expectativas sobre os ideais de ser psicóloga/o, destacam-se as concepções do lugar social de suposto saber deste profissional, aliados à concepção de ‘cura’. A fala de P1 mostra que essas ‘expectativas e idealizações’ sobre o papel profissionais pode ser posta pela sociedade, porém estudos anteriores indicam que a própria formação muitas vezes alimenta estas expectativas (Mazer & Melo Silva, 2010). Em outro momento, P1 aprofunda essa discussão afirmando que:

A sociedade cobra acho porque tem essa visão extremamente deturpada de que tem que ser assim: a criança comportada, a mulher boazinha que não reclama de nada, e o homem que também trabalha e dá certo na vida, enfim. Esses papéis são muito cristalizados e a gente é cobrado para isso! Mas, hoje eu tenho tranquilidade em dizer que a Psicologia não serve para isso e eu como psicóloga não tenho esse papel (P1, Fem., Branca).

Já P4 reflete sobre a prática psicológica atrelada ao lugar do suposto saber onipotente atribuído pelos usuários dos serviços de saúde à figura do profissional de Psicologia com o do médico, chamando-o de “Doutor”:

Eu fico repensando isso muitas vezes. Por que dá pra ser muito ‘fake’ na nossa profissão como tantas outras profissões. De dizer ‘olha, sou psicólogo’, vem a pessoa e deposita em você aquilo que ela acredita que é do psicólogo, às vezes chama a gente de ‘Doutor’ (P4, Fem., Branca).

As entrevistas convergem para mostrar a relevância de potencializar recursos internos das pessoas atendidas sem desconsiderar as análises de conjuntura como um meio de realizar intervenções capazes de contribuir com a emancipação individual, influenciando a transformação social, como exemplificam os relatos de P7, P5, P6 e P9:

Nossa, acho que poder juntar assim os aspectos reais assim que eu vejo, do cotidiano, com os aspectos subjetivos (...) mas, é tornar a vida um pouco mais leve, tentar ajudar as pessoas a lidarem com as coisas, com os problemas e tentar novos caminhos, usar do que eu aprendi para ampliar os horizontes das pessoas [...] poder mostrar que existem outros caminhos e que as pessoas tem potencial para lidar com os problemas. (P7, Fem., Branca).

Na saúde não tem como pensar no modelo individual de trabalho, porque o paciente que chega aqui não é exclusivo da Psicologia... Ele é um sujeito complexo, então o psicólogo precisa considerar esse sujeito mais integral, é fundamental considerar o entorno todo: a família, o contexto social, o contexto econômico... Tudo isso (P5, Fem., Branca).

Então, ser psicólogo é trabalhar com as questões, com as situações do cotidiano, da sociedade, que envolvem os indivíduos e suas atividades psíquicas. Com relação a si mesmo e com relação aos outros e em todos os aspectos: desenvolvimento humano, educação, relações afetivas, trabalho, adoecimentos, organizações sociais. (P9, Masc., Branco).

A necessidade das/os profissionais construírem uma postura ético-política e propor novas construções paradigmáticas por meio de sua atuação como psicóloga/o é exemplificada por P9, P3 e P5:

O psicólogo tem que ter um compromisso ético, não só de ser ético por si só, mas de manter uma ética dentro do serviço. Então o psicólogo tem o compromisso de observar onde atua um compromisso ético com a população (P9, Masc., Branco).

Eu acho que na saúde o psicólogo tem vários papéis: tem um papel político, nossa prática está ligada à questão política. As pessoas acham que não, que é só consultório. E como que aquilo que ele faz dentro do consultório, ditasse uma política, tem o papel clínico. Então eu acho que um dos papéis do psicólogo é, sobretudo, 'botar o rabo entre as pernas' e pensar. Como é que eu ajudo este cara?(P3, Fem., Preta).

Acho que falando da PPsicologia, tem sempre a questão da responsabilidade além de ética, social (P5, Fem.,Branca).

A busca por integrar ética individual e compromisso social na saúde é mostrada nos resultados obtidos, evidenciando uma das principais transformações nas práticas e em Psicologia nos serviços públicos: o auxílio na produção de autonomia do sujeito como cidadão de direitos (Gesser, 2013; Pitta, 1996; Saraceno, 2011; Yasui, 2006).

As narrativas de P8 e P5 exemplificam essa perspectiva:

Papel de estimular o acolhimento e a valorização das pessoas e estimulá-las nesse processo de autovalorização, autonomia e protagonismo frente a sua própria história de vida (P8, Fem., Branca).

Falando mais do meu trabalho aqui hoje na saúde pública: acho que tem a questão de o papel de ajudar as pessoas diante de seus conflitos, às vezes diante de um transtorno mental, mas nem sempre. Então considera questão da subjetividade, servir talvez como um facilitador da pessoa às vezes alcançar, às vezes recobrar seu papel de cidadão, de sujeito (P5, Fem., Branca).

O relato abaixo de P3 exemplifica o rumo de transição entre práticas individualizantes e perspectivas de modificação dessas práticas:

Muita gente fala assim: “Aí é autonomia do paciente, porque o paciente, ele precisa enxergar, pois chega lá [psicólogo/a] como se eu fosse uma fada madrinha, e fosse contar coisas boas (...) e que ele ia mudar num pilim-pimpim a vida dele ia se transformar de abóbora numa carroça linda”. Eu não entendo isso. Quer dizer você enquanto profissional, não estudou o caso, não entendeu o que o cara tá falando, não fez uma análise do histórico de vida que o cara tá trazendo e não devolveu isto de algum jeito que proporcione crescimento (P3, Fem, Preta).

Nessa mesma direção P7 enfatiza que é fundamental reconhecer o quanto a estrutura social está presente na prática clínica:

(...) na nossa realidade (...) as questões sociais são muito fortes, então às vezes você tenta trabalhar dessa forma, mas o contexto social impede isso, mas eu acredito que a PPsicologia pode ajudar, tentar trazer algo que tem em todas as pessoas, tentar trazer algo para criar possibilidades, fazer as pessoas não entrarem no jogo do capitalismo doente, que só deixa as pessoas piores, acho que a Psicologia tende a contribuir nisso (P7, Fem., Branca).

2) *Formação no tema das relações étnico-raciais e dificuldades na definição das relações étnico-raciais.*

Desfavorecimento
Questão Histórica
Nunca Somos Todos Humanos
Muito Além da Cor da Pele
Não é Sistematizado

Figura03(2017) - Palavras –Chave da categoria 2.

A segunda categoria apresenta os resultados obtidos no que concerne a formação de profissionais sobre o tema das relações étnico-raciais e intervenções neste campo. Traz ainda os entraves das pessoas entrevistadas ao conceituar as relações étnico-raciais.

A figura acima sintetiza falas sobre a formação e os principais temas que as pessoas recorriam na busca por conceituar raça-etnia e/ou relações étnico-raciais.

No que diz respeito à formação recebida sobre o tema, as principais respostas informadas nas entrevistas remetem à ausência de instrumentalização, tendo como consequência principal a ausência de subsídios teóricos e metodológicos para lidar com o tema na assistência em saúde mental nos serviços públicos de saúde.

Como exemplo, as falas de P1, P4, P5 e P9 exemplificam tal afirmação:

Nunca pensei nisso também, mas acho que não é algo que fica sistematizado na graduação. Racial, gênero, homoafetividade... A gente tinha muitos encontros a respeito de homoafetividade. Mas, daí, então, estou um pouco confusa para responder essa questão porque é a primeira vez que eu penso nisso. Eu acho que nesse campo não se entrava muito não, ficava mais na questão social mesmo (P1, Fem. Branca).

Não. De gênero, a questão racial também não (P4, Fem. Branca).

E- Em relação a gênero, classe social, raça e etnia, você recebeu alguma formação?

P5- Nenhuma. Não. (P5, Fem., Branca).

Se a minha memória não falha, eu estudei as questões raciais no primeiro semestre de Psicologia Social. Então, foi dentro de diversos outros contextos. Não sei quantas aulas tive. Se eu disser para você que eu me lembro de alguma coisa, eu não lembro nada, não. Nada. (P9, Masc., Branco).

Exceto este exemplo de P9, a maioria das respostas reflete uma tendência nacional da formação em Psicologia no Brasil: a ausência de uma discussão sistematizada sobre o tema das relações étnico-raciais, no campo da graduação ou da pós-graduação (Nery, 2007; Santos & Schucman, 2015; Koller et al, 2016).

Segundo P7 essa e outras temáticas não foram abordadas de maneira sistematizada na formação:

Sim, um professor ou outro que tinha alguma crítica maior de Psicologia social que hoje em dia me guia, porque a gente fala sobre ações de classe, de raça, não tem como fugir, mas muitos professores e muitas matérias ignoram isso, como se alguma teoria 'x' fosse independente disso. Para mim não existe isso, não tem como não

contextualizar, sempre critiquei muito teorias norte-americanas, que desencaixavam na nossa realidade, no Brasil, no público que o SUS atende. (P7, Fem., Branca)

Profissionais da Psicologia entrevistados estabeleceram conexões entre as relações étnico-raciais e outras que não foram abordadas durante a formação acadêmica, mas foram estudadas em formações complementares como mostram as falas de P1, P4 e P6:

Acho que tinha um caminho paralelo que algumas pessoas trilhavam. Geralmente, quem ia nesses encontros eram pessoas de afeto homo. (risos). Assim imagino que também seja com a questão racial. Pessoas negras fazem encontros para falar da Psicologia com pessoas negras (risos). E não é que não tinha [formação]: tinha, mas penso que eram caminhos paralelos (P1, Fem., Branca).

Seria importante ter recebido a formação sobre estes temas. Ainda mais gênero que a gente encontra no consultório no SUS a questão da homossexualidade, 'transex', e tantas outras que você precisa aprender depois porque você não teve esse preparo antes (P4, Fem., Branca).

(...) na época que eu trabalhei como psicóloga educacional eram temas que a gente pesquisava muito. Na educação, a gente tinha muito mais acesso à formação continuada, então ofereciam cursos, congressos, no próprio trabalho eu já tinha mais acesso. E a questão de gênero e raça, e a questão até do movimento em relação às disciplinas voltadas à África, eu sempre acompanhei por conta da minha ligação com educação (P6, Fem., Branca).

Os entrevistados reconhecem as diferenças modos de viver e se desenvolver, bem como distintos modos de tratamento nas relações interpessoais entre pessoas de diferentes cores de pele e pertença étnica, como mostram os resultados da categoria 2. Porém apresentam dificuldade em associar estes fatores como consequências dos regimes escravocratas e

coloniais³ que coexistiram no Brasil, com suas conseqüentes heranças culturais e simbólicas que até os dias de hoje influenciam as relações interpessoais dos brasileiros.

Indagados sobre as relações étnico-raciais, os entrevistados remetiam em suas narrativas a conteúdos que compreendem as diferenças como frutos de fatores econômicos, sociais e culturais entre as pessoas de cores de pele distintas, como mostram as falas de P8 e P7:

Tem questões que vão muito além da cor de pele. Tem cultura familiar, valores morais, costumes que impulsionam a pessoa para a vida, independente da cor de pele. As pessoas não entendem o que é raça, o que é cultura, o que é religião... Por isso a necessidade de ampliar o olhar e reconhecer outros fatores que incidem na nossa situação socioeconômica (P8, Fem., Branca).

Acho que mais a questão cultural. Por exemplo, atendi uma mulher de família japonesa (...). Mas não sei se fugi da pergunta [que você fez] (P7, Fem., Branca).

Outro conteúdo utilizado em comum foi a existência da igualdade jurídica de direitos e o conceito universal de humanidade, como nas falas de P6 e P8:

Ainda tem muito o que caminhar no respeito ao outro e na igualdade de direitos (P6, Fem., Branca).

(...) a cor da pele dele é diferente da minha, mas nós somos seres humanos. Temos sentimentos, pensamos. Sofremos e sentimos dor (P8, Fem., Branca).

---

³ Relações escravocratas designam o período histórico no qual pessoas escravizadas eram consideradas propriedade e eram, por isso, privadas de sua liberdade, obrigadas a trabalhar sem remuneração e vítimas de diversas formas de violência. Já as relações coloniais implicam na disseminação da ideologia de superioridade de países colonizadores em relação aos países colonizados por meio de dependência financeira, simbólica, cultural e psicológica desses últimos em relação aos primeiros (Pelúcio, 2012; González, 1988)

Falas ligadas à ideia de que outros segmentos populacionais seriam alvo de preconceito étnico-racial podem ser elucidadas pelos exemplos de P2 e P8:

Todos sofrem preconceito, e acho que incorporar essa ideia de que negros e índios são as maiores vítimas... Seria perigoso (P2, Masc., Branco).

Os brancos também sofrem racismo!

Entrevistador: *Você já viu algum branco sofrer racismo?*

Nunca vi, mas vou insistir nessa minha ideia de que a gente tem de parar com isso que só o negro sofre preconceito! (P8, Fem, Branca).

Interessante salientar que a pergunta versava sobre o uso do conceito raça no atendimento em saúde, e não se referia a pessoas de cor de pele negra nem indígenas.

Porém, a maioria dos entrevistados associou a discussão sobre relações étnico-raciais com esses segmentos populacionais, como também mostraram os resultados obtidos na categoria 3.

3) *Concepções sobre relações étnico-raciais, preconceito e racismo.*

Figura 04 (2017) Palavras chaves da categoria 03

Na imagem acima, elegemos algumas das palavras e frases representativas sobre concepções dos entrevistados no que diz respeito as relações étnico-raciais. As palavras refletem: como os profissionais percebem a cor raça das pessoas atendidas; como utilizam o critério raça-cor nos formulários do SUS; parte de suas opiniões manifestas sobre as políticas afirmativas; e como percebem o tema nos atendimentos clínicos.

Nos conteúdos emergentes, são destacados os relatos de profissionais entrevistados sobre a percepção da cor-raça das pessoas atendidas, com base na categorização utilizada no censo (IBGE, 2010), como mostram as falas de P3, P6, P1, P8 e P4.

A cor da maioria... são os negros pardos (risos). Sim, os 'negros pardos'. Alguns são brancos, mas são pouquíssimos, são mais os negros, são mais os pardos. Amarelos raro, só atendi um amarelo nestes doze anos de prefeitura, índio não tem, agora pardos e pretos... Muitos! (P3, Fem. Preta).

Na UBS em que eu trabalhei, a maioria eram pardos e negros, entre os adultos. Aqui tem de tudo, negros, brancos, indígenas, tem uma tribo indígena aqui no município e tem muitas pessoas de ascendência, com traços indígenas. Indígenas mesmo eu nunca atendi, mas descendente sim (P6, Fem, Branca).

Seguindo a ficha da recepção, a maioria pardos aqui na UBS (P1, Fem, Branca).

Olha, nunca reparei. Mas parando agora para pensar, a maioria são pardos, negros (P8, Fem, Branca).

Pardos... negros. Maioria de pessoas negras e pardas (P4, Fem, Branca).

Somente P5 observou distribuição equitativa entre pacientes brancos e negros:

Mais negros e brancos, em relação àquela classificação [IBGE]. Eu acho que está pareado o número, nenhum se destaca como mais prevalente, não. Acho que é bem variado. Indígena, acho que nunca atendi aqui, mas asiáticos tem uma parcela bem significativa (P5, Fem., Branca).

Já P9 e P2 narraram não utilizar o critério raça-cor em seus atendimentos, por razões ligadas aos seus modos de atuação profissional:

Um ponto que eu nunca parei para pensar. Tem alguma coisa que eu... é um perfil meu de trabalho, eu não olho muito para a raça da pessoa não (P9, Masc., Branco).

Tudo bem a questão étnico-racial, mas eu foco mais no tipo de pessoa que vem buscar a gente. (P2, Masc., Branco).

Estes mesmos profissionais dizem conceber o critério raça-cor como tema burocrático, e não como uma metodologia inserida na prática de procedimentos no SUS com finalidade de levantamento epidemiológico para nortear elaboração de políticas públicas. O relato de P9 exemplifica isso:

Na verdade, quando eu faço entrevista na anamnese tem algumas partes burocráticas para preencher, tem que preencher. Uma delas é cor, que isso o Ministério da Saúde solicita e é um item lá que passa um pouco batido para mim (P9, Masc., Branco).

Já a narrativa de P6 mostra o conhecimento dos motivos da coleta deste dado, mesmo sabendo que ele não costuma ser contabilizado pela Vigilância Epidemiológica do município:

Na época da UBS a gente colocava no mapa a cor. Hoje em dia, eles não me pedem, então não coloco. Lá (...) pediam para colocar, mas depois eu descobri que não estava sendo contabilizado. Não era uma coisa coletiva de vamos todos ter uma preocupação para que haja uma estatística da Secretaria de Saúde, para saber se existe implicação da cor na questão da saúde mental, ou uma demanda maior que tenha essa característica, não tem nenhum estudo, seria interessante [ter um estudo] (...) (P6, Fem., Branca).

Outro resultado relevante desta categoria diz respeito às opiniões manifestas pelos entrevistados sobre implantação de cotas raciais em universidades e serviços públicos.

Os resultados mostram concepções baseadas em ideias de transformação das desigualdades social e econômica, nem sempre relacionando as políticas afirmativas à superação das desigualdades étnico-raciais, como exemplificam os relatos de P1, P2, P6, P8 e P9:

Acho muito triste que a gente viva numa sociedade que precise disso: se não tiver cota pra trans[sexual] ou ela vai ser prostituta ou vai ser cabeleireira, se não tiver cota pra negro você vai na secretaria [de saúde] e só vai ter gente branca trabalhando. Sou a favor, mas que pena a gente precisar disso (P1, Fem., Branca).

Eu não tenho muito claro essa questão de cota, penso um pouco mais num incômodo. Comecei a ver que faz sentido porque tive um amigo negro que se favoreceu, se não tivesse isso não sei se eu concordaria (P2, Masc., Branco).

Eu acho que os argumentos que sustentam as cotas são bastante legítimos, tem um peso histórico e é um caminho para se mudar o estado atual, favorecer a entrada por que senão nunca se muda (P6, Fem., Branca).

As cotas na universidade estou 'em cima do muro'. Não consegui formular opinião. As políticas públicas precisam dar estrutura para todos. A estrutura é muito deficiente. Compensar isso de outra forma é injusto, vai solucionar o problema da diferença tratando com diferença? (P8, Fem., Branca).

Em sentido inverso, P4, P5, P3 e P7 mostram compreender as políticas de ação afirmativa como ferramentas de superação das desigualdades de inserção educacional e profissional de pessoas com cores de pele distintas, argumentando favoravelmente sobre a implementação de cotas tanto em universidades quanto em serviços públicos como formas de viabilizar a paridade participativa:

Acho sim importante, por causa do que a gente vive. Por exemplo: na minha sala não tinha nenhum negro, e os que tinham [na universidade eram negros] de cor de pele mais clara. A gente ainda é um país que discrimina negro, índio (P4, Fem., Branca).

Eu acho que cotas em gerais, por exemplo, no acesso às universidades públicas, são extremamente válidas porque não adianta a gente falar de igualdade. Existe um argumento de que “ah, então não está tratando com igualdade”, mas eu vejo que é igualdade de oportunidades e não de tratamento ou de acesso. A gente sabe o quanto tudo isso influencia nas oportunidades. Então deve ser visto de forma diferenciada sim. Sou a favor das cotas nas universidades públicas, que traz uma possibilidade até em relação a isso que é histórico (P5, Fem., Branca).

Eu sou “mega” a favor das cotas. Senão quando é que um negro da população vai ter a oportunidade de estar inserido em certos locais de trabalho? Quando é que a gente vai poder frequentar alguns lugares como, por exemplo, USP, UNIFESP e outras grandes e boas universidades se a gente não tiver estas oportunidades. Não dá. Tem que ter sim cotas, porque senão a gente não tem espaço. Por mais inteligente que você seja, não tem espaço. Porque você pode passar numa peneira onde não verão sua cor, que é o vestibular. Mas depois, tem a peneira do mercado [onde verão a cor](P3, Fem., Preta).

Porque acho que é o mínimo, não sou contra as políticas paliativas. Eu gostaria que tivesse mais médicos e mais pessoas que fossem negras, que sentiram isso a vida toda. Porque tem negros que também querem ser alguma coisa na vida. Mais [posições profissionais] de prestígio e tal, eu acho que seria bem legal assim ter mais visibilidade. Dentro das universidades, dos serviços públicos, até para ser identificações para os pacientes, para as profissões daqui do serviço, chegar e se identificar mais (P7, Fem., Branca).

Faz-se relevante destacar a concepção de P7 sobre como a paridade participativa pode viabilizar maior identificação positiva entre usuários e profissionais de serviços de saúde. O que pode contribuir para potencializar a eficácia terapêutica.

Ainda sobre inserção no mercado de trabalho, destaca-se a narrativa em que P3 justifica sua posição favorável às cotas devido ao racismo institucional que influencia na atuação de psicólogos trabalhadores da área de Recursos Humanos, rememorando uma experiência profissional na qual uma colega psicóloga foi demitida de seu emprego na área de seleção de pessoas após questionar o chefe sobre a não contratação de uma pessoa de cor de pele negra em um processo seletivo:

Lembro do exemplo de uma amiga que trabalhava no RH: ela falou que é uma tristeza, selecionou o candidato bom, o melhor e quando indicou ele para o cargo de chefia, mesmo com perfil um pouco acima do solicitado pela vaga o cara não contratou porque ele era negro: o negro não. [O chefe disse], eu quero outra opção, e ela [a psicóloga] foi bater de frente, perdeu o emprego. (P3, Fem., Preta).

Outra concepção mostrada nos resultados é de que o tema das políticas de ação afirmativa gera conflitos e desconforto em pessoas cuja cor de pele é branca, como exemplificam as narrativas de P4 e P7:

É delicado falar sobre raça porque sou branca. É como se eu não pudesse me apropriar disso. Apesar de eu ter conhecimento para defender a questão das cotas, é como se eu não estivesse falando de mim, porque sou branca (P4, Fem. Branca).

Outro dia estavam brigando sério, discutindo aqui na equipe e perguntaram para mim: o que você acha das cotas? Eu falei, não vou falar, eu sou branca e não vou dar opinião, se perguntarem se sou a favor ou contra, vou falar que eu sou a favor. Mas, eu não gosto de

dar opinião por ser branca: eu acho que não sei o que é. Então começou outra discussão (P7, Fem., Branca).

Ainda no que diz respeito a concepções sobre as políticas de ação afirmativa, emergiu de modo significativo o discurso ligado à ideia de meritocracia e da promoção de transformações sociais estruturais, que envolvam outros fatores que não a cor da pele das pessoas, como elucidam as narrativas de P8, P7, P1 e P6:

Eu tive que estudar muito para passar aqui, independente de ser branca. Eu fiquei três anos no cursinho para passar na Universidade Pública. Não é uma questão de ter mais ou menos dinheiro, mais ou menos melanina. É uma questão de esforço. Tem de estudar e se esforçar (P8, Fem., Branca).

Agora preferiria que se investisse mais em uma boa educação, que desse melhores condições de acesso do que a cota em si. Preferia que, por exemplo, tivesse mais acesso a cursos preparatórios tanto para os vestibulares (...) do que você dar chances diferentes por conta da cor da pele. Acho que isso às vezes aumenta até a situação da diferença (P7, Fem., Branca).

Se é a única ferramenta para diminuir as desigualdades, tudo bem. Mas eu gostaria que existisse outras ferramentas para que, num processo de concorrência, pudesse ser pelo que as pessoas aprenderam e não pelo critério de ter mais pontos por ter uma determinada cor de pele (P6, Fem. Branca).

Outro dado relevante nesta categoria diz respeito aos segmentos de pessoas de ascendência oriental, árabes e pessoas cuja cor da pele é branca como detentores de privilégios ou alvos de preconceito, a depender da relação estabelecida.

Alguns exemplos sobre como esta racialização é percebida aparece nas narrativas de P6, P8 e P9:

Com relação aos japoneses tem a ver com a história de Suzano. Aqui teve muitos japoneses e os descendentes, filhos e netos formam a maioria das famílias tradicionais da região. Tem várias gerentes das unidades [de saúde] que são “japonesinhas”. Já ter uma parcela significativa de brancos tem a ver com o histórico de inserção social desta população: o acesso aos estudos, a universidade....o processo de desfavorecimento histórico da população negra (P6, Fem., Branca).

Os árabes sofrem muito preconceito, sou filha de árabe e as pessoas acham que sou muçulmana, e ser muçulmana hoje em dia.... É complicado. No final das contas temos mesmo é uma grande dificuldade em lidar com a diferença (P8, Fem., Branca).

Pode ser um branco numa família de japoneses e os japoneses tratam esse branco empregado como um Gaijin, que é aquele que não é japonês. Eu já fui muito tratado como gaijin, e quando entro num restaurante japonês que só tem japonês, sou quase sempre tratado como gaijin. Eles fazem perguntas para saber se eu entendo da culinária japonesa(...) me tratam como gaijin. Preconceito (P9, Masc., Branco).

O terceiro item desta categoria diz respeito às concepções sobre as relações entre pacientes e trabalhadores da saúde mental e como essas são influenciadas pelas relações étnico-raciais, além de como isto emerge no atendimento clínico em saúde. As narrativas de P4, P8 e P6 são ilustrativas dessas concepções:

Eu estou lembrando de outro paciente que é negro, e fica muito num bar perto do CAPS. É muito interessante o movimento que tem na equipe: ‘Ele fica no bar, toma remédio, ele bebe, não bebe? Algumas pessoas já ouviram dele que não bebe. Achei interessante pensar se ele estar no bar e ser negro, não sei se é um estereótipo, pois ele falou que não

bebe e da primeira vez que ele falasse ‘Ó, eu não bebo!’ a equipe já teria que acreditar: ele não bebe. Mas é um negócio tão louco que eu já ouvi gente da equipe falar: ‘Olha, eu sinto cheiro de álcool!’. Daí outros profissionais falam: *‘Não, é porque ele tem diabetes e o cheiro é parecido. Então eu acho que talvez está permeado por isso daí, no caso dele, pela questão racial (P4, Fem., Branca).*

Porque sobre raça ainda vejo muito, entre os profissionais, prevalecer o senso comum, os próprios preconceitos (P6, Fem., Branca).

Sobre tais preconceitos, P9 narra situação vivida numa reunião de sua equipe de trabalhadores, onde ele entendeu que houve manifestação de preconceito em relação às religiões ligadas a matrizes africanas:

Uma pessoa no CAPS fez o relato da história de um paciente, e usou a palavra “trabalho”: disse “fazer um trabalho”. Um dos profissionais presentes entendeu que ele estava se referindo a trabalho [no sentido religioso] de umbanda ou candomblé e perguntou: “Trabalho de umbanda? Trabalho de macumba?”. Outro falou: “Ai credo, Deus me livre, não gosto dessas coisas”. Imagina, dentro de uma equipe que trabalha com uma população eclética, num serviço de saúde do Estado, que é laico por princípio e fala uma coisa preconceituosa dessas (P9, Masc., Branco).

Por meio dessa categoria, também foi possível identificar como as/os psicólogas/os realizam a escuta clínica de vivências do preconceito étnico-racial sofrido por pacientes atendidos nos serviços públicos de saúde mental.

As entrevistadas P5 e P6 comentaram sobre pacientes de cor de pele negra que trouxeram o tema em psicoterapia:

Lembrei de uma senhora, ela estava num momento de conquista da vida, tinha sido promovida no trabalho, e trouxe de uma forma muito emocionada que uma vez ouviu de uma professora que ela era preta, pobre e feia. E o quanto isso a vida inteira dela ecoou. Eu acho que talvez para ela isso funcionou como um impulsor, mas sempre carregado de dor (P 5, Fem., Branca).

Mulheres [negras] em situações de transtornos depressivos, quando relatam sobre a infância, principalmente em situações da escola [contam] de humilhação, ou mesmo apelidos pejorativos, pessoas [negras] que quando entram em contato com essa imagem ligada com a questão racial apresentam bastante sofrimento, isso eu já vi muitos casos. Também já ouvi narrativas de crianças falando sobre seu sofrimento na família: duas crianças, ambas pardas. A criança que tem o tom de pele mais escuro não ser tão bem tratada pela mãe, ou não ter os mesmos privilégios (P6, Fem., Branca).

Os relatos de P5 e P6 sobre as pacientes mostram a concepção de que o sofrimento derivado do preconceito étnico-racial é profundo, presente tanto na manifestação do comportamento quanto direcionando formas de ser, agir e pensar. O que ressalta a importância de profissionais sensíveis ao tema e aptos a auxiliar no processo de elaboração do sofrimento por meio de uma escuta qualificada sobre as relações étnico-raciais.

Outro aspecto que chama atenção é como os profissionais psicólogos/os percebem o tema da atuação policial, como ilustrados pelos relatos de P7, P8 e P9:

Com certeza nossos usuários negros sofrem no quesito de ser vítima de violência policial, são alvo de maior desconfiança da guarda civil metropolitana, isso eu posso assegurar (P8, Fem., Branca).

Muito racismo, por exemplo, na conduta da polícia local. Tanto a polícia militar, quanto a civil. Eu já perguntei para um policial em Suzano, branco, numa situação bem descontraída: “Se você vir um negro correndo na rua e um branco correndo na rua. Tem

diferença?”. Ele falou: “Tem”. “Qual que é a diferença? ”[eu perguntei]. Ele falou: “Para mim, nenhuma. Mas para os meus colegas, com certeza, eles vão querer abordar se for negro. O branco, às vezes sim, às vezes não. Vai depender de como está vestido” (P9, Masc., Branco).

Tem um menino que eu atendo, adolescente, que foi para Fundação Casa, ele diz que tinha medo de ser [preso por um crime] forjado [ou seja, um crime construído no intuito de incriminá-lo]. Mesmo se ele estivesse com a droga que o policial disse, era pouco: dez pinos de cocaína. E vejo que se ele não estivesse no bairro ‘x’ aqui de Suzano, dessa classe social, não fosse negro, se fosse pego com dez pinos no centro da cidade e em outro contexto não teria sido jamais enquadrado como traficante. Também já ouvi [de brancos] que [a polícia] conversa e manda para casa, mesmo quando pegou droga. Um rapaz falou: “não tomo enquadrado, deve ser porque eu sou branco”. A gente percebe que teve uma abordagem diferente por ser branco (P7, Fem., Branca).

A entrevistada P7 contou ainda que:

[sobre moradores de rua negros que são vítimas de violência policial] Isso é preconceito, é racismo e preconceito de uma maneira mais ampliada pelo fato de estar lidando com um morador de rua, tem situações que são uma gama de fatores: a cor da pele, o fato de ser pobre, velho ou novo de ser morador de rua (P7, Fem. Branca).

O quinto e último item desta categoria mostra as concepções dos profissionais da Psicologia sobre como utilizam o quesito cor-raça nos atendimentos em saúde mental.

Os resultados mostram que a maioria das pessoas entrevistadas consideram relevante considerar a raça no atendimento clínico em saúde mental, como exemplificam as narrativas de P7, P1 e P4:

Sim, considero [quesito raça-cor no atendimento]. Por causa disso nenhum lugar vai ser assim, falando do Brasil que finge ser igual [sobre o mito da democracia racial]. Viver

sendo branco e sendo negro, não tem como a gente negar isso, somos um país racista (P7,Fem., Branca).

Considero sim [quesito raça-cor no atendimento], porque não tem como você desconsiderar que é diferente viver sendo negro e viver sendo branco nesse país, a vida é diferente. (P1, Fem., Branca)

Eu acho que é importante para gente pensar quem que está adoecendo. Por que que está adoecendo. Quais são as condições de produção desse adoecimento e quais são as questões sociais que estão envolvidas. E o que é que é esse adoecimento. Quem está usando mais droga? São os brancos? São os negros? Quem são? Eu acho que é importante sim, para entender como um 'sintoma social'(...)No caso do CAPS, os negros, as pessoas que tem poucos recursos financeiros, que não conseguem trabalho, com a escolaridade baixa. Eu não tenho estatística, mas a gente sabe (....) (P 4, Feminino,Branca).

4) *Cenas do cotidiano: preconceito e discriminação na atuação em saúde mental e Intervenção sobre o tema.*

Figura 05(2017) Palavras –Chave da Categoria 4

A quarta e última categoria dos resultados obtidos mostra como o tema das relações étnico-raciais emerge no cotidiano do atendimento em saúde mental e as intervenções utilizadas pelas/os psicólogas dos serviços públicos de saúde mental em Suzano.

No quadro acima, salienta-se algumas das palavras utilizadas nas narrativas que mostram a utilização de apelidos pejorativos e hierarquização entre as pessoas segundo a cor de pele, além de conceitos operados na clínica psicológica para lidar com a diferença.

Inicialmente, destacam-se narrativas sobre preconceito e discriminação de vivências, explicitando o modo como a raça-etnia ainda estrutura relações interpessoais entre profissionais

de saúde e entre trabalhadoras/es e pacientes dos serviços. Os relatos de cenas feitos por P3 e P1 abaixo ratificam isso:

*Eu sinto um pouco discriminação, por que eu não posso ser a 'doutora'. Eu te contei do médico que achou que eu era faxineira na unidade? Uma mãe estava com uma criança com a orelha estourada, falei: "Eu posso ajudar a senhora?". Ela falou: "É que passei meu filho no médico ontem. Ele passou um remédio, estourou o ouvido do meu filho. Queria passar nele". Falei: "Pera só um pouquinho". Bati na porta, entrei e falei: "Desculpa interromper, mas tem uma mãe ali (...) ela disse que passou com você ontem". Ele: "Ela está agendada?". [A entrevistada respondeu] "Não, ela não está, ela precisa só falar com você". Ele: "Ela que espere". Eu: "Está bom. Só que o filho dela está passando mal, parece que tem um problema na orelha dele". Ele: 'Ah, ela que vá no PS [Pronto Socorro] '. Eu: "Está bom, vou pedir para ela ir no PS e dizer o que ela informou, que o senhor passou um remédio que prejudicou a criança. Vou orientá-la a fazer isso". Ele: "Cadê essa mãe?". Aí a mãe entrou, ele viu que tinha passado um remédio que a criança era alérgica. Era um dos meus primeiros dias de trabalho, estava na cozinha. Ele entrou e lá estava a gerente, ele veio na minha direção com 'sangue nos olhos' e disse tipo assim: **Quem é você? Você é da limpeza, quem é você para entrar na minha sala assim? E aí a gerente diz assim, está aqui é a doutora (...) é a nossa nova psicóloga** (P3, Fem., Preta).(grifo nosso)*

*(...) lembro de um farmacêutico que eu atendia e falava sempre disso. Ele era trabalhador da saúde muito bem formado, bem preparado, e tinha embates com os médicos. De ir questionar uma prescrição que não combinava um medicamento com outro e os médicos virem com aquele discurso de **'você sabe com quem você está falando?'** . E faziam isso dentro do banheiro, **levavam ele para dentro do banheiro e intimidavam mesmo!** E ele sempre trazia essa questão de: "Ah, é o 'Negão', é o 'Negão' está questionando (...). E muitas vezes eu acho que aconteceu porque a pessoa é negra (P1, Fem, Branca).(grifo nosso)*

Na cena relatada por P3, o médico questiona o lugar de saber da profissional psicóloga e aloca em seu discurso pessoas de cor de pele negra em lugares de sociais tidos como subalternos, como de responsáveis pela faxina. Assim mantém a lógica colonial de relações de trabalho: pessoas de cor de pele negra tradicionalmente responsáveis por trabalhos braçais, em oposição às pessoas de cor de pele branca tradicionalmente exercendo funções intelectuais, como se essa fosse uma diferença atávica entre esses grupos (Lima &Vala, 2004).

A cena relatada por P1, por sua vez, é um exemplo de intimidação que mostra um impeditivo para este profissional exercer sua função como trabalhador.

Para Santos (2012) ao questionar esse lugar tradicional de saber-poder nas relações profissionais, os trabalhadores de cor de pele negra vivenciam experiências que se desdobram em intimidações e tentativas de impedir o acesso aos seus lugares profissionais. Nesse sentido, convém destacar o relato de P6 que destacou de uma cena de discriminação:

(...) trabalhou com a gente um psiquiatra que era negro. [...] foi interessante de como isso repercutiu em alguns casos. Ele era afetuoso, competente. Mas tiveram mães que se incomodaram, pessoas que eram pacientes da outra psiquiatria e não vieram mais. (P 6, Fem., Branca).

A cena relatada por P3, por sua vez, chama atenção para o estereótipo de periculosidade facilmente associado aos homens de cor de pele negra.

Foi meu primeiro dia na UBS. E ele estava em crise, um negão enorme de dois metros de altura (...), foi paciente do CAPS [adulto], e ele veio para cima de mim com os "zóio" deste tamanho. Não era eu que estava atendendo era o (outro psicólogo), eu só fui lá conhecer o posto de saúde. 'Quem que você é?' ,ele perguntou. Daí eu falei: pronto vou apanhar. (risadas). Primeira coisa [que pensei], mais pelo jeito dele, eu falei nossa! Este negão vai me destruir aqui. Eu já tinha visto outros pacientes em crise, mais nunca pensei vou apanhar. (...)

ele estava muito agressivo. (...) E então, eu não sei se foi por uma questão da cor e me deu uma má impressão e eu achei que ele ia me bater. Porque depois de um tempo que eu fui me acuando na parede, percebi que ele estava em crise (...) o cara é enorme (...) sabe aquele estereótipo do negão do mal (P 3, Fem. Preta).

Interessante destacar que esta foi a única narrativa dentre os entrevistados que admitiu ter vivido uma situação em que associa sua reação à cor da pele de um usuário do serviço de saúde mental.

Já a cena abaixo relatada por P3, mostra estereótipos ligados às mulheres de cor de pele negra nos serviços de saúde:

Quando eu cheguei lá o primeiro dia de trabalho, não conhecia ninguém. Sentei lá na recepção, como todas as mães, e fiquei esperando. E esperei duas horas o atendimento da coordenadora do local [...] falei “moça, eu vim aqui falar com a coordenadora, estou há duas horas esperando e ninguém veio falar comigo” (...), “Mas quem é a senhora, é mãe de paciente?” Eu falei “não, sou psicóloga, passei no concurso e vim trabalhar aqui”. Ela “Ah espera um pouquinho”, correu lá dentro aí um monte de cara para fora, quando botaram para dentro uma risada. Seis meses depois me contaram: “a gente achava que você era mãe de paciente por causa da sua roupa, seu cabelo”. Quer dizer, meu cabelo durinho, pixaim não valia. Não pode ser doutora”.(P3, Fem., Preta).

Vale dizer, que a generalização e essencialização da ‘figura de usuárias/os’ dos serviços de saúde, que em sua maioria são pessoas pretas e pardas segundo os dados do Ministério da Saúde (SUS, 2012) faz com que profissionais vejam uma mulher cuja cor da pele é negra no lugar de pessoa que será atendida, e não como profissional de saúde.

Por outro lado, chamou atenção o fato da maioria das pessoas entrevistadas não trazer cenas de preconceito e discriminação vivenciados pelos pacientes nos serviços de saúde onde atuam, possivelmente por medo de serem avaliados e/ou responsabilizados como cúmplices ou

negligentes. Apenas P1 trouxe em sua narrativa uma cena de discriminação de um profissional da enfermagem em relação a uma paciente:

Acabei de ouvir isso agora na cozinha do posto [de saúde] da [nome da pessoa], auxiliar de enfermagem: “Ai, você viu aquela pretinha que chegou aí querendo vacina, nem tem casa para morar e quer vacina! Para que? Deve estar cheia de bactérias. Não dei mesmo!”. E a pessoa que já está sem direito algum é mais colocada com menos direito. Eu nunca ouvi ninguém falar: “Ai, a loirinha que nem tem onde morar ainda quer vacina para que? Se já esta cheia de bactéria” (P1, Fem., Branca).

No que diz respeito à intervenção nas questões ligadas às relações étnico-raciais, os resultados mostram práticas nas quais houve a operacionalização de conceitos tradicionais da Psicologia, como empatia e reconhecimento do valor do outro. E situações em que os próprios profissionais de Psicologia colocaram em cena sua racialidade, como mostram as narrativas de P6 e P7:

Agora me lembrei de casos de atender, de repente a criança olhar e falar: “queria ser branca igual a você”, e aí como trabalhar “ah, eu queria ter o cabelinho enrolado igual o seu”, então enrolar o meu cabelo com as mãos. A gente pode admirar o outro na sua diferença e também gostar do que é. As pessoas também podem se valorizar de outras formas. Se for uma questão muito central do sofrimento daquela pessoa, eu procuraria trabalhar esse tema das diferenças. Então vamos tentar ter acesso a histórias, buscar na literatura histórias com que a pessoa se identifique, mas que ela possa ter um modelo de inspiração. Mostrar modelos que têm hoje em dia. (...) (P6, Fem., Branca)

Era uma pessoa que tinha muita dificuldade de perceber quantas questões de raça estavam influenciando no jeito que a sociedade tratava ela, não tinha essa percepção. E eu não me sentia à vontade como branca de ficar falando. Cheguei a pensar que poderia ter sido ofensivo! Uma pessoa que não pense sobre isso e não conseguiu ainda ter essa identificação

de classe, de raça.... E chegar uma pessoa branca ficar falando para ela que ela sofre isso, acho que pode ofender ou ser desrespeitoso, então cheguei a pensar, mas não tinha essa possibilidade no momento. Só pensei (risos). (P7, Fem., Branca).

Ainda sobre as vicissitudes de profissionais de cor de pele branca atendendo pessoas de cor de pele negra, P6 produziu a seguinte reflexão durante a entrevista:

Eu estou pensando agora, será que eu ser branca atendendo alguma pessoa negra, isso pode ser um fator que ajuda, dificulta ou tanto faz? (P6, Fem., Branca).

Ainda sobre as intervenções realizadas, entrevistados relataram uso de técnicas originárias das práticas preponderantes em Psicologia: aquelas ligadas às ações individuais que localizam *na pessoa alvo do preconceito* o enfrentamento da violência sofrida, como mostram as narrativas de P1, P5 e P7:

Ah, eu acho que é no sentido de como a pessoa se posiciona diante disto. Acho que é um.. Também não sei se é uma boa palavra, mas é o fortalecimento da pessoa. Nas mais diversas situações. Tanto na situação de discriminação por gênero. Não negar o preconceito vivido. Acho fundamental (P1, Fem., Branca).

Vejo como uma necessidade de acolhimento, ajudar a pessoa a superar isso (P5, Fem., Branca).

É importante reconhecer e validar, não achar que não [viveu preconceito] e apoiar para a superação da melhor forma possível (P7, Fem., Branca).

A narrativa de P9 mostra preocupação em não fomentar uma postura de vitimização entre pessoas de cor de pele negra apesar de considerar relevante uma escuta atenta:

Só pelo fato de ter um negro sentado na sua frente, com angústia não acho necessário perguntar para ele “então, pelo fato de você ser negro, já sofreu ou sofre preconceito racial?”. Eu vejo que não. Isso, por exemplo, pode causar um malefício para o paciente, pode alimentar e fortalecer nele posições de vitimização e não é o que nós queremos. Nós queremos sujeitos autônomos, sujeitos que consigam lidar com o sofrimento, com as dificuldades do mundo, com a angústia. Então, é importante uma opinião clínica, uma escuta aberta, permitir que ele fale (P9, Masc., Branco).

Discussão dos Dados

O quadro 01 apresentado a seguir apresenta uma síntese dos achados encontrados em cada uma das categorias:

Síntese dos resultados obtidos

Categoria 1 <i>Trajetória e Identidade Profissional: Concepções.</i>	- Resultados dialogam com a literatura que indica prevalência de concepções idealizadas das práticas psicológica por profissionais e sociedade; - Relevância da revisão paradigmática da Psicologia no processo de transição do individual para o coletivo dentre os desafios na atuação na América Latina. - Coaduna com a literatura no que tange a construção da identidade profissional de psicólogas/os em processar o exercício profissional; - Aumento da efetividade da atuação psicológica em saúde mental se houver incorporação da crítica social.
Categoria 2 <i>Formação no tema das relações étnico-raciais e dificuldades na definição das relações étnico-raciais</i>	- Relações étnico-raciais não foi um tema abordado na graduação de modo que pudesse se tornar um marcador relevante no processo de análise das desigualdades; - Psicólogas/os entrevistados receberam formação transversal que auxilia na compreensão de grupos estigmatizados. - Há mostras das influências significativas dos estudos feministas na análise das desigualdades pela ciência psicológica; - Racismo não constitui categoria analítica analisável, e sim ideologia estruturante de atitudes que influenciam no atendimento em Saúde Mental nos serviços públicos.
Categoria 3 <i>Concepções sobre relações étnico-raciais, preconceito e racismo.</i>	- Resultados mostram que não há consenso entre profissionais da Psicologia entrevistados sobre o tema das relações étnico raciais; - Opiniões diversas elucidam influências das experiências pessoais; - Políticas Afirmativas são concebidas como ‘posse’ de pessoas de apenas alguns segmentos étnico-raciais; - Parte significativa das pessoas entrevistadas considera o tema das desigualdades étnico-raciais como mero desdobramento das desigualdades econômicas e sociais.
Categoria 4 <i>Cenas do cotidiano: preconceito e discriminação na atuação em saúde mental e intervenção no tema.</i>	- Dados mostram ocorrência de ações de preconceito étnico-racial para com profissionais de saúde cuja cor da pele é negra; - Houve poucas narrativas de ações discriminatórias exercidas pelos profissionais dos serviços de saúde em relação aos pacientes atendidos; - Resultados mostram reconhecimento parcial das influências da cor da pele das pessoas no modo como ocorrem as relações interpessoais na saúde mental; - Não houve narrativas de intervenções realizadas no âmbito institucional nos serviços de saúde em Suzano para diminuir as práticas de preconceito e discriminação. - Não foram apresentadas narrativas que mostrassem o uso de subsídios teóricos e metodológicos científicos da Psicologia como estratégia de prevenção de práticas de preconceito étnico-racial.

Na categoria *1- Trajetória e Identidade Profissionais: Concepções* destaca-se que os resultados obtidos reforçam achados de pesquisas anteriores sobre identidade de profissionais da Psicologia, principalmente acerca da prevalência de concepções idealizadas das práticas psicológicas pelos trabalhadores da saúde e pela sociedade (Mazer & Melo-Silva, 2010).

Os resultados apontam ainda para desafios na atuação psicológica em saúde mental nos serviços públicos de países da América Latina. Tais práticas poderiam ser mais efetivas se fossem estruturadas tendo por base uma leitura crítica social. Assim poderiam colaborar para o protagonismo das pessoas atendidas no cuidado de si e do outro, alinhando direitos humanos, sociais e políticos (Baró, 1996; Gesser, 2013; Sawaia, 2015).

Os dados obtidos nessa categoria coadunam com os resultados de estudos sobre identidade entre profissionais da Psicologia, como mostra a revisão de literatura realizada por Mazer & Melo-Silva (2010). As autoras elucidam em relação a formação da identidade profissional que:

O processo de construção da identidade profissional começa a ser gestado quando tomam forma o interesse e o desejo de ter a Psicologia como profissão, a partir das primeiras identificações e de algumas representações sobre o exercício da atividade do psicólogo, presentes na situação de escolha profissional, que constituem base importante para os primeiros significados atribuídos ao ser psicólogo. (p. 287)

Como afirmam Mazer & Melo Silva (2010) no artigo de revisão que analisa o estado da arte sobre pesquisas científicas realizadas no Brasil sobre a identidade de psicólogas/os:

“Considera-se que, na construção da identidade profissional, entram componentes da experiência pessoal de vida, além das experiências de trabalho” (p. 288).

As autoras apontam ainda para um processo de formação identitária que passa pela desconstrução de concepções idealizadas do exercício profissional, fantasias essas que estão presentes durante a formação universitária e desmistificam-se quando os/as profissionais ingressam no mercado de trabalho.

Como já dito, estudos anteriores sobre atuação de psicólogos no Brasil mostram uma modificação das práticas profissionais de acordo com as necessidades sociais. A mudança do paradigma individual para o coletivo, com ações generalistas ligadas ao modelo biomédico são substituídas paulatinamente por modelos capazes de desenvolver análises críticas de realidades sociais complexas (Sawaia, 2015; Scarcelli, 1999; Yamamoto, 2010).

E ainda em diálogo com a literatura de referência, os resultados desta categoria mostram a relevância de revisitar o papel social da Psicologia como ciência e profissão para efetivar novos processos de mudanças paradigmáticas do individual para o coletivo, tanto nas concepções identitárias entre profissionais da Psicologia quanto nas práticas psicológicas em saúde mental no âmbito dos serviços públicos (Dimenstein, 2000;2013; Yasui, 2006; Mazer & Melo -Silva, 2010).

Já nos resultados da *Categoria 02 - Formação no tema das relações étnico-raciais e dificuldades na definição das relações étnico-raciais*, destaca-se que as relações étnico-raciais não são abordadas na graduação de forma que o tema pudesse ser incorporado como um marcador relevante na análise de desigualdades (Santos et al., 2013).

Os dados obtidos aqui coadunam com dados de outras pesquisas sobre o tema produzidas no Brasil que apontam a raridade de uma abordagem a respeito das relações étnico-raciais durante a formação em Psicologia. Quando esta ocorre não é feita de forma sistematizada, dificultando a proposição de intervenções eficazes para diminuir os

impactos emocionais e sociais negativos do preconceito e discriminação étnico-racial (Sacco, Couto, & Koller, 2016; Santos & Schucman, 2016).

A incorporação do conceito analítico “raça”, se incluído durante a formação acadêmica de profissionais da Psicologia, auxiliaria posteriormente com que este conceito se utilize no atendimento em saúde mental devido a sua influência como fator de produção de subjetividade entre diversos segmentos populacionais no Brasil (Santos & Schucman, 2016).

Como defendem Santos & Schucman (2016) viabilizar na formação acadêmica durante a graduação o contato com alguns temas torna-se estratégia fundamental para o exercício de práticas posteriores pelos profissionais da Psicologia:

A formação dos (as) psicólogos (as) e pesquisadores (as) em Psicologia é um momento privilegiado de construção de saberes e apresentação de teorias a respeito das mais diversas problemáticas; por conseguinte, se nada ou muito pouco é visto durante essa formação a respeito de determinado tema, torna-se mais difícil o reconhecimento de sua relevância. (...) a distribuição e frequência dos temas tratados durante a formação ilustram a relevância que será dada aos mesmos, posteriormente, pelos (as) psicólogos (as) e pesquisadores formados. (p. 14)

É possível compreender com base nos dados que ao traçar um paralelo entre o conhecimento sobre relações étnico-raciais e a diversidade sexual, psicólogas/os mostram como a formação possibilita uma compreensão sobre grupos estigmatizados, e que existem elementos para práticas em contextos diversos de promoção da igualdade, ainda

que de forma transversalizada (Gato & Fontaine, 2010). E também o quanto os estudos feministas colaboraram na ciência psicológica para a análise das desigualdades (Curiel, 2007), e por este motivo frequentemente a discussão sobre desigualdade étnico-racial é associada às discriminações de gênero e diversidade sexual.

Parte das entrevistas mostra a relevância de paridade participativa. A inserção de segmentos tradicionalmente marginalizados na sociedade (mulheres, negros, homossexuais) nas universidades permite a ampliação do debate sobre necessidades específicas destes segmentos populacionais na perspectiva de quem vive situações de preconceito (Nery et al., 2007).

Porém, os resultados ratificam que sem a sistematização necessária para a prática de intervenções, os temas permanecem ‘setorizados’, impedindo o exercício do debate por todos os profissionais independente de pertença étnico-racial, gênero ou condição sócio econômica.

E, sobretudo, dado o alcance das relações étnico-raciais tanto nos processos de formação identitária quanto na psicodinâmica das relações interpessoais. Diferenças ainda se transformam em desigualdades, e há modos distintos de acesso a direitos sociais e políticos entre pessoas de origens étnico-raciais distintas (Castelar et al., 2013; Miranda, 2004; Sacramento & Nascimento, 2011).

Dentre os resultados obtidos no que tange as *dificuldades na definição sobre as relações étnico-raciais* é possível frisar que o racismo não constitui uma categoria analisável nos dados desta pesquisa, mas, sim, como uma ideologia estruturante de atitudes (como o preconceito) formando um processo que influencia atendimentos em saúde mental nos serviços públicos.

A neutralidade, pretensamente proferida nos discursos esbarra nas práticas em que diversas matrizes de valoração dos sujeitos atendidos são evocadas para legitimar o exercício de cuidados em saúde distintos.

Assim, práticas sustentadas pelo exercício cotidiano são ratificadas, por meio de ações automáticas e irrefletidas que são por isso mais difíceis de ser identificadas. Poderíamos descrever as relações aqui postas na figura a seguir:

Figura 6- Fatores envolvidos no Atendimento em Saúde Mental.

A instituição Psicologia, enquanto produtora de modos identitários pode colaborar na perpetuação de padrões comportamentais e estereótipos que, por meio da reprodução de essencialismos, ordena relações afetivas (Costa, 2012; Pereira et al, 2011). Enquanto ideologia, o racismo configura estrutura de difícil desagregação (Pereira et al, 2011).

Neste contexto, a atuação psicológica pode ter papel fundamental com base, num primeiro momento, na desconstrução de tal ideologia dentro da própria instituição ‘Psicologia’.

Considerando os resultados obtidos e os objetivos deste trabalho, se propõe a seguinte questão: qual tem sido o papel da Psicologia atuante na saúde mental em serviços públicos na

elaboração, execução e avaliação de políticas de combate a discriminação e ao preconceito étnico racial?

Na *Categoria 03 - Concepções sobre relações étnico-raciais, preconceito e racismo*, os resultados aqui obtidos mostram que não há consenso entre profissionais da Psicologia sobre o tema. As opiniões diversas elucidam a influência das experiências pessoais de cada profissional no convívio ou não com pessoas que se beneficiam das políticas de ação afirmativa, assim como no que se refere a como cada um percebe a presença ou ausência de pessoas de cor de pele negra em sua formação acadêmica ou nos locais de atuação profissional.

Destaca-se como o tema das políticas de ação afirmativa é percebido como "propriedade" das pessoas cuja cor de pele é negra, como se não influenciasse as pessoas de outras cores de pele no que tange a paridade participativa e consequentes modificações de hierarquias raciais, com possíveis transformações no preconceito étnico-racial. E, ainda, chamou atenção como parte significativa das pessoas entrevistadas considera o tema das relações étnico-raciais como mero desdobramento das desigualdades econômicas e sociais.

No que diz respeito ao uso da variável raça-cor no preenchimento de instrumentais utilizados no atendimento em saúde mental em Suzano, a pesquisadora fez contato com a Vigilância Epidemiológica para o levantamento dos dados em saúde mental desagregados por raça-cor, recebendo como resposta a informação de que: "Esse dado é pedido e sabemos que deveria ser feito assim, seu raciocínio está certo. Mas infelizmente ainda não trabalhamos desse jeito aqui no município". (*sic*)

A ideia de que o preenchimento do quesito cor-raça não seria obrigatório se encontra em estudos anteriores, demonstrando o desconhecimento dos profissionais sobre sua relevância como subsídio para elaboração de políticas públicas eficazes (Cordeiro, 2006; Santos et al, 2010; SUS, 2007). Implementar o quesito raça-cor na saúde configura uma estratégia para "identificar as necessidades mais proeminentes da população em relação à saúde permitindo

desenvolver e adequar ações de planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde” (Santos, Malachias, Brito, Trinidad, Muniz, Bento e Ribeiro, 2010).

Desse modo, um município que não incorpora este quesito em sua análise multicriterial na estruturação de políticas públicas incorre no risco de não ter bases sólidas quanto ao perfil da comunidade atendida, o que pode diminuir a eficácia de programas e serviços.

Fatores como idade, raça e classe social surgem como marcadores que ampliam condições de vulnerabilidade, dificultando o bem-estar geral entre pessoas de cor de pele negra (Prestes, 2013; Rosa, 2014; A. O. dos Santos et al., 2012).

Por isso, os resultados aqui obtidos sobre concepções de psicólogas/os tendo em consideração o modo como o as relações étnico-raciais emergem na prática clínica e no cotidiano dos serviços de saúde mostra a relevância do tema para compreender o quadro de saúde geral de pacientes atendidos (Bastos & Garcia, 2015a).

Por um lado, os dados mostram que os entrevistados reconhecem parcialmente as estruturas relacionais herdadas do período escravista e a lógica de relações coloniais, na leitura sobre a inserção política e social inadequadas das pessoas indígenas e de cor de pele negra em nossa sociedade.

Por outro, o desconhecimento de dados e resultados das pesquisas científicas produzidas pela própria Psicologia inviabiliza uma análise mais aprofundada e complexa dos profissionais sobre o tema.

A quarta e última categoria de dados obtidos - ***Cenas do cotidiano: preconceito e discriminação na atuação em saúde mental e intervenção no tema*** - apresenta resultados que corroboram estudos no campo da saúde, cujos resultados apontam haver preconceito étnico-racial de usuários dos serviços que recusam atendimento ofertado por profissionais cuja cor de pele é negra (L. V. Oliveira, 2013; Rosa, 2014).

A discriminação ocorre quando há o impeditivo do acesso a um direito para uma pessoa

que teria a possibilidade de usufruir dele ou quando é negado a alguém ocupar determinada posição social que lhe cabe por direito. Só existe discriminação porque há preconceito, ou seja, uma atitude hostil em relação à outra pessoa devida à pertença a grupos socialmente desvalorizados (Marcus Eugênio Oliveira Lima & Vala, 2004).

No âmbito do serviço público de saúde a atitude não é explícita e pode produzir sofrimento nos profissionais: “não vieram mais porque sou novo no serviço ou porque sou negro? ”

O que remete à descrição de Fanon (1983) sobre lugares psíquicos de pessoas cor de pele branca e negra. Psiquiatra argelino, o autor narra experiências em que foi constantemente lembrado sobre sua cor de pele independente de suas habilidades profissionais:

Era o professor negro, o médico negro; eu enfraquecia e tremia diante de um menor alarme (...). O que esperar, na verdade, de um médico negro? Desde que tudo corresse bem, punham-lhe nas nuvens, mas atenção, nada de bobagens, a preço algum! O médico negro não saberá jamais a que ponto sua posição se avizinha do descrédito. (p. 97)

Nesta categoria dos resultados há ainda narrativas nas quais as protagonistas das cenas são denominadas “negão”, apelido comum dado a homens cuja cor de pele é negra, e que os aloca sob a insígnia da *corporeidade* “grande e forte”. Tal apelido remete à ‘representante da raça’ com base num estereótipo que descaracteriza sua singularidade. Há ainda a utilização do apelido “Pretinha”, estereótipo atrelado a mulheres cuja cor de pele é negra, sendo um diminutivo frequentemente utilizado com conotações pejorativas depreciativas que remetem à inferiorização.

Os estereótipos caracterizam a tendência do pensamento humano em reduzir e

simplificar a realidade e o outro para assimilar problemas complexos. Isto ocorre por meio de dois mecanismos cognitivos fundamentais: ignorar algumas informações e utilizar-se de modo exagerado de outras para não ter de procurar informações novas (Cabecinhas, 2010). Assim, constroem-se categorias nas quais se conferem certos atributos reais ou imaginários supostamente percebidos a certos indivíduos ou grupos.

O estereótipo do homem negro enquanto alguém violento, agressivo, ligado à natureza, à força, ao biológico (Fanon, 1983) ou de mulheres negras como seres inferiores pode indicar a necessidade de alocar pessoas cuja cor da pele é negra em lugares simbolicamente destituídos de humanidade, legitimando assim práticas de infrahumanização destas pessoas (Lima&Vala, 2004).

Ora, considerar alguém como não tendo direito de acesso a um serviço público devido ao local de moradia ou a cor de pele configura em ação discriminatória. É por isso que investigar as concepções das equipes de saúde mental sobre as relações étnico-raciais se faz relevante, pois práticas preconceituosas e discriminatórias são cotidianamente exercidas nas relações interpessoais no âmbito destes serviços, tanto entre profissionais, como entre estes e pacientes do serviço.

Como enfatizam Massigan, Bastos e Nedel (2015), pesquisar sobre preconceito e discriminação tornou-se um dos instrumentos fundamentais para viabilizar a equidade nos serviços de saúde no Brasil, porque, para os autores, o desenvolvimento científico tem cada vez mais colaborado para a compreensão de preconceitos e discriminações não como desdobramentos naturais das relações entre as pessoas, mas, sim, de problemas sociais e emocionais que podem ser identificados e tratados.

Os autores apontam intervenções que considerem as relações, dando voz aos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde e enfatizando que as pesquisas futuras sobre preconceito e discriminação na saúde incluam-nos (Massignam, Bastos, & Nedel, 2015):

(...) além da institucionalização de políticas promotoras de equidade, a participação de todos os atores sociais. Dar voz ao (...) ao trabalhador em saúde parece ser tão importante quanto promover iniciativas de educação permanente para a transformação das relações pautadas em desigualdades evitáveis. (p. 543)

A Pesquisa Nacional de Saúde mostra que classe social e falta de dinheiro são os principais fatores indicados pelas pessoas que se sentem discriminadas. E informa ainda que pessoas não brancas, mulheres e pessoas com baixa escolaridade são o maior número daqueles que relatam sentimentos de discriminação (Boccoliniet al, 2016, p. 371). Este resultado dialoga com outros estudos realizados na área da saúde que indicam maior incidência de discriminação entre pessoas não brancas, do sexo feminino e integrantes de classes sociais menos abastadas (Santa-Rosa, 2014; Lima Santa-Rosa, 2013).

Ante tal realidade, a concepção de profissionais da área sobre as influências da cor da pele nos modos de relacionar-se poderia caracterizar em uma importante ferramenta para intervenções eficazes para transformar tal realidade.

Porém estudos anteriores realizados por psicólogas (Tavares et al., 2013; M. O. P. Santos, 2012) mostraram que profissionais das áreas da Medicina e Psicologia, respectivamente, reconhecem “marcadores que se transformam em desigualdades” (Poli Santos, 2012, p. 153), porém prevalece uma “ausência de olhar crítico não contribuindo para ações promotoras de equidade” (Tavares et al, 2013, p. 580).

No tocante às intervenções realizadas, em diálogo com a bibliografia consultada, os resultados obtidos aqui mostram reconhecimento parcial dos profissionais acerca das

influências da cor de pele das pessoas nos modos como ocorrem as relações entre os profissionais e entre estes e as pessoas atendidas. Porém, não há relatos de intervenções focadas no âmbito institucional ou mesmo ações utilizando a Psicologia como estratégia para prevenir práticas de preconceito ou discriminação devido à cor de pele das pessoas.

Colocar em pauta como a cor de pele tem efeito na relação paciente-terapeuta configura um relevante fator para a prática clínica em Psicologia, dada as possíveis relações de assimetria de poder que afetam diretamente relações interpessoais na prática clínica (Scorsolini-Comin, 2015).

Nos modelos tradicionais de prática clínica da Psicologia, a cor-raça do terapeuta não constitui como um dos fatores a ser incluído na relação psicoterapêutica, exceto se a cor da pele for negra (Fanon, 1983). Por isto é importante relembrar que, assim como as demais práticas sociais, o atendimento psicológico configura um campo de injunção entre o social e o individual, entre o psíquico e o político (Gesser, 2013).

Por isso, são pequenas as possibilidades de "suspensão temporária de valores previamente estabelecidos", posto que tais valores estão amalgamados na subjetividade de profissionais e afetam constantemente o atendimento oferecido (Fabio Scorsolini-Comin, 2014)

Do mesmo modo que afeta os demais atendimentos em saúde, a complexa psicodinâmica das relações étnico-raciais influencia diretamente no campo do atendimento psicológico, como se busca sistematizar na figura 07 apresentada a seguir:

Figura 7- Injunção de fatores individuais e sociais no atendimento psicológico.

As diversas formas de fazer Psicologia viabilizam compreender os processos subjetivos como os sentimentos e seus significados, as fantasias e ideologias presentes nas relações entre as pessoas. Tendo como base que as políticas públicas só se efetivam por meio das ações de profissionais, a Psicologia pode oferecer apoio para a elaboração, execução e avaliação de políticas públicas (Costa, 2012).

Apesar do elementar papel das relações étnico-raciais no desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão no Brasil (Santos et al, 2012), esta não foi necessariamente traduzida em práticas cotidianas no campo de cuidados em saúde mental (Rosa, 2014; Oliveira, 2013, Sacco et al, 2016).

Evidentemente, dado o corpo de legislação atual brasileira, tanto na área da saúde quanto no campo específico de atuação profissional em Psicologia, é elementar o quanto não está

oficialmente legitimada nenhuma ‘política restritiva de acesso’ às populações consideradas como vulneráveis, a exemplo de pessoas de pele negra e indígenas.

Pelo contrário, como já citado nesta pesquisa: houve a construção de legislações específicas no campo de ordenamento jurídico que vão desde a legitimação de territórios das populações indígenas e quilombolas até políticas de saúde segmentadas para efetivar a garantia de cuidados no campo da saúde mental e física.

Tais ações buscam a promoção do reconhecimento, do ponto de vista histórico, das desigualdades de acesso e do quanto o Estado deve ser protagonista na superação das iniquidades e na promoção da justiça social (Pereira, et al, 2011, Costa, 2012; Santos, 2012; Rosa, 2014).

Porém, a promulgação de tais políticas e legislações não necessariamente garante que sejam *efetivadas*. Especificamente no setor saúde, estudos indicam que as pessoas atendidas em serviços públicos ainda sentem na pele os efeitos dos preconceitos e da discriminação (Kalckmann et al., 2007).

Assim, a *implantação* nem sempre se traduz na *implementação* de uma determinada política pública, ou seja: mesmo que determinado estado ou município seja signatário de convenções e recebam verba pública para efetivar ações voltadas para atender pessoas em situações vulneráveis, tal atendimento pode não ocorrer.

Desde gestores até trabalhadores atuantes dos serviços públicos de saúde, profissionais que deveriam exercer papel de operadoras de uma política pública podem devido o preconceito constituir-se em verdadeiras ‘barreiras’ para determinados grupos acessarem os serviços públicos com a qualidade que deveriam (Bastos & Garcia, 2015).

Finda que um dos princípios fundamentais do SUS, a Equidade, referencial que direciona a distribuição de recursos de forma distinta aos integrantes de segmentos com maior necessidade, se faz um dos princípios mais comprometidos pelo exercício de preconceito.

Considerando como base todos os indicativos de pesquisas, inclusive os do Ministério da Saúde, as pessoas de cor de pele negra e indígenas situam-se entre os segmentos mais desfavorecidos do ponto de vista da garantia de cuidados, elaborando inclusive políticas públicas específicas de saúde para estas populações, como é possível garantir que a equidade se efetive quando não há tradução de tais políticas às realidades específicas locais?

Especificamente no município de Suzano, a *luta para desestigmatização de usuários dos serviços de saúde mental* só foi possível graças às *articulações com os movimentos sociais*, aliados ao *reconhecimento da existência de preconceitos* e *busca de estratégias coletivas* para sua superação.

O CIDAUTIS é núcleo que integra trabalhadoras/es da saúde mental, familiares, escolas e núcleos esportivos para ampliar a inserção social de crianças e adolescentes autistas e que pode servir de exemplo. Criado frente à necessidade de articular cuidados entre a saúde mental e demais aspectos de desenvolvimento salutareis na infância, o grupo luta contra dificuldades de inserir esse público em espaços sociais distintos. Começa como um núcleo de apoio para familiares, gradativamente auxiliando educadores no município e promovendo articulações intersetoriais, como inclusão em núcleos de práticas esportivas. Além disso, passa a realizar eventos nos próprios espaços de saúde visando diminuir o preconceito contra estes usuários do serviço de saúde mental.

Outro exemplo deste modo de enfrentar coletivamente preconceitos no município afigura-se na Associação Trabalhista de Usuários. A difícil realocação de pessoas em tratamento nos CAPS no mercado de trabalho tem como principal consequência dificuldades em manter financeiramente as famílias assistidas, por isso foi impulsionada a criação de um movimento coletivo que reúne diversos modos de produção artesanal, cujos produtos são vendidos em eventos específicos, com a renda revertida aos usuários e suas famílias.

Além disso, trabalhadoras/es dos serviços de saúde desenvolvem parcerias com instituições para promover inserção formal dos usuários dos serviços de saúde no mercado de trabalho, e realizam orientações sobre elaboração de currículos e entrevistas de emprego. Além disso, são realizadas também visitas coletivas ao Posto de Atendimento ao Trabalhador (PAT) localizado no município.

Tais ações locais só foram possíveis mediante o reconhecimento das vivências de preconceito vivido por usuárias/os dos serviços de saúde, e mediante a auto-organização e luta aguerrida das/os trabalhadoras/es do campo de saúde mental de Suzano.

Porém, quando o assunto são as relações étnico-raciais, observamos que no município sequer foi incorporado o quesito cor-raça no levantamento da Vigilância Epidemiológica. Há pouco diálogo com setores da sociedade ligados ao movimento negro no município, e não há espaços de trocas coletivas nem cursos de formação continuada para profissionais que ensejem superar as iniquidades geradas pelas desigualdades étnico-raciais nos serviços públicos de saúde mental.

Compreendendo o compromisso social da Psicologia nas políticas públicas, em especial no campo aqui analisado - a saúde mental em serviços públicos - faz-se necessário pensar na complexa rede de relações subjetivas que fortalecem os preconceitos e assim intervir em diversas frentes, tanto individuais quanto coletivas (Dimenstein, 2001; Diógenes; & Pontes, 2016; Paulin, 2009).

Lições aprendidas com a pesquisa

Tendo por base a formação técnica recebida e os resultados desta pesquisa, aponto aqui alguns fatores relevantes durante o processo de produção que resultou neste texto e agregaram aprendizados significativos como pesquisadora, profissional e pessoa.

Como primeiro destaque das narrativas de diário de campo relato o modo como uma das pessoas rejeitou a participação nesta pesquisa. Após realizar o convite para a entrevista durante uma reunião de equipe de trabalhadores de saúde mental, informei sinteticamente que a pesquisa tratava da atuação de psicólogos na saúde mental nos serviços públicos e relações étnico-raciais.

Posteriormente por meio de conversa telefônica, expliquei detalhadamente os objetivos da pesquisa. O convite foi aceito e agendamos a data para a entrevista. Contudo este profissional condicionou sua participação à anuência da gerente do serviço onde atua. Destaquei que a realização da pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde do município e então a pessoa ratificou o aceite.

Após duas horas, recebi um telefonema deste profissional dizendo que “de verdade ainda não tinha entendido direito à que o tema se referia” (*sic*). Novamente expliquei os objetivos da pesquisa: elucidar como as relações étnico-raciais estavam presentes no atendimento em saúde mental de profissionais da Psicologia nos serviços públicos de saúde em Suzano. Citei então como exemplo situações comuns na clínica e intervenções que nós psicólogas/os poderíamos fazer em relação a isso. A pessoa verbalizou sua frustração dizendo que não poderia me ajudar, pois “não tinha nenhuma intervenção específica em relação a isso” (*sic*). Percebi que minha fala poderia ser interpretada como uma tentativa de ‘mapear ações’ já existentes e não uma pesquisa investigativa para verificar como o tema emerge nas práticas da saúde pública.

Será que elucidei de fato o tema da pesquisa? Ou será que o tema da pesquisa não estava ainda tão claro para mim como pesquisadora a ponto de não conseguir explicá-lo para outras pessoas?

Compreendendo a dúvida gerada por minha fala, disse que não havia problema, pois nem sempre as faculdades de Psicologia oferecem formação para lidar com as relações étnico-raciais, e que o que eu havia dito era apenas um exemplo.

Ora, como pesquisadora eu tinha elementos para fazer tal afirmação? Como o possível entrevistado ouviu tal afirmação? Uma pesquisadora pode exemplificar o tema da pesquisa por meio de conclusões como esta que emiti no conteúdo do meu discurso?

A resposta a estas perguntas foi dada pela própria pessoa, que disse: “*Ah, entendi, o objetivo é esse mesmo: mostrar que não tem, não é? (sic)*” e riu.

Respondi então que não, já que a pesquisa não tinha nenhuma hipótese estabelecida *a priori*, e insisti que o trabalho ainda estava sendo desenvolvido. A pessoa disse que iria pensar e desligou. Em seguida a pessoa fez novo telefonema e disse que pensou melhor e não queria conceder a entrevista, demonstrando desconforto e justificando a desistência por não ter recebido formação sobre relações étnico-raciais.

Percebo este processo como um primeiro e significativo aprendizado nesta pesquisa. Havia, sim, de minha parte, uma hipótese *a priori* que não coadunava com os objetivos do projeto inicial. O modo como expressei o tema para o profissional em questão mostrou isso. Compreendi, como pesquisadora de um estudo qualitativo, a relevância da reflexividade e da busca por ausência de pré-conceitos, no sentido literal do termo.

Outro importante momento de minha formação como pesquisadora se deu nas duas primeiras entrevistas dada a dificuldade dos participantes falarem comigo sobre o tema. Uma das pessoas relatou o quanto era difícil falar sobre o tema comigo “*pelo fato de você ser negra*”

(sic, P4) - demonstrando desconforto e sinalizando que isto dificultaria que seu discurso fosse tão sincero quanto gostaria.

Isto fez com que para as demais entrevistas fossem incluídos outros pesquisadores na coleta de dados, em diálogo com outros estudos sobre relações étnico raciais nos quais a metodologia de pesquisa inclui a paridade da cor de pele entre entrevistadores e entrevistados como relevante para a coleta de dados (Santos, 2012; Schucman, 2014).

Destaco ainda que desenvolver a pesquisa no município onde atuo profissionalmente constituiu desafio doloroso e, simultaneamente, instigante.

Além das situações já narradas no capítulo ‘Metodologia’, na qual fui ameaçada de morte por um paciente, observar o modo como as relações étnico-raciais influenciam nas relações entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde de forma tão próxima me viabilizou uma verdadeira imersão no tema da pesquisa, que talvez não vivenciasse caso o estudo fosse realizado em outro local.

O exercício da reflexividade e o perceber a necessidade de aproximação-distanciamento necessárias dentro do exercício como trabalhadora e pesquisadora constituiu um dos maiores processos de aprendizados obtidos.

Tanto quanto à formação como pesquisadora, a produção acadêmica constitui-se em grande aprendizado para minha prática como psicóloga *da e na* saúde.

Um dos mais significativos resultados deste trabalho em minha prática clínica como psicóloga nos serviços públicos de saúde mental refere-se ao que eu chamo ‘*refinamento do olhar*’ sobre as relações étnico-raciais, que ajudou a perceber as relações interpessoais marcadas por fatores diversos que podem produzir desigualdades, de maneira muito mais crítica que ao iniciar a pesquisa.

Assim, comecei a perceber quais questões ligadas ao meu pertencimento de gênero, de local de pertença social, cultural e territorial poderiam influenciar nos atendimentos em saúde mental.

A minha cor da pele, que para a maioria das pessoas com quem convivo não indica pertença étnico-racial na categoria designada como Preta pelo IBGE, que setores do movimento negro chamam de ‘mulher negra de pele clara’, colocou-me, no cotidiano, muitas vezes diante de situações muito desconfortáveis.

Por não ser considerada negra por algumas pessoas em alguns ambientes, não fui privada de ouvir narrativas ligadas a preconceitos e discriminações ligados à cor da pele das pessoas, num tipo de exercício do preconceito étnico-racial sofisticado e bastante agressivo (Gonzáles, 1988; Lima e Vala, 2004; Telles, 2011).

Como por exemplo as ‘brincadeiras’ dos membros da minha equipe no posto de saúde sobre o ‘politicamente correto’. Após a denúncia de racismo cometido contra o goleiro Aranha, do time do Santos que foi ofendido por uma torcedora do Grêmio cuja ofensa foi gravada e exibida em rede nacional em 2014, o tema virou assunto junto às discussões sobre a inserção de cotas raciais nos serviços públicos durante os horários de cafés da manhã, onde profissionais de saúde conversam sobre fatos jornalísticos atuais.

Em muitas ocasiões, os argumentos versavam sobre o quanto as políticas afirmativas configurariam em ‘racismo reverso’, idéia comum nos discursos contrários à implantação destas ações. Uma colega disse em determinada ocasião “Eles [pessoas negras] são muito folgados, não é, Monica?”, indicando que eu não era considerada por ela uma pessoa de cor de pele negra.

A discussão sobre o tema das políticas afirmativas gerou um termo curioso por uma das colegas de trabalho: o ‘setor cotas’. A pessoa, com quem eu tinha alguma proximidade afetiva,

mas que não usava disfarce em suas expressões de preconceito, ao me ver junto a outra funcionária de cor de pele negra dizia “Chegou o setor cotas”.

A mesma profissional interrompeu de forma irônica uma narrativa na qual havia brigado com um rapaz dizendo: “Não briga comigo não que não sou tuas nêga” reformulando a frase quando me viu: “Ops, na verdade disse não briga comigo não que não sou tuas Afrodescendentes. Está certo agora, psicóloga? (risos)”.

Diversas vezes fui questionada sobre o valor desta pesquisa para o cotidiano assistencial em saúde mental. Uma das gestoras da rede de atenção psicossocial chegou a verbalizar que o mestrado não era permitido no horário de trabalho porque não haveria benefícios nesta pesquisa que poderiam ser revertidos para melhora na oferta de serviços de saúde mental no município.

Assim percebi o quanto o olhar da gestão acerca das relações étnico-raciais nos serviços de saúde na maioria das vezes invisibiliza o tema, posto que nem sempre é considerado como parte dos marcadores que integram o cuidado em saúde.

Tais situações formaram ainda muitas reflexões, mesmo constituindo constrangimento em alguns momentos. Em contrapartida, também contribuíram muito para fomentar este trabalho gerando um campo de ‘ciência viva’; o olhar como trabalhadora do setor saúde me fez ter certo ‘olhar de estrangeira’ na universidade. E meu lugar de pesquisadora contribuiu na observação crítica das situações no município.

Deste modo foi de fundamental relevância profissional e acadêmica a participação nos espaços universitários e o diálogo com os colegas em formação.

Uma vivência contendo significativo aprendizado tanto como pesquisadora, psicóloga e pessoa aconteceu durante o XII Encontro Regional da ABRAPSO em Santos, SP, em 2015. Após apresentação de trabalho científico, participei de mesa onde se discutia o genocídio da juventude negra. A mesa contava com a participação de Débora Silva, representante do

movimento social Grupo “Mães de Maio”, que reivindica a investigação de mortes violentas praticadas pelas polícias nas periferias dos centros urbanos.

Numa fala comovente e questionadora, a militante relatou como foi difícil receber uma escuta qualificada por profissionais da pPsicologia dada a dificuldade em legitimar seu luto e sofrimento nos atendimentos, e afirmou: “*A escravidão foi uma lei assinada a lápis, que a Psicologia como ciência ajuda todos os dias a apagar*” (sic), (comunicação oral, Silva, 2015).

Segundo a representante do movimento, a sensação de impunidade e justiça aumenta quando uma mãe de cor de pele negra de origem pobre relata à um/a psicólogo/a este sofrimento e este não é reconhecido nem legitimado como tal.

Em diálogo com a literatura de referência utilizada é possível perceber no discurso da integrante do movimento social que nem sempre as vidas de pessoas de cor de pele negra são valorizadas e passíveis de luto. Além disso, reflete uma possível falência de esforços dos setores de pesquisa e prática da Psicologia em viabilizar práticas clínicas capazes de oferecer escuta qualificada sem selecionar ou hierarquizar o sofrimento das pessoas de acordo com categorias sociais estereotipadas (Dimenstein, 2000; Pereira, Álvaro, Oliveira, & Dantas, 2011)

O movimento “Mães de Maio” no Brasil agrega mães oriundas de diversos estados que tiveram filhos mortos em supostos ‘confrontos’ com policiais militares e não tiveram as causas das mortes elucidadas pela polícia. O grupo integra um coletivo latino americano de mulheres cujos filhos desapareceram em regimes ditatoriais em diversos países, ou ainda cuja morte/desaparecimento não foram investigados.

O lema do movimento é “nossos mortos têm voz”, e por este reivindicam investigações para que possam prestar tributo à memória dos mortos como modo de elaborar psiquicamente a dor e obter reconhecimento social da sua perda.

Tendo por base a Psicologia como uma ciência cuja ferramenta principal é a fala, o questionamento da militante coloca em xeque o papel desta ciência e profissão nesta e em

muitas outras situações que emergem nesta pesquisa: até que ponto nós, profissionais da Psicologia atuantes em serviços públicos de saúde, nos atentamos para as vulnerabilidades que afetam as pessoas atendidas e conseguimos de fato ouvir seus sofrimentos e as causas de suas dores?

Como observou uma das entrevistadas nesta pesquisa “até que ponto percebemos quem está adoecendo psiquicamente, e o porquê?” Valorizar as narrativas de quem fala por si na primeira pessoa colabora com estratégias de valorização da vida. E pessoas cujos sentimentos são valorizados tem mais condições para estruturar e manter vínculos positivos com a vida e com seus semelhantes, buscando experiências saudáveis na vida.

Assim, a Psicologia poderia contribuir para construir sociedades onde há a efetivação plena de direitos humanos, civis e sociais: uma sociedade estruturada pela égide da *Justiça* (Fraser, 2007; Mandarinó & Estélio, 2010; SUS, 2012)

Considerações finais

As práticas psicológicas no Brasil modificaram-se diversas vezes em contextos sociais distintos.

Novas construções se instituem no seio da adaptação das teorias estrangeiras para as políticas de assistência em saúde no país pelas/os profissionais.

Paulatinamente, se constrói novos regimes de inteligibilidade e novas lógicas discursiva de ‘saberes’ e ‘fazeres’, alinhando as práticas às realidades diversas e multifacetadas das populações atendidas.

Compreende-se assim que alterações estruturais no campo das políticas públicas impõem a releitura das teorias psicológicas diversas, iniciando um processo de

‘descolonização’ dos saberes psicológicos. Tais modificações foram necessárias, porque as teorias se constituíram em contextos culturais distintos da realidade brasileira.

Assim, as teorias são reinterpretadas e servem de base para a produção de novos modos de produzir a assistência no campo da saúde mental brasileira. Contudo, mesmo diante destas transições e de buscas de novas construções epistemológicas, as recentes pesquisas sobre atuação de psicólogos/os mostram a permanência do *modus operandi* de uma clínica que busca adaptar sujeitos ao *status quo*. O que traz à baila a necessidade de que este processo de descolonização do próprio saber em Psicologia continue (Dimenstein, 2001; Massaro, Suellen, & Campanini, 2010; Medeiros, 2015; L. V. Oliveira, 2013; Yamamoto, 2010).

A Psicologia tanto como ciência quanto profissão cai em ”armadilhas epistemológicas e de *práxis*”, já que frequentemente atua no sentido de atender alguns setores sociais que incorporam conhecimentos psicológicos como estratégias de manutenção das hierarquias sociais e controle das massas.

Desse modo as práticas psicológicas tornam-se distantes da realidade de parcela significativa da sociedade, a quem não oferece nada além do que o psicólogo salvadorenho, Martín-Baró (2011), um dos principais teóricos da referida corrente teórica denominada Psicologia da Libertação, chama de “conselhos moralizantes em tom de poder” (p. 200).

E longe de alocar a resolução de tal problemática nas mãos de cada profissional psicóloga/o, como se fosse uma questão simples de escolha individual, o autor (Martín-Baró, 2011) ressalta que:

Acredito que seria um grave erro interpretar este problema de uma perspectiva voluntarista, como se dependesse apenas das opções individuais o atendimento ou não das necessidades das maiorias populares (...). Em minha opinião, o problema é mais

profundo. Porque não se trata apenas de pensar sobre como fazer a Psicologia socialmente mais relevante ou sobre como fazer que seus serviços alcancem os setores mais marginalizados, sem descartar que este é um ponto de partida necessário. A questão é, se podemos com nossa bagagem e capacidade atuais, chegar a tais setores, compreender seus problemas e dar alguma contribuição significativa para a sua resolução. (p. 202)

Ou seja, não se trata de constituir ‘desprezo ou negação do valor’ de teorias. E sim, analisá-las criticamente, lembrando sua localização política, cultural, econômica e ideológica tornando estas teorias em realidades históricas, produzidas com intencionalidades objetivas.

Como é possível utilizá-las para compreender de fato as necessidades reais de nosso povo? (Martín-Baró, 2011).

Desigualdades sociais refletem nos processos de sofrimento psíquico. Por isso incorporar as relações étnico-raciais como um determinante social em saúde mental (assim como já o são classe, gênero, acesso a direitos sociais e políticos, sexualidade, religiosidade, etc.) é fundamental para práticas psicológicas em serviços públicos posto que pessoas cuja cor de pele é negra, de poucos recursos financeiros e moradores das regiões periféricas das cidades são a maioria dos usuários dos serviços (SUS, 2012).

Por tais motivos é crucial o papel da memória e da ancestralidade na formação identitária do povo brasileiro. Compreender a formação étnico-racial no nosso ‘caráter nacional’ e modo de construção identitária individual e coletiva da população no Brasil (Leite, 1969; A. O. dos Santos, 2015) pode auxiliar na formação de subjetividades autônomas.

Os resultados deste estudo apontam para uma reflexão acerca da ideia de neutralidade absoluta que ainda permeia a prática de alguns profissionais da Psicologia.

Seria possível à/ao psicóloga/o eliminar durante o atendimento a própria subjetividade, e junto a ela a realidade sócio histórica coletiva do país, as condições de vulnerabilidade às quais estão submetidas pessoas de pertença étnico-racial, classes, sexualidades, locais de moradia?

As pesquisas sobre práticas psicológicas na perspectiva multicultural mostram que incorporar as matrizes culturais dos atendidos não é relativizar realidades psíquicas, senão possibilitar uma melhor compreensão da apresentação dos sujeitos e de suas problemáticas conflituosas. Isso fortalece o desenvolvimento de empatia e o sentimento de pertença a determinados grupos (Scorsolini-Comin, 2015).

Além de auxiliar num atendimento psicológico eficaz, esta compreensão sustenta a construção de práticas menos preconceituosas e estereotipadas, abertas a trocas, uma vez que há imensos desafios para os profissionais de Psicologia em atuarem realidades demasiado distantes do próprio profissional. É fundamental fornecer elementos para que os profissionais da área possam evitar a naturalização do conceito de cultura e em contrapartida integrar o conceito em sua atividade profissional (Scorsolini-Comin, 2015).

Não se trata de negar a emergência de suas próprias concepções de vida e sociedade, mas, nas palavras de Scorsolini-Comin (2015):

Nesse processo de reconhecimento de si nas práticas culturais consideradas diferentes ou distantes, o profissional deve estar atento à complexidade inerente a essa tarefa, haja vista que nem sempre podemos controlar o modo como nossos valores sociais são construídos e incorporados em nossas práticas e formas de ser e nos relacionar. Por vezes esse diálogo não é estabelecido de modo automático, de modo que as relações

afetivas também devem ser consideradas na base do estabelecimento desses valores, apontando para a necessidade de que reconhecer-se é fundamental para reconhecer o outro.

(último acesso em 2015, <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/17660/13057>).

Quando pré- julgamentos preconceituosos são operados no ato do atendimento, o princípio da *Integralidade* do SUS fica comprometido. Isso porque o acesso pleno ao serviço é negado, como mostram estudos da Psicologia em que os resultados apontam como idade, raça e classe podem ser fatores de discriminação no atendimento em saúde entre pessoas de um mesmo grupo social (Bastos, Barros, Celeste, Paradies, Faerstein, 2014; Bocolliniet al, 2016).

As estratégias elaboradas pelo próprio governo federal não foram implementadas em Suzano, nenhum serviço de saúde visitado pela autora apresentava cartazes informativos do “136”, linha criada pelo Ministério da Saúde para denunciar episódios de discriminação étnico-racial, apelidado como “Disque Racismo”.

Os cartazes da campanha de combate ao racismo institucional no SUS enviado para a unidade na qual trabalha, com fotos de profissionais negras/os ilustrando a frase “Não fique em silêncio. Racismo é Crime, Denuncie!” foram recortados de forma que apenas a palavra “Silêncio” ficasse evidente.

Ou seja, os próprios dispositivos institucionais do SUS de combate ao preconceito e discriminação étnico-racial entre trabalhadoras/es da saúde são inutilizados e vistos como ferramentas de menor importância. Cumpre destacar que o reconhecimento destes preconceitos no campo da saúde mental não configuraria apenas na eliminação de uma das fontes de ‘sofrimento psíquico’ que afetam a saúde mental, mas, sim, pela possibilidade de eliminar marcadores que perpetuam as injustiças sociais em nosso país (Bastos& Garcia, 2015).

Por isso, os psicólogas/os podem incorporar em práticas cotidianas de cuidado em saúde outras matrizes de valoração, buscando agregar valor às diversas culturas e formas de expressão de subjetividade presentes na sociedade. Expressões que são tradicionalmente desqualificadas e impedidas de participar como alteridade nas relações interpessoais. Assim, se poderia cumprir de forma eficaz um dos papéis profissionais tão adjudicados a essa profissão, qual seja, o de se identificar com o sofrimento político da/o outra/o.

Compreende-se, por isso, que um dos passos fundamentais para a Psicologia como ciência e profissão para contribuir de maneira efetiva na transformação das atuais relações étnico-raciais no Brasil é reconhecer o preconceito presente no próprio campo da Psicologia e, conseqüentemente, nas relações presentes entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde (Poli Santos, 2012; Santa Rosa, 2013). Silenciar sobre isso em vez de configurar em ‘neutralidade técnica’, pode indicar uma pactuação voluntária ou involuntária com lógicas dominantes estruturais das relações interpessoais derivadas dos modos de povoar e ocupar o território brasileiro. .

Ratifica-se aqui que tal raciocínio não procura tornar individual responsabilidades coletivas, e menos ainda atribuir ao profissional em Psicologia toda a responsabilidade nos processos de transformação das práticas de atendimento em saúde mental. Mas, como citado, se reitera a relevância da *formação* como etapa fundamental para que futuras e futuros psicólogas/os possam incorporar elementos da análise das relações étnico-raciais em suas práticas cotidianas de produção de cuidados em saúde (Nery & Santos, 2007; Santos & Schucman, 2016). Um processo que poderia incluir o conhecimento sobre a formação histórica do povo brasileiro e suas conseqüências na estruturação das subjetividades e na atual psicodinâmica das relações étnico-raciais.

Além da formação, *criar e fortalecer espaços coletivos de troca* sobre as relações étnico-raciais, tanto no âmbito da política do município, quanto no cotidiano dos serviços,

parece fundamental na alteração desta realidade. Esta função seria tanto da Secretaria de Saúde do município quanto de pessoas responsáveis pela gestão nos serviços.

Destaca-se que já foram produzidos modelos de intervenção no combate ao preconceito e discriminação étnico-racial no âmbito do SUS como a Política Nacional de Saúde da População Negra, o Fórum de Combate ao Racismo Institucional do SUS e as Conferências Nacionais em Saúde Mental (SUS, 2012; SUS, 2014).

Porém, no que se refere à implementação de tais políticas no município de Suzano, nenhum desses dispositivos institucionais propostos está funcionando até o momento.

Isso reverbera na assistência, ou seja, nas práticas cotidianas. As relações étnico-raciais nem sempre são consideradas como fator preponderante de situações de desigualdade ou vulnerabilidade da população atendida.

Por isso emerge como fundamental para profissionais psicólogas/os a utilização de *instrumentais já existentes no arcabouço teórico conceitual da Psicologia no combate às diversas formas de preconceito*. Recentes estudos indicam uma vasta gama de intervenções que vão desde o combate ao preconceito na escola (Barbosa & Barros, 2016) até enfrentamento da homofobia (Gato & Fontaine, 2010, Gato, 2015), passando por intervenções em contextos de vulnerabilidades sociais e educacionais (Fernando César Paulino-Pereira, Juliana Bontempo Faria, 2015), uso de perspectivas multiculturais e da etno-Psicologia para realizar plantão psicológico em um terreiro de umbanda (Scorsolini-Comin, 2015).

Práticas multi, inter e transdisciplinares constituem importantes instrumentos para psicólogas/os atuantes em serviços públicos no SUS, sendo de longa data sua validade nas intervenções em diversos núcleos de campos e saberes da saúde pública no Brasil (Campos, 2000; Yasui, 2006; Diógenes& Pontes, 2016).

E como visto ao longo deste trabalho, o campo dos serviços públicos assistenciais constituem, por esses e outros motivos, um fértil terreno para a proposição e construção de teorias e práticas inovadoras nos processos de produção do cuidado a população.

Além destas intervenções citadas, o combate aos preconceitos às populações portadoras de doenças orgânicas crônicas (como o HIV, por exemplo) tem sido alvo de estudos (Zucchi, Paiva, & Júnior, 2013), sendo as metodologias utilizadas ligadas à psico-educação em saúde e promoção da desconstrução de estereótipos e mitos ligados à estes segmentos populacionais, utilizando técnicas que vão desde a grupos de educação em saúde até a troca de cartas entre pessoas de diferentes grupos geracionais.

Por isso, além do uso das técnicas diversas do campo da Psicologia, podemos considerar ainda que psicólogas/os podem *integrar em suas práticas formas complementares de conhecimento* produzidas por diferentes saberes como a Sociologia, a Pedagogia, a História e as áreas biomédicas como Medicina e Enfermagem (Campos, 2000).

Além dos intercâmbios com outros setores acadêmico-científicos, outra importante ferramenta no combate às modificações nos padrões de relacionamentos interpessoais pode advir de saberes tradicionais/locais, ou seja, os conhecimentos não necessariamente ‘científicos’ que auxiliam nos modos de produção de cuidado em saúde mental, como redes de solidariedade entre vizinhos ou coletivos auto-organizados que proporcionam trocas afetivas entre as pessoas (Santa-Rosa, 2013).

O *reconhecimento da diversidade* e a *valorização da diferença* podem ser agregados como ferramentas nos processos de promoção de relações interpessoais baseadas na alteridade efetiva e afetiva entre as pessoas.

Já houve o reconhecimento das influências do racismo em diversos ordenamentos político – administrativos no campo da saúde no Brasil. Cumpre agora efetivar os dispositivos

já instituídos para sua superação no campo da saúde mental pública, sem que tais ações estejam focadas apenas na ‘superação dos efeitos do racismo’.

Não se trata de negar a relevância em reconhecer a gravidade das consequências psicossociais do racismo. É evidente que se perdem talentos que poderiam contribuir para o desenvolvimento técnico científico, político e econômico do país. É inegável que as pessoas sofrem, que a energia psíquica investida em constituir mecanismos de superação e resiliência poderiam ser utilizados para outras finalidades, como a construção de protagonismo nos âmbitos individual e coletivo.

E se invertemos a lógica deste raciocínio e pensarmos na ***perda de potências das próprias intervenções psicológicas*** que deixam de considerar a complexa rede intersubjetiva e a psicodinâmica das relações étnico- raciais? Quão mais eficazes poderiam ser nossas intervenções no campo da saúde mental de serviços públicos se reconhecêssemos essa dimensão nas práticas assistenciais cotidianas?

Ao negar a relevância da psicodinâmica nas relações étnico-raciais as práticas em Psicologia não evitam colaborar com a emergência de novos lugares políticos e sociais das comunidades atendidas?

Mostra-se como fundamental esta alteração nas intervenções psicológicas no campo da saúde mental nos serviços públicos, pois o ***fortalecimento de subjetividades racialmente positivadas independente da pertença étnico-racial implica em ganhos coletivos*** (CFP, 2013). Valorizar histórias e culturas plurais fortalece e estimula o desenvolvimento político, econômico, social e psicológico da sociedade.

Tais ganhos poderão beneficiar gerações futuras a viver em uma sociedade mais saudável, estruturada numa cultura baseada na força constituída pela diversidade entre as pessoas, possibilitando Justiça Social Real e Cultura de Paz.

As Psicologias, como ciência e profissão, podem colaborar na construção dessa sociedade, dada as intervenções possíveis nos sentimentos entre as pessoas.

Já estão à disposição teorias e técnicas que permitiriam contribuir para esta construção de novas narrativas sobre as relações étnico-raciais brasileiras, para políticas de valorização da vida e para o fortalecimento da capacidade das pessoas em amar, viver em coletividades estruturadas no apoio e no respeito mútuo, nos afetos positivos e na elaboração coletiva de projetos de vida.

Se estes subsídios teóricos, metodológicos e técnicos já existem, basta que sejam colocados em prática.

Referências

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora FIOCRUZ.

Aosani, T. R. (2013). A Saúde Mental na Atenção Básica : A percepção dos Profissionais de Saúde The Mental Health in Primary Care : Perceptions of Health Professionals, (2010), 71–80.

Barbosa, R. A. D., & Barros, B. P. de. (2016). A abordagem rogeriana como uma possibilidade de intervenção, prevenção e combate ao bullying. *Revista Íbero-Americana de Estudos Em Educação*, 11(1), 174–190.
<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.21723/riaee.2016.v11.n1.p174>

Baró, M. (1996). O papel do Psicólogo. *Estudos de Psicologia*, 2.1, 7–27.

Bastos, J. L., & Garcia, L. P. (2015a). Discriminação nos serviços de saúde. *Epidemiologia E Serviços de Saúde*, 24(3), 351–352. <http://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200001>

Bastos, J. L., & Garcia, L. P. (2015b). Discriminação nos serviços de saúde. *Epidemiologia E Serviços de Saúde*, 24(3), 352–351. <http://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300001>

- Batista, L. E., Escuder, M. M. L., & Pereira, J. C. R. (2004). A cor da morte: Causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Revista de Saude Publica*, 38(5), 630–636. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102004000500003>
- Bento, M. A. (2002). Branqueamento e Branquitude no Brasil. In *Psicologia Social do racismo: Estudos sobre Branqueamento e Branquitude no Brasil* (1st ed., p. 189). Petrópolis Rio de Janeiro: Vozes.
- Bleger, J. (1998). *Temas de Psicologia : Entrevistas e Grupos; Tradução Rirã Maria M. de Moraes*. (Re. L. L. Riviera, Ed.) (2nd ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil. I - LEI nº 4.119 (1962).
- Brasil. Lei federal nº 10216/01-Reforma Psiquiátrica (2001).
- Brasil, S. E. D. P. D. P. D. I. R. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2007).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2ª ed.). BRASÍLIA: Ministério da Saúde.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saude Coletiva*, 17(1), 77–93. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Cabecinhas, R. (2010). Expressões de racismo: mudanças e continuidades. In *Racismos: Olhares plurais* (pp. 11–43). Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/11002>
- Campos, G. W. D. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219–230. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
- Castelar, M., Vieira, C. M., Schucman, L. V., Aparecida, M., Bento, S., & Melo, W. F. De. (2013). CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas Relações Raciais : Referências Técnicas para a Prática do (a) Psicólogo (a).

- Costa, E. S. (2012). *Racismo, política pública e modos de subjetivação em um Quilombo no Vale do Ribeira*. USP.
- Costa-Rosa, A., Yasui, S., & Luzio, C. A. L. (2003). Atenção Psicossocial: rumo ao novo paradigma da saúde coletiva. *Archivos de Saúde Etnal E Atenção Psicossocial*, 1, 13–44.
- Cunha, R. R. T. da, & Santos, A. de O. dos. (2014). Aníela Meyer Ginsberg e os estudos de raça/etnia e intercultura no Brasil. *Psicologia USP*, 25, 317–329. <http://doi.org/10.1590/0103-656420130013>
- De souza Mandarino, A. C., & Gomberg, E. (2010). Racismos - olhares plurais, 1–24.
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53–81.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura do profissional psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 1(5), 95–121.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia Em Estudo*, 6(2), 57–63. <http://doi.org/10.1590/S1413-73722001000200008>
- Diógenes, J., & Pontes, R. J. S. (2016). A atuação do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família: Articulações Teóricas e Práticas do Olhar Gestáltico. *Psicologia Ciência&Profissão*, 36(1), 158–170. <http://doi.org/10.1590/1982-3703001702014>
- Fanon, F. (1983). *Peles Negras, Máscaras Brancas*. RIO DE JANEIRO: Fator.
- Fernando César Paulino-Pereira, Juliana Bontempo Faria, H. A. V. (2015). Psicologia na escola: políticas públicas e intervenção em grupos. *Revista Do Programa de Pós Graduação Em Educação-PPGE*, 17(35), 179–195. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.22196/rp.v17i35.3061>
- Ferreira, J., & Hamlin, C. (2010). Mulheres, negros e outros monstros: um ensaio sobre corpos não civilizados. *Revista Estudos Feministas*, 18(3), 811–836. <http://doi.org/10.1590/S0104-026X2010000300010>
- Franco, M. L. P. B. (2012). *Análise de conteúdo* (4th ed.). Brasília: Liber Livro.

- Fraser, N. (2007). Reconhecimento sem ética? *Lua Nova: Revista de Cultura E Política*, (70), 101–138. <http://doi.org/10.1590/S0102-64452007000100006>
- Garrido, P. B., Paiva, V., Nascimento, V. L. V. do, Sousa, J. B., & Santos, N. J. S. (2007). Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102007000900012>
- Gato, J., & Fontaine, M. (2010). Desconstruindo Preconceitos Sobre a Homoparentalidade. *LES Online*, 2(2), 14–21. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VR3-4SW85JG-1&_user=10&_coverDate=10/31/2008&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=f3d1cad3dd3100cce9bac
- Gesser, M. (2013). Políticas Públicas e Direitos Humanos: Desafios à Atuação do Psicólogo. *Psicologia Ciência & Profissão*, 33, 66–77.
- Gonzáles, L., & Rosembalg, C. (1982). *Lugar de Negro*. (C. 2 Pontos, Ed.) (3rd ed.). Rio de Janeiro: Marco Zero.
- González, L. (1988). Por um feminismo afro latino americano. *Caderno de Formação Política Do Círculo Palmarino I-Batalha de Idéias*, 1, 12–20. Retrieved from [http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/271077/mod_resource/content/1/Por um feminismo Afro-latino-americano.pdf](http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/271077/mod_resource/content/1/Por%20um%20feminismo%20Afro-latino-americano.pdf)
- Hofbauer, A. (2006). *Uma história de branqueamento ou o negro em questão*. Unesp.
- IBGE. (2007). Brasil:500 anos de povoamento. Retrieved April 17, 2016, from <http://brasil500anos.ibge.gov.br/territorio-brasileiro-e-povoamento.html>
- IBGE. (2012). Características Gerais da população, Religião e Pessoas com deficiência. Retrieved April 17, 2016, from <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000009352506122012255229285110.pdf>
- IBGE, I. B. de G. e E. (2010). *Censo Brasileiro*.
- IBGE, I. B. de G. e E. (2014). Mortes por causas Externas. Retrieved from http://serieestatisticas.ibge.gov.br/lista_tema.aspx?op=2&no=4

- IPEA. (2011). *Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça*. Juventude, S. N. de. (2014). Direitos das Juventudes. III Conferência Nacional de Juventude: Propostas aprovadas. In Brasília (Ed.), *Secretaria Geral da Presidência da República* (p. 114).
- Kalckmann, S., Santos, C. G. Dos, Batista, L. E., & Cruz, V. M. Da. (2007). Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde E Sociedade*, 16(2), 146–155. <http://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>
- Leite, D. M. (1969). *O caráter nacional brasileiro: História de uma ideologia*. São Paulo: Pioneira.
- Leone, S. (2009). *Memórias de Suzano: Histórias e fotos de todos os tempos, do vilarejo à cidade grande*. (1ª ed.). Suzano: Diário do Alto Tietê.
- Lhullier, L. A., Editorial, C., Goldman, C., Silva, C., Ferreira, M. R., Castelar, M., & Goffman, R. (2013). *Quem é a psicóloga Brasileira?* Conselho Federal de Psicologia CFP.
- Lima, M. E. O., Machado, C., Ávila, J., Lima, C., & Vala, J. (2006). Normas sociais e preconceito: o impacto da igualdade e da competição no preconceito automático contra os negros. *Psicologia: Reflexão E Crítica*. <http://doi.org/10.1590/S0102-79722006000200018>
- Lima, M. E. O., & Vala, J. (2004). As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. *Estudos de Psicologia (Natal)*.
- Lima, M. E. O., & Vala, J. (2004). Sucesso social, branqueamento e racismo. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 20(1), 11–19. <http://doi.org/10.1590/S0102-37722004000100003>
- Lopes, F. (2004). “Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil.” *Seminários Saúde Da População Negra*.
- Lopes, F. (2005a). Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1595–1601. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034>
- Lopes, F. (2005b). Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5) (set-out, 1595–1601).

- M.Figueiredo, L. C. (2000). *Matrizes do pensamento psicológico* (8ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2013). Ação política-profissional dos psicólogos e a Reforma Psiquiátrica, *18*(2), 297–304.
- Mandarino, A. C. de S., & Estélio, G. (2010). *Racismos: olhares plurais*. EDUFBA. <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Martín-Baró, I. (2011). Para uma Psicologia da Libertação. In *Psicologia Social para a América Latina: O resgate da Psicologia da libertação* (2ª ed., pp. 181–197). Campinas: Alínea.
- Massaro, A. C., Suellen, K., & Campanini, M. (2010). O papel do Psicólogo junto ao movimento LGBTTT. *Anais Do I Simpósio Sobre Estudos de Gênero E Políticas Públicas*, *1*(21778248), 36–50.
- Massignam, F. M., Bastos, J. L. D., & Nedel, F. B. (2015). Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiologia E Serviços de Saúde*, *24*(3), 544–541. <http://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300020>
- Mazer, S. M., & Melo-Silva, L. L. (2010). Identidade profissional do Psicólogo: uma revisão da produção científica no Brasil. *Psicologia: Ciência E Profissão*, *30*(2), 276–295. <http://doi.org/10.1590/S1414-98932010000200005>
- Mec. Resolução CNE-CES nº 5, de 15 de março de 2011 (2011). Retrieved from http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991
- Medeiros, E. G. da S. (2015). *A Astuação de psicólogos no campo da saúde pública: uma revisão da literatura*. Universidade Estadual da Paraíba.
- Minayo, M. C. de S., & Guerriero, I. C. Z. (2014). Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência&Saúde Coletiva*, *19.4*, 1103–112. <http://doi.org/10.1590/1413-81232014194.18912013>
- Ministerial, G. Portaria nº336/GM de 19 de fevereiro de 2002 (2002). Brasil.
- Miranda, M. A. (2004). *A beleza negra na subjetividade das meninas “Um caminho para as Mariaszinhas”*: Considerações Psicanalíticas. Universidade de São Paulo.

- Nery, P., Conceição, M. I., & G. (2007). Política racial afirmativa : uma leitura do fenômeno inclusivo na universidade Artigo Artigo. *Educação Profissional:Ciência E Tecnologia*, 1(1985), 179–190.
- Nunes, A. V. D. L. (2008). ANALISE DE CONTEÚDO: olhar da técnica sobre o preconceito racial no Brasil. *Psicologia.Com.PT*, (1979), 1–26.
- Nunes, S. (2006). Racismo no Brasil: Tentativa de disfarce de uma violência explícita, 17(1), 89–98.
- Oliveira, J. S. de. (2007). Gestão da Diversidade: O desafio dos negros nas organizações brasileiras. In *In: Encontro Nacional da ANPAD - EnANPAD* (pp. 1–13).
- Oliveira, L. V. (2013). A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública The perception of psychologists about institutional racism in public health, 580–587. <http://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400005>
- Paixão, M., Rossetto, I., Montovanele, F., & Carvano, L. M. (2010). Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010. Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça., 1–292.
- Paulin, T. (2009). A Psicologia na Saúde Pública : desafios para a atuação e formação profissional, 8(2), 98–109.
- Pereira, M. E., Álvaro, J. L., Oliveira, A. C., & Dantas, G. S. (2011). Estereótipos e essencialização de brancos e negros: um estudo comparativo. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 144–153. <http://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100016>
- Pitta, A. (org. . (1996). *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (10th ed.). Hucitec.
- Prestes, C. R. dos S. (2013). *Feridas até o coração, erguem-se as guerreiras. Resiliência em mulheres negrs: transmissão psíquica e pertencimento*. USP.
- Regina, S., Lages, C., Tavares, N. D. O., Virginia, S., Regina, S., & Lages, C. (2013). Pesquisas em Psicologia Social no Campo da Saúde da População Negra no Brasil, 13(1), 1–10.
- Reis, R. G. (2013). As Políticas Públicas e o Campo: e o Psicólogo com Isso?, 33, 54–65.

- Rosa, L. C. (Unicamp). (2014). The decolorization of everyday care dimensions ethnic-racial in Mental Health Lucia Cristina dos Santos Rosa. *Serviço Social E Saúde*, 67, 9–28.
- Sacco, A. M., Couto, M. C. P. P., & Koller, S. H. (2016). Revisão sistemática de estudos da Psicologia brasileira sobre preconceito racial. *Temas Em Psicologia*, 24(1), 233–250. <http://doi.org/10.9788/TP2016.1-16>
- Sacramento, A. N., & Nascimento, E. R. do. (2011). Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. *Rev Esc Enferm USP*, 45(5), 1142–9.
- Santa, Rosa Patricia Lima Ferreira, Hoga Luiza Akiko Komura, and S. M. F. (2014). “Mulheres Negras, o Cuidado com a Saúde e As Barreiras na Busca por Assistência: Estudo Etnográfico em uma Comunidade de Baixa Renda.” *Blucher Medical Proceedings*, 1, 77.
- Santos, A. D. O. Dos, Schucman, L. V., Martins, H. V., History, B., & Brazilian, O. (2012). Breve Histórico do Pensamento Psicológico Brasileiro Sobre Relações Étnico-Raciais. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 32(num. esp.), 166–175. <http://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500012>
- Santos, A. de Oliveira dos, & Schcman, L. V. (2016). Desigualdade, Relações Raciais e Formação de psicólogos (as). *PRELO*.
- Santos, A. de O. dos. (2014). Atuação do Psicólogo no tema das relações raciais.
- Santos, A. O. dos. (2015). *Atuação do Psicólogo no tema das relações étnico raciais*. São Paulo.
- Santos, A. O. dos, Malachias, A. C., Brito, A. J. R. de, Trinidad, C. T., Muniz, E., Bento, M. A. da S., & Ribeiro, M. (2012). Experiências de implementação do quesito cor. In *Políticas Públicas de Promoção da Igualdade Racial* (pp. 75–120).
- Santos, G. A. dos. (2015). Racismo Institucional: uma análise a partir da perspectiva dos estudos pós coloniais e da ética. *Ensaio Filosóficos*, XI.
- Santos, M. O. P. (2012). *Médicos e pacientes tem sexo e cor? A perspectiva de médicos sobre a relação médico- paciente na perspectiva ambulatorial*. USP.
- Saraceno, B. (2011). A cidadania como forma de tolerância. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 22.2, 93–101.

- Sawaia, B. B. (2015). A apropriação/transformação do estado atual da prática e da formação em Psicologia: contra a miséria da Psicologia. *Psicologia USP*, 26(1), 125–128. <http://doi.org/10.1590/0103-6564R20140002>
- Scarcelli, I. (1999). *Trabalhadores em Saúde mental na construção de práticas antimanicomial: a rede substitutiva no município de São Paulo*. São Paulo: Editora Universitária.
- Schucman, L., Costa, E., & Cardoso, L. (2012). Quando a identidade racial do pesquisador deve ser considerada: paridade e assimetria racial. *Revista Da ABPN*, 4(8), 15–29.
- Schucman, L. V. (2014). Yes , We Are Racists : a Psicossocial Study of Whiteness. *Psicologia E Sociedade*, 26(1), 83–94.
- Schucman, L. V., Nunes, S. S., & Costa, E. S. (2015). A Psicologia da Universidade de São Paulo e as relações raciais : perspectivas emergentes. *Psicologia USP*, (1991), 1–15.
- Scorsolini-Comin, F. (2014). Plantão Psicológico centrado na pessoa: intervenção etnopsicológica em terreiro de umbanda. *Temas Em Psicologia*, 22(4), 885–899.
- Scorsolini-Comin, F. (2015). Elementos do aconselhamento multicultural aplicados à psicoterapia em contexto etnopsicológico. *Estudos E Pesquisa Em Psicologia*, 15(2). Retrieved from <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/17660/13057>
- Scott, J. W. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico’ Joan W. Scott*. *Dictionary of Modern English Usage*, 1–72.
- Spink, M. J. P. (2010). *Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos*. Vozes.
- Spink, P. K. (2003). PESQUISA DE CAMPO EM PSICOLOGIA SOCIAL : *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 18–42.
- SUS, P. N. N. (2012). “RELATÓRIO FINAL SOBRE O FÓRUM ”ENFRENTANDO O RACISMO INSTITUCIONAL PARA PROMOVER SAÚDE INTEGRAL DA.” (p. 92). RIO DE JANEIRO.

- Vasconcelos, T. C., Lira, M., & Filho, D. S. (2004). Preconceito e intenção em manter contato social : evidências acerca dos valores humanos, 147–154.
- Waiselfisz, J. J. (2015). Mapa da Violência 2015: mortes matadas por armas de fogo. Retrieved from www.mapadaviolencia.org.br
- Ware, V. (2004). *Branquidade: identidade branca e multiculturalismo*. Editora Garamond.
- Yamamoto, O. H. (2010). Política Social e Psicologia : Uma Trajetória de 25 Anos Social Policy and Psychology : A 25-Year Trajectory, 26, 9–24.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*.
- Zucchi, E. M., Paiva, V. S. F., & Júnior, I. F. (2013). Intervenções para reduzir o estigma da AIDS no Brasil: uma revisão crítica. *Temas Em Psicologia*, 21, 1067–1087. <http://doi.org/10.9788/TP2013.3-EE15PT>

ANEXOS

Anexo I

Roteiro de questões para entrevistas

Nome _____ Idade: _____

Sexo: ( ) F ( ) M Estado Civil: _____

Autoclassificação Racial conforme tabela do IBGE _____

Naturalidade: _____ Município de moradia: _____

Universidade de formação/Ano : _____

Escolaridade Atual: _____

Tempo de Atuação no município: _____

Local de atuação *atual*: ( ) Gestão ( ) CAPS ( ) Atenção Especializada

( ) NASF ( ) SAE/CTA ( ) Outros _____

Tempo de atuação no cargo atual _____

- ❖ Por que você escolheu cursar Psicologia?
- ❖ O que significa ser psicóloga (o) para você?
- ❖ Como foi sua escolha por assumir o cargo de profissional da Psicologia em Suzano? Descreva brevemente sua trajetória no município.
- ❖ Em sua opinião, qual papel do psicólogo na saúde?
E na atenção à saúde mental?
- ❖ Que fatores você considera relevantes para realizar o atendimento? (Exemplos

Condição social, gênero, bairro de moradia, doenças existentes).

- ❖ Qual a classe social de origem da maioria dos (as) usuários (as) do serviço onde você atende?
- ❖ Qual o gênero da maioria das pessoas que você atende?
- ❖ Qual a cor/raça da maioria das pessoas que você atende?
- ❖ Qual a classe, o gênero e a cor/ raça da maioria das pessoas participantes dos seus grupos-oficinas terapêuticas e atendimentos?
- ❖ Em sua opinião, você recebeu uma formação que forneceu condições para o trabalho atual na saúde mental no setor público?
- ❖ Sua formação como psicóloga (o) forneceu subsídios para atuar considerando aspectos como gênero, classe e cor/raça das pessoas atendidas?
- ❖ Você lembra-se de situações nas quais os fatores classe e gênero influenciaram no atendimento? Conte uma cena, uma situação que aconteceu como exemplo.
- ❖ Em sua opinião, você considera a raça um fator importante no atendimento em saúde pela (o) psicóloga (o)? Por quê?
- ❖ Você lembra-se de situações nas quais a cor/raça foi um fator que influenciou no atendimento? Conte uma situação como exemplo.
- ❖ Em sua opinião, existe racismo em Suzano? Se sim, de que forma ele aparece? Se não, por quê?
- ❖ Em Suzano, cargos de maior prestígio como empresários, profissionais liberais, vereadores (as), médicos (as), cargos de confiança no executivo, legislativo e judiciário, juízes (as) são em sua maioria de pessoas amarelas ou brancas.
- ❖ Qual sua opinião sobre isso?
- ❖ Sobre as cotas raciais para negros no serviço público, qual a sua opinião?

Você acredita que deveria ser implantada em Suzano? Por quê?

(Elaborado pela autora)

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS /OS EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL E AS RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS: ESTUDO DE CASO EM SUZANO, SÃO PAULO.**

Queremos realizar este estudo como uma forma de entender melhor como os psicólogos (as) do município que atuam na saúde mental lidam com o tema das relações étnico-raciais em seu cotidiano de trabalho. O estudo tem como meta contribuir para a produção de conhecimento em Psicologia e para a prática dos profissionais psicólogos.

1) Sua participação ocorrerá da seguinte forma: um entrevista com você será agendada, sem atrapalhar seu trabalho nem sua rotina de vida. A duração da entrevista pode ser de 40 minutos até uma hora e meia e será gravada em áudio. O material ficará arquivado sob a guarda da pesquisadora Monica Feitosa Santana, com acesso restrito e sem nenhuma identificação que possa revelar quem é você. Durante a entrevista você pode ao solicitar ao (a) entrevistador (a) que desligue o gravador ou que sejam suprimidas partes da entrevista.

2) Não haverá nenhum prejuízo em conceder a entrevista. A pesquisa oferece risco mínimo, visto que alguns dos temas tratados podem lhe causar desconforto. O (a) entrevistador (a) foi treinado (a) para lidar com essa situação. Caso o desconforto persistir, você será conduzido (a) imediatamente ou logo após a entrevista, como lhe convier, para atendimento/acolhimento pela pesquisadora, que tem experiência no tema da pesquisa e tomará as providências necessárias para o encaminhamento das demandas que surgirem.

3) Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar **não irá** acarretar qualquer penalidade. Caso a entrevista produza algum desconforto, você pode interrompê-la e não dar continuidade à sua participação.

4) A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da entrevista serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome não será liberado sem a sua permissão. O material coletado poderá ser utilizado em uma futura publicação livro ou revista científica, mas sem informações que possam identificá-lo (la). Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada e outra será fornecida a você.

5) A participação no estudo não acarretará custos e é voluntária, você não é obrigado (a) a participar dela e pode pedir para deixar de participar *em qualquer momento*.

Sua participação pode contribuir para a construção do conhecimento sobre atuação dos (as) psicólogos (as) na temática das relações étnico-raciais e para a formação de profissionais mais qualificados para atuar no SUS considerando a diversidade da população atendida.

Se você tiver alguma dúvida em relação à pesquisa, entre em contato com o responsável Professor Dr. Alessandro de Oliveira dos Santos do IPUSP pelo endereço deemailalos@usp.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo- Av. Professor Melo Moraes, 1721 (Bloco G, 2º andar, sala 27)- Cidade Universitária CEP 05508-030 São Paulo/SP E –mail: ceph.ip@usp.br-Telefone (11) 3091-4182.

Pesquisadora: Monica Feitosa Santana

Departamento de Psicologia Social e do Trabalho Instituto de Psicologia- USP

Contato: monicaife@usp.br - cel (11) 98088-1917

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____ abaixo assinado (a), concordo, voluntariamente, em participar do estudo: **“Muito Além da Cor da Pele”: Psicologia, Saúde Mental e Relações Étnico-Raciais em Serviços Públicos de Saúde do município de Suzano, São Paulo.**

Confirmo que fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa , sendo que li este termo, e fui informado(a) sobre os procedimentos nela envolvidos, assim como a ausência de riscos ou benefícios financeiros decorrentes da minha participação.

Local e Data: _____, ____/____/____

Nome: _____ Assinatura: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____