

“À espera da boa vontade”: o racismo e o lugar do sujeito no sistema público de saúde brasileiro

“Esperando la buena voluntad”: el racismo y el lugar del sujeto en el sistema de salud pública brasileño

“Waiting for goodwill”: racism and the subject’s place in the Brazilian public health system

Milena Dórea de Almeida

Universidade Federal do Sul da Bahia, Centro de Formação em Ciências da Saúde- Brasil

Silier Andrade Cardoso Borges

Afiliación institucional: Universidade Federal do Sul da Bahia, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Brasil

(Rec: mayo de 2021- Acept: diciembre de 2021)

Resumo

Este artigo toma como perspectiva o olhar da(o) psicóloga(o) que atende e realiza pesquisas em serviços públicos de saúde brasileiros. Por meio de entrevistas individuais abertas com onze adultos que tiveram tumor de Sistema Nervoso Central na infância, objetiva discutir como as situações de racismo reverberam na clínica psicológica, impactam a escuta da(o) profissional e exigem que ela(e) se posicione na interface clínico-política na instituição a qual atua. Como resultado, traz algumas falas coletadas nas entrevistas que exemplificam questões discriminatórias e discute a partir de conceituações da psicanálise freudiana, com articulações de autores da filosofia. Reflete sobre intervenções da(o) psicóloga(o) de modo a recusar a perpetuação do racismo na condução dos casos atendidos e defende que essa não é função exclusiva dela(e). O papel social da(o) profissional de saúde precisa ser debatido na formação acadêmica para que todas(os) possam se implicar com o rompimento das narrativas e das ações discriminatórias.

Palavras-chave: racismo, serviços de saúde pública, psicanálise aplicada, formação dos profissionais de saúde.

Resumen

Este artículo toma la perspectiva del psicólogo/a que asiste y realiza investigaciones en los servicios de salud pública brasileños. A través de entrevistas individuales abiertas con once adultos que tuvieron un tumor del sistema nervioso central en la infancia, se pretende discutir cómo las situaciones de racismo repercuten en la clínica psicológica, impactan la escucha del profesional y exigen que se posicione en la interfaz clínico-política de la institución en la que opera. Como resultado, se presentan algunos discursos recogidos en las entrevistas que ejemplifican temas discriminatorios y se argumentan desde las conceptualizaciones del psicoanálisis freudiano, articulando con aportes de autor/es desde la filosofía. Se reflexiona sobre las intervenciones del psicólogo para rechazar la perpetuación del racismo en el manejo de los casos tratados y se defiende que esa no es su función exclusiva. El rol social del profesional de la salud necesita ser discutido en la formación académica para que todos puedan involucrarse en la ruptura de narrativas y acciones discriminatorias.

Palabras claves: racismo, servicios de salud pública, psicoanálisis aplicado, formación de los profesionales de la salud.

Abstract

This article adopts the psychologist’s perspective who attends and conducts research in Brazilian public health services. Through in-depth interviews with eleven adults who suffered from a tumour of the Central Nervous System during childhood, the aim is to discuss how racism situations reverberate in the psychological clinic, impact the listening of the professional and demand self-positioning in the clinical-political interface of the institution where the professional works. Some narratives from the interviews are used as examples of discrimination, which are discussed based on Freud’s psychoanalysis concepts, with the support of philosophy authors. The psychologists’ intervention is reflected upon to refuse the perpetuation of racism in treating the cases and supports the idea that this is not their exclusive function. The social role of healthcare professionals must be discussed in academic training so that everyone can be involved in disrupting discriminatory narratives and actions.

Keywords: racism, public health services, applied psychoanalysis, training of health professionals.

Introdução

Este artigo toma como perspectiva o olhar da(o) psicóloga(o) que atende e realiza pesquisa em serviços públicos de saúde brasileiros e busca discutir como as situações de racismo reverberam na clínica psicológica, impactam a escuta da(o) profissional e exigem que ela(e) se posicione na interface clínico-política na instituição a qual atua. Buscamos conhecer as particularidades do tema no Brasil pela ótica da psicanálise, em articulação com autores da filosofia que se baseiam na psicanálise em suas obras, para refletir sobre a posição ético-política da(o) psicóloga(o), atuante em instituições públicas de saúde, de não omissão diante das discriminações (Conselho Federal de Psicologia/CFP, 2002). Em psicanálise, a interface clínico-política ocorre quando o(a) psicanalista se depara com certas problemáticas que se referem à dimensão sociopolítica do sofrimento e torna necessário a articulação de conceitos psicanalíticos com outros campos dos saberes, de maneira a qualificar a escuta e criar "dispositivos clínicos condizentes às questões do sujeito enredadas às institucionais, sociais e políticas" (Rosa, Estêvão e Braga, 2017, p. 360).

Racismo é uma "forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e se manifesta por meio de práticas conscientes e inconscientes que culminam em vantagens ou privilégios para indivíduos" (S. Almeida, 2020, p. 32). A raça e a classificação racializada são produções forjadas nas sociedades capitalistas com o objetivo de pactuar um mito de superioridade de um grupo sobre outros para promover a humilhação e a desonra e culminar na expropriação desses outros. O negro "na ordem da modernidade" é "o único de todos os humanos cuja carne foi transformada em coisa e o espírito em mercadoria" (Mbembe, 2018, p. 21), pois no domínio europeu na África, foi a primeira vez que o homem se tornou escravizado em virtude da cor da pele.

O racismo não é um fenômeno patológico individual, mas uma manifestação típica de uma sociedade, que é refletido na sua organização econômica e política e no funcionamento das suas instituições, com o objetivo de concentrar o poder nas mãos de um grupo e manter a situação de privilégio deste (S. Almeida, 2020). Assim, a branquitude estabelece regras, concessões, padrões de conduta e modos de racionalidade que naturalizam a dominação e a subalternização de negros e justificam a reprodução de desigualdade e violência. Ou seja, o racismo está na estrutura social e se concretiza nas relações institucionais como família, escola, universidade, hospital, sistema jurídico e econômico. A análise estrutural do racismo não desresponsabiliza os sujeitos racializados (brancos e negros), concebe-os como integrantes.

Na sociedade brasileira, o racismo tem o caráter de desmentido (Gondar, 2017; Vannuchi, 2017). Na psicanálise, desmentido (ou renegação) é uma forma de negação usada pelo sujeito como mecanismo de defesa do ego, pelo qual ele se recusa a reconhecer a realidade, fazendo coexistir duas realidades contraditórias, estáveis e sem qualquer conflito. (Roudinesco e Plon, 1998). O modo de discriminação racial é dissimulado por uma segregação em que a população branca se mescla com a população negra, criando a "democracia racial", um mito brasileiro que faz desacreditar as narrativas de discriminação. Nesse caso, intensifica-se a discriminação indireta, processo em que condições específicas de grupos vulneráveis são ignoradas ou impostas regras de neutralidade, não tendo a marca da intencionalidade explícita de discriminar pessoas, porém

acarreta a segregação e estratificação social (S. Almeida, 2020). Os negros experienciam o racismo cotidianamente, porém escutam que a cor não influencia, pois podem utilizar os mesmos serviços que o branco, sem separações. As narrativas do diário de C. de Jesus (2014), publicados em 1960, exemplificam isso.

Assim, é consenso que o racismo está presente nos tratamentos dispensados no sistema público de saúde brasileiro, denominado Sistema Único de Saúde / SUS. O SUS foi promulgado na Constituição da República brasileira de 1988, quando a saúde passou a ser um direito social de todos os cidadãos, cabendo ao Estado o dever de garanti-lo (Paim, 2009). Tem como princípios, a universalidade (o direito à saúde é para todos), a integralidade da assistência (ações, individuais e coletivas, articuladas e contínuas que englobam desde a promoção à saúde e prevenção de doenças ao tratamento especializado para cura e palição de agravos à saúde), a preservação da autonomia (respeito à integridade física e moral, à dignidade humana e a liberdade de escolhas das pessoas) e igualdade da assistência (sem preconceitos nem privilégios de qualquer espécie a grupos ou a pessoas).

No atendimento ideal em oncologia pediátrica, a criança ou o adolescente, acompanhado pela Estratégia de Saúde da Família (atenção primária), percebe os primeiros sinais da doença e recebe o encaminhamento para a investigação diagnóstica que ocorre no nível secundário de atenção. Havendo a confirmação da suspeita da doença oncológica, é referenciado para centros especializados da atenção terciária. Todas essas ações precisam estar articuladas e acompanhadas pela equipe da atenção primária e pela última equipe que atendeu a criança. Porém, na prática, temos vários exemplos de violações desse direito constitucional: em 2015, Kaique, de 6 anos e sua mãe, negros, residentes na capital paulista, peregrinaram sozinhos por hospitais e prontos socorros da região para descobrir a causa dos sintomas do menino (Ferreira, 2017). Desde menosprezo aos sintomas até acusação de maus tratos, com intimidação, o diagnóstico de câncer foi informado por uma enfermeira que escreveu em um papel o nome e o endereço de um centro de referência para tratamento onde a mãe deveria levar o filho.

Esse é o histórico de vivências de muitos usuários que são admitidos nas instituições de oncologia pediátrica. Com base nesses incômodos e sabendo do imperativo de se discutir esse tema no campo da saúde pública e da psicologia, este artigo objetiva refletir sobre os atravessamentos, na clínica psicológica, inserida em instituições de saúde, de situações que apontam para questões raciais da sociedade brasileira. Acredita-se que a leitura deste texto pode contribuir para a formação dos profissionais da equipe de saúde, não apenas de psicólogos(as), que precisam ter a escuta sensível para as questões raciais que emergem na narrativa das pessoas, ainda que essa não venha associada explicitamente à cor da pele.

Metodo

Este artigo é originário da tese de doutorado (M. Almeida, 2020) que objetivou investigar os significados que os adultos, sobreviventes de tumor de Sistema Nervoso Central (SNC) na infância, atribuem às suas experiências de vida durante o adoecimento e após o término do tratamento oncológico para oferecer subsídios à formulação de novos dispositivos clínicos terapêuticos para estes casos. A concepção da investigação foi o modelo de pesquisa qualitativa em psicanálise. Realizamos

entrevistas individuais abertas com onze adultos que tiveram tumor de SNC na infância, tinham entre 20 e 59 anos de idade, com tempo fora de tratamento oncológico de, no mínimo, cinco anos e tivessem sem evidência de doença oncológica. As entrevistas foram fundamentadas em uma questão disparadora sobre as lembranças da época do diagnóstico e do tratamento e perguntas adicionais foram feitas para aprofundar os aspectos relevantes ao estudo. As entrevistas foram realizadas em dia e local previamente combinados, sempre preservando o sigilo.

Antes das entrevistas, havia uma conversa entre mim, o(a) paciente e, quando autorizados(as), seus/suas acompanhantes, para nos apresentar, explicar os objetivos da entrevista e receber a autorização de participação voluntária através da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também, houve um momento informal para que o pai/mãe pudesse conhecer a profissional, não o(a) excluindo da decisão do(a) filho(a) em participar da pesquisa. Nesse momento, a fala era sobre o assunto que desejasse compartilhar e registrávamos como diário de campo. Logo após, o/a acompanhante saía do local e a entrevista era iniciada. As entrevistas foram gravadas e tiveram duração média de cinquenta minutos, variando de treze minutos a uma hora e trinta minutos. Para o encerramento da amostra, utilizamos o critério de saturação teórica (Turato, 2008).

Os/as participantes eram pacientes de uma clínica da rede de saúde privada, especializada em oncologia, localizada na cidade de Salvador/Bahia e que, até 2007, atendia também o público proveniente do Sistema Governamental (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e, posteriormente, SUS). Dos onze participantes, dois eram atendidos por convênio particular e nove pelo sistema público de saúde. Com o descredenciamento aos atendimentos do SUS, a clínica realizava alguns atendimentos médicos gratuitos, porém encaminhava esses pacientes para outra instituição manter o acompanhamento periódico necessário para cada caso.

A análise dos dados seguiu a orientação de Turato (2008) e se deu com as seguintes etapas: 1. Preparação inicial do material: transcrição integral das gravações e do diário de campo; 2. Pré-análise: leitura do material, repetidas vezes; 3. Categorização e subcategorização: organização do material em grupos de temas, a partir de sua repetição ou relevância; 4. Apresentação dos resultados.

Essa pesquisa se norteou pelos aspectos éticos exigidos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, Brasília (DF) e na postura profissional da(o) psicóloga(o) e foi aprovada pelos Comitês de Ética de Pesquisa com Seres Humanos das instituições que a pesquisa esteve vinculada. Todas as pessoas estão identificadas/os por nomes fictícios.

Resultados

A pesquisa que originou este artigo não teve o objetivo de investigar as representações do racismo para os(as) entrevistados(as), mas foi uma narrativa emergente nas falas deles(as), significadas pela pesquisadora, que não pode intervir para investigar os sentidos da narrativa para o próprio sujeito pois não era os objetivos do estudo. Assim, as falas são disparadoras da discussão que se apresenta, configurando um achado da pesquisa, ou seja, "informações encontradas pelo pesquisador no decorrer da pesquisa e que sejam considerados de relevância

para os participantes ou comunidades participantes" (Resolução 466/2012, p. 2). As questões raciais são um tema de importância para a comunidade dos serviços de saúde, pois o racismo é a estrutura de nossa sociedade e as relações no campo da saúde estão sempre atravessadas pela racialidade e branquitude. Logo, o tema que discutimos tem relação com os objetivos do estudo realizado.

O racismo estrutural e a escuta clínica.

Para abrir a discussão, citamos o caso da entrevistada Joana que reflete sobre os prejuízos sofridos pela negligência no seu atendimento na fase diagnóstica do tratamento. Quando apresentou os sintomas do tumor cerebral (dores de cabeça, vômitos e perda de peso), ela percorreu algumas instituições de saúde até ficar internada em um hospital geral, onde foram realizados alguns exames. Porém, o médico que a atendeu não a encaminhou e mandou a família procurar, por conta própria, um médico neurologista. A entrevistada questiona que se o médico tivesse realizado adequadamente o encaminhamento, como fez outra médica cinco meses depois, "*talvez tivesse sido até mais rápido*" e ela "*nem tinha perdido a visão*"; como sequela da doença.

A mãe de Joaquim também relata a história da ausência de encaminhamento. Ela conta que, na cidade em que mora, no interior do estado, os Serviços de Saúde tratavam os sintomas da doença oncológica do filho como "*verme no cérebro*"; até que o menino teve uma crise convulsiva sendo encaminhado, de ambulância, para o hospital geral na capital do estado. Nesse local, ele realizou uma tomografia e o médico entregou um laudo indicando o diagnóstico de câncer e escreveu no papel que ela deveria procurar um oncologista para realizar o tratamento. Não encaminhou, não indicou instituição nem profissional. A mãe percorreu, com o filho nos braços, algumas instituições de saúde, até ser informada por uma, também usuária do SUS, sobre uma médica que era oncologista pediátrica, e ela foi com ele até o hospital indicado:

Eu lembro até hoje, eu estava com ele nos braços, ele tinha tido uma crise. Eu perguntei pela médica, o rapaz me disse que ela estava numa reunião e se eu podia esperar. Esperei e conversei com ela. Também, ela não teve nojo de nada, do jeito que o menino estava, ela pegou e colocou no carro dela. E trouxe a gente direto pra cá. E até hoje, graças a Deus, ele está por aqui. Se não fosse Deus e ela, não sei o que teria sido. Acho que não estava mais vivo não, porque a gente não teria conseguido.

O adoecimento desses entrevistados ocorreu no início da década de 1990, quando a rede de atendimento do SUS estava ainda em processo de implantação, funcionando em conjunto com o INAMPS (responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuíam com a previdência social), que somente foi extinto em 1993. Porém, mesmo considerando essa variável e a defasagem de recursos do serviço público para realizar o diagnóstico de forma mais ágil, algo fica sem resposta: como dar alta a uma paciente que apresenta sintomas de uma doença grave, sem uma perspectiva de retorno a algum serviço de saúde? A fala da mãe de Joaquim indica um aspecto que pode ajudar na compreensão dessa negligência repetitiva: "*ela não teve nojo de nada, do jeito que o menino estava, ela pegou e colocou no carro dela*". O sentido de agradecimento nessa fala é para além do cuidado à saúde, o agradecimento é por ter

sido tratado como ser humano, demonstrando o sentimento de inferioridade e desvalor que alguns usuários sentem diante do profissional de saúde.

Outro aspecto que denota o racismo estrutural são os relatos que exemplificam a falta de estruturas básicas e de planejamento terapêutico para a assistência desses pacientes, que precisam buscar as instituições de forma isolada, sobretudo para a reabilitação pós tratamento oncológico. A mãe de Olga fala que enviou uma carta para um programa de televisão solicitando uma cadeira de rodas motorizada para a paciente poder se locomover melhor. Essa mesma entrevistada chora muito durante a entrevista porque não pode ir à escola por ausência de transporte adaptado. Igualmente, a mãe de Joaquim refere que seu filho necessita estudar em escola especializada devido ao dano neurológico extenso ocasionado pela doença, porém, como reside na zona rural e a escola é na zona urbana, a Prefeitura não fornece o transporte escolar para seu filho, pois no local de sua residência, só ele iria para a escola.

Joana denuncia de forma crítica a falta de amparo das políticas públicas, ela narra que demorou 13 anos para conhecer o centro especializado em educação para deficientes visuais, sabendo dele por um encontro casual com sua ex-professora. Durante três anos, Joana frequentou esse centro e a escola regular, abandonando-os após esse período por fatores avaliados como externos à sua vontade, como ausência de livros adaptados em braille, de orientador educacional como suporte ao professor e de transporte para levá-la ao centro especializado. A mãe dela não sabe ler nem escrever e, na época narrada, acumulava a função de dona de casa e cuidadora do marido (pai da entrevistada) que apresentava sequelas de um derrame cerebral. Esses pacientes também trazem o viés territorial para a análise da desigualdade, pois sabe-se que bairros e cidades periféricas apresentam as piores condições de saneamento básico, os estabelecimentos educacionais e de saúde com piores qualidades de infraestrutura, de espaço e de material (CFP, 2017).

A “saúde está apenas reproduzindo o esquema de desigualdade que se perpetua por alguns séculos em nosso país”, logo, “ela segrega e classifica seus membros de forma a valorizar uns em detrimento de outros, refletindo a lógica de operação de nossas instituições” (Luna, 2009, p. 305). A análise histórica da constituição da saúde pública no Brasil aponta que esse setor sempre esteve atrelado a intervenções destinadas à “ralé”, sentido pejorativo para nomear o grupo de pessoas que fazem parte da que é considerada a camada mais baixa de recursos financeiros da sociedade. Desde a criação da medicina previdenciária, em 1930, as ações de saúde foram divididas em: assistência médica individual (para quem estava formalmente no mercado de trabalho) e assistência àqueles que não estavam inseridos no mercado formal de trabalho (desempregados, trabalhadores informais e das zonas rurais). “Estava, pois, delineada a distinção institucional que marcaria as ações de saúde no Brasil” (Luna, 2009, p. 308). Com a criação do SUS, em 1988, houve a formalização e intensificação da saúde suplementar privada, que possui uma rede de serviços distinta e independente da pública.

Além dessa diferença estrutural entre instituições públicas e privadas, dentro das instituições, a diferença das condições sociais, entre profissionais de saúde e usuários, expõe a desvalorização moral, social e política dos brasileiros que mais utilizam o sistema público de saúde: “é a falta de reconhecimento

de sua cidadania que está implícita no tratamento desigual recebido pelas pessoas de outras classes” (Luna, 2009, p. 312). Para S. Almeida (2020, p. 56), há, no Brasil, dois modos distintos de classificação racial: “aparência física de ascendência africana” e “o pertencimento de classe explicitado na capacidade de consumo e na circulação social”. Assim, no racismo em vigor no Brasil, inclui-se também a discriminação de classe contra os pobres. Essa é a noção do “devir negro no mundo” (Mbembe, 2018). Na contemporaneidade, “o substantivo negro deixa de remeter unicamente à condição atribuída aos povos de origem africana durante à época do primeiro capitalismo” (Mbembe, 2018, p. 19 e 20), marcado pela espoliação da vida de sujeitos negros, através do tráfico e escravidão, que os destituía de qualquer possibilidade de autodeterminação. Atualmente, existe uma generalização dessa destituição para todas as populações pobres do mundo que passam a ter como padrão de vida a ausência de escolha sobre si próprio e sobre seu futuro.

Em psicanálise, concordamos que a escravidão é um dos traumas sociais pouco simbolizados no Brasil e o silenciamento e a ausência de um reconhecimento expressivo do fato traumático conduzem à repetição (Kehl, 2011). O processo de escravidão continua sendo reatualizado pela lógica da compulsão à repetição, que mobiliza produções inconscientes metafóricas ligadas ao conteúdo traumático manifestas em palavras, sonhos, atos, comportamentos, brincadeiras, piadas (Freud, 1920/1996). Por ser metafórico, muitas dessas manifestações não são expressas intencionalmente para promover a discriminação, mas sempre há a transmissão da intenção discriminatória, ainda que essa seja negada. Kilomba (2008) ressalta que muitas piadas racistas não são metafóricas e, explicitamente, apresentam o componente sádico de subjugação negra ao branco, combinando violência e diversão, humilhação e prazer. Tais narrativas, explícitas ou metafóricas, são vivenciadas pelo sujeito negro como uma experiência em si, a dor se presentifica.

Incluimos nesta série do passado não dito com efeitos sobre o social, o processo de colonização que dizimou a população indígena. O genocídio indígena e africano foi marcado pela existência de grupos reduzidos a uma vida que pode ser retirada ou interrompida (Braga, 2015). Indígenas e africanos eram considerados não humanos, privados da vida qualificada e do direito à cidadania, cuja vida biológica podia ser abatida ou manipulada, segundo os interesses e os desejos dos grupos dominantes, e seus assassinatos não eram castigados nem reprimidos, ou seja, um extermínio populacional legitimado e normalizado (Agamben, 2002). Isso se reatualiza. Nas entrevistas realizadas, aparece o componente violento de ação estatal, dois entrevistados informam que tiveram seus irmãos assassinados meses antes da entrevista e um entrevistado significa o câncer como “segurança”, “um livramento que o Senhor” lhe deu, pois em um dos primeiros dias da quimioterapia, quando chegou em casa enjoado e não foi à casa de um de seus amigos, houve uma chacina no local e um amigo faleceu.

O reflexo dessa violência do estado nas questões de saúde pública é referido por Luna (2009) ao denominar essas pessoas que trazem a marca da desvalorização social como “aqueles que deixamos morrer”, que são negligenciados pelos cuidados em saúde e pelo suprimento de necessidades singulares. Essa reflexão é baseada em Foucault quando conceitua biopolítica e biopoder. O biopoder ocorre no campo do direito político, a partir do século XIX, e complementa o “direito de soberania - fazer morrer ou deixar viver - com outro direito novo, que não vai

apagar o primeiro, mas vai penetrá-lo, perpassá-lo, modificá-lo, e que vai ser um direito, ou melhor, um poder exatamente inverso: poder de "fazer" viver e de "deixar" morrer" (Foucault, 1976/1999, p. 287).

Portanto, na modernidade, o poder soberano de gerir a vida e a morte da população adquire controles regulatórios baseado em tecnologias e métodos estatísticos, denominados de biopolítica, que "pressupõe a distribuição da espécie humana em grupos, a subdivisão da população em subgrupos e o estabelecimento de uma cesura biológica entre uns e outros" (Mbembe, 2016, p. 128), o que indica que umas vidas valem mais que outras. Esse tipo de gestão emana na necropolítica, uma forma de governo excepcional mediante a produção e a exposição de cadáveres e cujo objeto é estimular o medo (Mbembe, 2016). A esse tipo de execuções à mostra, como vimos na violência consentida pelo estado, soma-se às matanças invisíveis, como as que ocorrem nas instituições.

A concepção foucaultiana de poder indica que seu exercício é um modo de ação de uns sobre outros e esse exercício não está localizado em nenhum ponto específico da estrutura social (Foucault, 1979/1995). Toda a sociedade e suas instituições são atravessadas por múltiplas relações de poder, que circula e perpassa por todos os indivíduos. Logo, não existe uma pessoa que esteja fora da dinâmica das relações de poder, nem este é exclusivo de uma pessoa. Todos os sujeitos são, ao mesmo tempo, dotados de exercício de poder e sofrem sua ação.

Nos serviços públicos, os profissionais de saúde, incluindo psicólogas(os), também exercem o poder de fazer viver e deixar morrer, que inclui não somente a vida/morte biológica, mas também a vitalidade/apagamento subjetivo. Muitos profissionais de saúde olham os usuários como subalternos, pobres e carentes de recursos financeiros e de capacidade cognitiva, posicionam-se como profissionais assistencialistas e benevolentes que estão doando um serviço a população, desconhecem a legislação e o funcionamento do SUS para orientar e encaminhar adequadamente cada caso, são intransigentes com as queixas e dúvidas dos usuários que, na compreensão desses profissionais, não deveriam exigir nada, somente aceitar o que lhe é dado. A frase título deste artigo é comumente dita pelos usuários de hospitais públicos brasileiros ao se referir sobre o incômodo de solicitar algum auxílio a equipe de saúde: "já pedi, agora é esperar a boa vontade deles".

Avançando nos conceitos foucaultianos de biopoder e biopolítica, autores apontam para outro sentido da biopolítica, pois enquanto modo de gestão de vida, ela pode apresentar uma natureza dual e ter como perspectiva o "poder da vida de resistir e determinar uma produção alternativa de subjetividade", "que não só resiste ao poder, como busca autonomia em relação a ele" (Hardt & Negri, 2016, p. 81). A "subjetividade é resultado e efeito das relações de saber/poder" e se produz e se manifesta "na relação das forças que atravessam o sujeito" (Prado Filho e Martins, 2007, p. 17). Portanto, o sujeito (profissionais de saúde e usuários) constroem seus processos subjetivos, mas não sem o outro. Daí tratamos de co-responsabilidade do sujeito pela sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca (Campos & Campos, 2006).

Nesse sentido, destacamos que o sujeito tem a capacidade de lidar e agir sobre esse sistema de poder e a forma como ele encontra para isso está entrelaçado com seus recursos

subjetivos, que incluem a elaboração de seus afetos, de suas capacidades físicas e cognitivas, de suas crenças culturais e religiosas e de sua história de relações com o outro. Percebemos duas posturas emblemáticas nesses sujeitos que passam por situações traumáticas.

Primeiro que, diante de situações de desamparo, característica do encontro com a situação traumática, o sujeito vivencia a angústia (Almeida, 2011). Em psicanálise, essa é caracterizada pela impossibilidade de o sujeito utilizar a palavra como mediadora, podendo ocorrer o silenciamento. A própria experiência de adoecimento, por si só, gera perdas de algum nível de autonomia e de referenciais identificatórios e, portanto, ocorre a vivência de desamparo. Quando essa experiência é atravessada pela experiência do racismo, o desamparo pode ser mais profundo e o silenciamento manifesto por sujeitos disciplinados, passivos, que recebem os encaminhamentos e as orientações sem questionamentos.

Franz Fanon (2008) relata as suas vivências no mundo branco, referindo que o olhar do homem branco sobre seu corpo e as palavras que lhe direcionavam revelavam uma diferença que seu psiquismo não tinha recursos para elaboração. O autor escreve que, no contato com o branco, seu esquema corporal foi desmoronado e ele ficou desorientado, não conseguindo partilhar do mesmo espaço que o outro, o branco. Fanon cresceu em um país negro e, somente, quando encontrou o olhar do branco que percebeu uma perda de referenciais que o identificavam como sujeito, passando a ser objeto identificado pelo branco como "o preto" que causa medo.

Isso está em consonância com as pesquisas de Souza (1990) ao tratar sobre as narrativas de negros que têm ascensão social no Brasil. O negro ascendente socialmente vivencia um conflito intrapsíquico, pois foi constituído, enquanto sujeito de desejo, pela negação. Há uma introjeção imposta do ideal do eu branco a ser atingido, tornando impossível sua realização, pois precisa que ele negue seu próprio corpo e faça "o expurgo de qualquer mancha negra" (Souza, 1990, p. 42). Assim, ele é dilacerado enquanto sujeito, pois seu corpo não cabe naquilo que lhe foi imposto a desejar.

Além do silenciamento, destacamos outra manifestação extrema desses sujeitos violentados pelas situações institucionais que é as atitudes insurgentes, como agressões físicas e verbais direcionadas à equipe de saúde ou filmagens do atendimento que são difundidas em redes sociais. Isso tem efeitos imediatos na relação profissional-usuário, por exemplo muitos profissionais antes de iniciar uma comunicação de notícias já questionam e ordenam: "Está gravando? Desliga o celular!". A comunicação efetiva exige uma interação e uma confiança entre as partes, se há uma desconfiança do que é falado e de como é escutado, a troca de informações fica comprometida e reflete em dilemas nas decisões a serem tomadas para o tratamento e em dificuldades de elaboração dos afetos, importante nos contextos de perda que o adoecimento provoca.

Esses são exemplos de mecanismos para mascarar a angústia e ocorrem porque a "dor em carne viva desses traumas silencia, grita e chora. A estratégia de sobrevivência psíquica, muitas vezes, captura o pensamento no trabalho psíquico de afastar o sofrimento", através de comportamentos, palavras ou pensamentos (Vannuchi, 2017, p. 67). O silenciamento é mais aceito nos espaços de saúde, pois não gera atrito, já os

comportamentos insurgentes são criticados e geram uma assistência defensiva por parte do profissional. Ambos são efeitos psíquicos de processos históricos sociais de violência racial e aparecem nas narrativas clínicas psicológicas, lugar por excelência de cuidado dessas subjetividades. Assim, questionamos: O quanto, nós, psicólogas/os, estamos dispostos a escutar e intervir no campo das relações raciais?

Racismo institucional e a posição do/a psicóloga/o.

A posição da(o) psicóloga(o) faz referência a um compromisso ético-político das psicologias, que no Código de Ética Profissional informa que este(a) profissional deve trabalhar para "promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão", sendo vedado praticar ou ser conivente com qualquer ato que as promova (CFP, 2005, p. 7). Assim, nesta seção, refletiremos sobre como devemos atuar com responsabilidade e análise crítica da realidade para construir repertório clínico e institucional que respeite nosso compromisso ético-político.

Concordamos que a pertença racial e fenotípica da(o) profissional influencia o olhar que a equipe multiprofissional lança sobre ele(a) e aqui tratamos de como construir um lugar nessa equipe a partir da análise crítica e histórica da "realidade política, econômica, social e cultural" (CFP, 2005, p. 7). Referenciamos os estudos em psicologia hospitalar, baseados na psicanálise, que diferenciam entrada e inserção (Moretto & Léia, 2014). A entrada é o(a) psicólogo(a) estar, fisicamente, na instituição, possibilitado pelo contrato de trabalho, e a inserção é o processo de construção do lugar do(a) psicólogo(a) na equipe e é deste lugar que ele pode operar. Logo, é um lugar simbólico, sua construção implica no que ocorre na relação eu-outro e está condicionada à forma como a equipe direciona queixas e demandas ao/a psicólogo(a) e como este responde a elas. Ou seja, a inserção depende da interrelação dos dois no campo onde as trocas em saúde ocorrem. Nesse sentido, a formação e o compromisso ético-político deste(a) psicólogo(a) são fundamentais para essa construção.

Pelo próprio processo de construção da psicologia no Brasil, que se mantém conivente com a perpetuação das desigualdades políticas (CFP, 2017), muitos/as psicólogas/os podem estar submetidas(os) a resistências psíquicas em escutar as questões raciais ou, quando escutado, tem pudores em intervir. O tema continua invisível, em termos teóricos - profissionais possuem uma vaga noção sobre o racismo institucional - e em termos práticos - não observam ou negam a existência (Jesus, Santana & Castelar, 2020). Pela nossa experiência, a resistência em escutar pode ocorrer pelo encontro difícil com a angústia tão viva nos usuários assistidos e, às vezes, pela sensação de impotência em ajudá-los, concretamente, pelas deficiências na oferta de intervenções terapêuticas e sociais para um cuidado integral e eficaz à saúde (M. Almeida, 2020). Mas, nossa escuta precisa sair da posição de resistência e considerar as questões raciais para promover intervenções que promovam uma retificação no posicionamento do sujeito - usuário e profissional de saúde/equipe.

Sobre a contribuição da psicanálise para o trabalho do(a) psicólogo(a) em instituições de saúde, Moretto (2006) divide o trabalho do(a) psicanalista nesses locais em duas vertentes indissociáveis e articuladas. A vertente clínica é a intervenção

da(o) profissional com os usuários e a vertente institucional é a interlocução do(a) psicanalista com os outros saberes que compõem a equipe multiprofissional. Nas duas, a teoria funciona como sustentação para sua escuta, único método da investigação psicanalítica.

Na vertente clínica, considerando as questões de angústia e trauma, situamos as intervenções na clínica do traumático, que é um trabalho diferente da clínica do sintoma (Rosa, Berta, Carignato & Alencar, 2009). A clínica do traumático convoca o analista a um lugar preciso de abordar a angústia, auxiliando o sujeito a restituir um campo mínimo de significantes que possam circular e que o permite localizar-se para poder dar valor e sentido à sua experiência de dor. Nas situações de extrema angústia e de perda de referenciais identificatórios, está incluída a oferta de escuta psicanalítica em que se utiliza da presença e da palavra ao invés do silêncio. Falar das questões raciais sofridas e "dar voz àquilo que está emudecido é movimentar a esfera das representações, da construção e desconstrução de imagens, testemunhar e tratar desse pesadelo social" (Vannuchi, 2017, p. 68).

É importante que o sujeito negro tenha uma postura ativa na construção de referenciais que encarnem seus valores e interesses para que ele possa ter meio de "recuperar a autoestima, de afirmar sua existência, de marcar o seu lugar" (Souza, 1990, p. 53). Nesse sentido, a escuta da(o) psicóloga(o) deve favorecer a capacidade de reflexão crítica sobre sua história e suas vivências, contribuindo para a construção de sujeitos mais criativos, mais espontâneos e detentores de autonomia. Essa "passou a ser considerada um ingrediente importante para colocar limites à utilização perversa e destrutiva do poder por classes e grupos dominantes" (Campos & Campos, 2006, p. 726). E "Uma das formas de exercer a autonomia é possuir um discurso sobre si mesmo" (Souza, 1990, p. 25). O caminho para se constituir enquanto sujeito passa, primeiro, por se fazer conhecer sua pele negra e o que ela representa na sociedade, tornar-se negro para se tornar sujeito.

Porém, para que essa operação de construção de autonomia e de respeito a singularidade de cada sujeito produza efeito no posicionamento da instituição, é preciso haver um trabalho de escuta também na equipe. Reconhecemos que muitos(as) profissionais da psicologia pactuam de práticas que visam ajustar os sujeitos aos espaços, porém nas questões que envolvem discriminação racial não cabem adaptações. As intervenções da(o) psicóloga(o) na equipe devem problematizar e provocar discussões de pontos com o objetivo de construir práticas que evitem o apagamento do sujeito (Moretto, 2006). Para que possa estar nesse lugar, a(o) psicóloga(o) precisa se questionar e observar essas questões também na equipe: quantas vezes classificam as vidas que merecem melhor tratamento do que outras? E o quanto conseguem perceber nos sujeitos os efeitos dolorosos dessa diferença de tratamento? Quando pontuamos que o racismo brasileiro é desmentido, chegamos em um desafio para essa intervenção na equipe, pois não adianta evidenciar as práticas racistas, já que elas serão negadas.

Vislumbramos intervenções em que cabe questões direcionadas à equipe ou a um(a) profissional específico que visam a fazer refletir a desvalorização de um paciente. Retomando as narrativas dos sujeitos entrevistados, podemos nos dirigir à equipe médica e de assistência social e solicitar informações

sobre o encaminhamento de Joana para o oncologista e se já teve retorno da equipe do centro de referência, podendo inclusive exemplificar casos em que houve maior atenção e cuidado da equipe. Ou, no caso de Olga, em que podemos apontar para a equipe médica, de fisioterapia, de assistência social quais são as necessidades e desejos da paciente e, em conjunto, mobilizar esforços para acionar os dispositivos na rede da cidade em que ela mora para ajudá-la nas atividades que ela avalia como importantes para sua vida, como o acesso à educação e à equipamentos e tratamentos que ajudem na sua locomoção.

Também observamos que Joaquim, negro, 30 anos, e Nilda, branca, 19 anos, apresentavam condições de efeitos tardios neurocognitivos do tratamento que os impediram de responder adequadamente a entrevista. Ele é pobre, vive na zona rural, o pai trabalha na roça e a mãe em casa, ele não dispõe de amparo de políticas públicas que o garanta na escola nem realiza qualquer intervenção especializada para sua condição, trabalha na roça para "ajudar o pai e não ficar parado". Nilda reside em um bairro classe média na capital do estado, estuda em escola particular de caráter especial e realiza outras atividades adaptadas. Em casos assim, cabe uma investigação nessa equipe sobre como veem os dois sujeitos: há uma compreensão dos diversos aspectos que influenciam a expressividade de cada um (de raça, classe, cultura, educação, ambiente)? E havendo, essa compreensão é menosprezada, naturalizada, interpretada como patologia ou discutidas para promover intervenções que melhorem suas condições?

Nessas discussões em equipe, a escuta também é singular, pois cada um trará contribuições e reflexões que permitem a(o) psicóloga(o) intervir de modo que realce o sujeito e sua posição subjetiva diante das necessidades e desejos, e não permita à equipe se render às respostas imediatas e ausentes de invenções e criatividades necessárias para a resolução das particularidades de cada caso (Moretto, 2006). "A manutenção ou superação do racismo no Brasil, e seus efeitos perversos, depende de uma decisão coletiva, que implica coresponsabilidade" (Silva, 2017, p. 74). Logo, intervir de modo a recusar a perpetuação do racismo na condução dos casos atendidos não é função exclusiva da(o) psicóloga(o). Toda a equipe tem o compromisso de amenizar a dor e o sofrimento do paciente e seu familiar, na clínica psicológica cabe a escuta singular desses para apurar as demandas e desejos e, assim, contribuir com as construções e decisões terapêuticas tomadas em equipe.

O(a) psicólogo(a) deve se engajar em políticas institucionais de combate à discriminação e essas devem ser por meio de ações afirmativas, precisando, primeiramente sensibilizar os gestores e os demais profissionais do local acerca da discriminação, através de estudo sobre o tema e debates, para depois articular, em conjunto, um diagnóstico e intervenções institucionais (CFP, 2017). Na parte assistencial direta ao/a paciente, orienta-se que a instituição tenha, nos prontuários, o quesito cor, conforme as categorias que constam no IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), e que este campo seja preenchido com todos os usuários de forma autodeclarada. A partir desses dados, poder-se-á fazer um estudo sobre as características do público atendido e investigar as variáveis que tragam a marca discriminatória para construir intervenções condizentes com a problemática diagnosticada.

Enfim: Quem é o sujeito do SUS? Se tomarmos como parâmetro a noção de sujeito da psicanálise como aquele que

se implica, subjetivamente, pelas suas escolhas, podemos dizer que paciente, familiar e profissional são os sujeitos do sistema público e todos(as) precisam se comprometer e se responsabilizar para o rompimento das narrativas e ações discriminatórias (Ribeiro, 2020). Para tanto, é preciso tratar desse tema na formação pessoal dos cidadãos (conhecimentos de história do Brasil, de história do povo brasileiro, da educação brasileira, etc.), na formação acadêmica dos profissionais para ser possível o rompimento da narrativa dominante que exclui, segrega e pretere uns. O papel social do(a) profissional de saúde é pouco enfatizado nos cursos de formação, que preparam os profissionais para o mercado de saúde e o SUS não é mercado, é uma política pública de Estado que compreende a saúde como direito social (Lucchese, 2015). Faz-se necessário uma mudança na estruturação da formação em saúde no Brasil, que torne significativo a assistência social em saúde, menos centrada em saberes biomédicos e em práticas individualistas. Defendemos que o tema da discriminação nos serviços públicos de saúde deve ser destaque nos debates de reformulação dos Projetos Pedagógicos de Curso de Saúde para se criar atividades sobre os diversos fatores dessa temática. Essas atividades devem ser transversais ao curso, estando presente nos componentes curriculares, grupos de estudo, pesquisa e extensão (Castelar & Santos, 2012; CFP, 2017).

Conclusão

Este trabalho buscou discutir o racismo no campo da saúde pública e os atravessamentos dessa violência na clínica psicológica, inserida em instituições de saúde. A importância desse debate se deve por defender que enquanto houver práticas discriminatórias será difícil implementar uma política de saúde com os princípios do sistema público de saúde brasileiro: universalidade, integralidade, preservação da autonomia e igualdade. O SUS apresenta incongruências entre a legislação e as suas práticas e observamos que alguns gestores e profissionais utilizam das instituições para repetir atitudes que se aproximam com a dos colonizadores, ou seja, violência com benevolência. Particularizando a discussão para a oncologia pediátrica, este artigo observa que as chances de sobreviver ao câncer infantojuvenil com qualidade de vida transcende os aspectos das características biológicas da doença, pois faz diferença se a criança ou o adolescente tem o diagnóstico precoce, é encaminhado adequadamente para centros especializados, é negro ou indígena ou branco, vive em centros urbanos ou zona rural, se pertence à família com bons recursos financeiros ou é vulnerável social e financeiramente.

Referências

- Agamben, G (2002). A politização da vida. In: G. Agamben. *Homo sacer I: o poder soberano e a vida nua* (H. Bu-rigo, trad.). Belo Horizonte, MG: Editora UFMG, 125-131.
- Almeida, M. (2020). *Sobreviventes de câncer infanto-juvenil: contribuições da psicanálise e novos dispositivos clínicos*. São Paulo, SP: Editora Zagodoni.
- Almeida, M. (2011). *A criança com tumor de sistema nervoso central: considerações da psicanálise para a área da saúde*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponi>

- veis/47/47133/tde-04062012-110150/pt-br.php
- Almeida, S. (2020). *Racismo estrutural* (Série Femininos Plurais). São Paulo, SP: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra.
- Braga, A. (2015). *Os muitos nomes de Silvana: contribuições clínico-políticas da psicanálise sobre mulheres negras*. Tese Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-10052016-104955/pt-br.php>
- Campos, R. & Campos, G. (2006). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: G. Campos, M. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior & Y. Carvalho (orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, SP: Editora Hucitec/Fiocruz.
- Castelar, M & Santos, C. (2012). Relações raciais no ensino de psicologia: uma experiência de sensibilização. *Revista Psicologia, Diversidade E Saúde*, 1(1), 75-86. Recuperado de: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v1i1.43>
- Conselho Federal de Psicologia (2002, dezembro). *Resolução CFP no. 018/2002*. Brasília, DF. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2002/12/resolucao2002_18.PDF.
- Código de ética profissional do psicólogo (2005) Brasília, DF. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Referências Técnicas para atuação de psicólogas/os (2017) Brasília, DF: CFP. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/09/relacoes_raciais_baixa.pdf
- Fanon, F. (2008) *Pele negra, máscaras brancas* (R. Silveira, trad.). Salvador, BA: EDUFBA.
- Ferreira, M. (2017) O médico disse que era frescura, mas meu filho estava com câncer [Depoimento a Vivian Ortiz]. *Universa*. Recuperado de <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2017/04/17/o-medico-disse-que-era-frescurinha-mas-meu-filho-estava-com-cancer.htm>.
- Fontanella, B., Ricas, J. & Turato, E. (2008, janeiro). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, RJ, 24(1), 17-27. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02>
- Foucault, M. (1995). *Microfísica do poder*. (R. Machado, rev.). Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal (Trabalho original publicado em 1979).
- Foucault, M. (1999) Aula de 17 de março de 1976. In: M. Foucault. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France* (M. E. Galvão, trad., pp. 285-315). São Paulo, SP: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1976).
- Freud, S. (1996) Além do princípio de prazer. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad., vol. XVIII, p. 13-75). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- Gondar, J. (2017). Brasil: um racismo desmentido. In: M. Arreguy, M. B. Coelho & S. Cabral. *Racismo, capitalismo e subjetividade: leituras psicanalíticas e filosóficas* (pp. 47-58). Niterói, RJ: Eduff.
- Hardt, M. & Negri, A. (2016) De corpore 1: a biopolítica como acontecimento. In: M. Hardt & A. Negri. *Bem estar comum*. (C. Marques, trad., 1ª. ed., p. 80-89) [versão digital]. Rio de Janeiro, RJ: Record
- Jesus, C. M. (2014). *Quarto de despejo: diário de uma favelada* (10ª. ed.). São Paulo, SP: Ática (Trabalho original publicado em 1960)
- Jesus, K. C. O., Santana, H. M. & Castelar, M. (2020, maio-agosto). Psicologia e racismo institucional na saúde pública de Salvador-Bahia. *Fractal, Rev. Psicol*, 32(2), 142-153. Recuperado de <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i2/5697>
- Kehl, M. R. (2011). Sua única vida. In: M. C. Perdomo & M. Cerruti (orgs). *Trauma, memória e transmissão: a incidência da política na clínica psicanalítica* (p. 48-57). São Paulo: Primavera Editorial.
- Kilomba, G. (2019). *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. (J. Oliveira, trad.) Rio de Janeiro, RJ: Editora Cobogó.
- Lucchese, G. (entrevistado) (2015, 8 de janeiro). Saúde pública no Brasil ainda sofre com recursos insuficientes. *Câmara Notícias: Saúde*. Recuperado em 12 de janeiro de 2020, de <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/480185-SAUDE-PUBLICANO-BRASIL-AINDA-SOFRE-COM-RECURSOS-INSUFICIENTES.html>
- Luna, L. (2009). "Fazer viver e deixar morrer": a má-fé da saúde pública no Brasil. In: J. Souza (org.). *Ralé brasileira: quem é e como vive*. (p. 305-327). Belo Horizonte, MG: Editora UFMG.
- Mbembe, A. (2016, dezembro). Necropolítica (R. Santini, trad.). *Arte & Ensaios: revista do PPGAV/EBA/UFRJ*, 32, pp. 122-151.
- Mbembe, A. (2018). *Crítica da razão Negra* (S. Nascimento, trad.). São Paulo, SP: N-1 edições.
- Ministério da Saúde (2014, novembro). *Campanha mobiliza a população contra o racismo no SUS*. Brasília: Blog da Saúde. Recuperado de: <http://www.blog.saude.gov.br/34777-campanha-mobiliza-a-populacao-contra-o-racismo-no-sus.html>
- Moretto, M. (2006). *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si"*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo: São Paulo.
- Moretto, M. L. T. & Prizskulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanalítico*, 46(2), 287-298. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200007&lng=pt&lng=pt.
- Paim, J. S. (2009). *O que é o SUS*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Prado Filho, K. & Martins, S. (2007). A subjetividade como objeto da(s) psicologia(s). *Psicologia & Sociedade*, 19(3), 14-19. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000300003>
- Resolução nº 466 (2012, 12 de dezembro). *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Resolução nº 510 (2016, 07 de abril). *Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Ribeiro, D. (2020). Apresentação. In: S. Almeida. *Racismo estrutural* (Série Femininos Plurais). São Paulo, SP:

Sueli Carneiro; Editora Jandaíra.

- Rosa, M. D., Berta, S. L., Carignato, T. T., & Alencar, S. (2009). A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(3), 497-511. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000300006>
- Rosa, M. D., Estêvão, I. R. & Braga, A. P. M. (2017) Clínica psicanalítica implicada: conexões com a cultura, a sociedade e a política. *Psicologia em estudo*, 22(3), 359-369. Recuperado de: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/35354/pdf>
- Rosa, M. & Gagliato, M. (2011). Traumas, heróis e resistências e psicanalistas. In: M. C. Perdomo & M. Cerruti (orgs.), *Trauma, memória e transmissão: a incidência da política na clínica psicanalítica* (p. 80-96). São Paulo, SP: Primavera Editorial
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). Renegação. In: _____ *Dicionário de psicanálise* (V. Ribeiro & L. Magalhães, Trad., p. 656). Rio de Janeiro: Zahar.
- Silva, M. L. (2017). Racismo no Brasil: questões para psicanalistas brasileiros. In: N. M. Kon, M. L. Silva & C. C. Abud (orgs.). *O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise* (p. 71 - 75). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Souza, N. S. (1990) *Tornar-se negro* ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social [versão digital]. São Paulo, SP: Editora Paz e Terra.
- Turato, E. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. (3ª ed.) Campinas, SP: Editora Vozes.
- Vannuchi, M. B. (2017). Violência nossa de cada dia: o racismo à brasileira. In: N. M. Kon, M. L. Silva & C. C. Abud (orgs.). *O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise* (p. 59 - 70). São Paulo, SP: Perspectiva.