
Psicologia e relações Étnico-Raciais

Diálogos sobre o sofrimento
psíquico causado pelo racismo



Psicologia e relações Étnico-Raciais

Diálogos sobre o sofrimento
psíquico causado pelo racismo

Todos os direitos desta edição são reservados ao
Conselho Regional de Psicologia – 8ª Região
Av. São José, 699 – Cristo Rei – Curitiba – PR – CEP 80050-350
(41) 3013-5766 / www.crppr.org.br / crp08@crppr.org.br

1ª edição – 2016

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Agência Cupola

ORGANIZADOR

Psic. Bruno Jardini Mäder (CRP-08/13323)

EQUIPE TÉCNICA

Ellen Nemitz – Jornalista Responsável (17.589/RS)

Célia Mazza de Souza (CRP-08/02052)

Angelo Horst (CRP-08/17007)

Ana Inês Souza – Socióloga

REVISÃO

Ellen Nemitz | Angelo Horst | Agência Vogg | Ana Inês Souza

REVISÃO FINAL

Ellen Nemitz

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Angela Giordani CRB -9/1262

C122

Caderno de psicologia e relações étnico-raciais: diálogos sobre o sofrimento psíquico causado pelo racismo / Bruno Jardim Mäder (org.) - Curitiba : CRP-PR, 2016.
78 p. - (Psicologia em diálogo)

Bibliografia.

ISBN 978-85-63012-14-2

1. Psicologia social. 2. Racismo - Aspectos psicológicos. 3. Relações raciais. I. Título. II. Conselho Regional de Psicologia, PR. III. Mäder, Bruno Jardim.

CDU 316.6

Projeto Gráfico: Agência Cupola
Designer Responsável: Juliana Malinowski

XII PLENÁRIO - GESTÃO É TEMPO DE DIÁLOGO

Ana Ligia Bragueto (CRP-08/08334)
André Luis Cyrillo (CRP-08/09184)
André Luiz Vendel (CRP-08/14073)
Anita Castro Menezes Xavier (CRP-08/12770)
Bruno Jardini Mäder (CRP-08/13323)
Cleia Oliveira Cunha (CRP-08/00477)
Denise Ribas Jamus (CRP-08/11462)
Fernanda Rossetto Prizibela (CRP-08/12857)
Guilherme Bertassoni da Silva (CRP-08/10536)
Juliano Del Gobo (CRP-08/13756)
Luciana de Almeida Moraes (CRP-08/14417)
Luiz Antônio Mariotto Neto (CRP-08/17526)
Luiz Henrique Birck (CRP-08/15340)
Maria Stella Aguiar Ribeiro (CRP-08/05524)
Mariana Daros de Amorim (CRP-08/15938)
Nayanne Costa Freire (CRP-08/14350)
Paula Matoski Buttore (CRP-08/12879)
Renata Campos Mendonça (CRP-08/09371)
Rodrigo David Alves de Medeiros (CRP-08/13844)
Rodrigo Soares Santos (CRP-08/07213)
Rosangela Maria Martins (CRP-08/01169)
Sandra Mara Passarelli Flores (CRP-08/01198)
Solange Maria Rodrigues Leite (CRP-08/09294)
Vanessa Cristina Bonatto (CRP-08/13902)

COLEÇÃO PSICOLOGIA EM DIÁLOGO

Empreender o diálogo é desafiador, por uma simples razão: diálogo é transformação. Quando alguém se propõe a esta tarefa, certamente não será o mesmo após a experiência. Afinal, quando encontro verdadeiramente outra pessoa eu a transformo e ela me transforma.

Nesta época que vivemos, marcada por individualismos, por competições entre pares, pela política econômica neoliberal e pelo tecnicismo, dialogar é um ato revolucionário. Permitir se deparar com o incerto pode ser encarado como um risco. Entretanto, só produzimos conhecimento a partir do momento em que investigamos o que desconhecemos. A forma de lidar com temas difíceis ou espinhosos é sempre uma escolha pela qual nos responsabilizaremos.

Neste país, igualmente imenso em território e desigualdade, é fundamental que as administrações públicas não tenham soluções prontas, mas que procurem a sociedade para, através do diálogo, encontrá-las. Foi com este espírito que fizemos a gestão deste Conselho Regional de Psicologia entre setembro de 2013 e setembro de 2016, e aqui apresentamos um breve recorte deste exercício.

Os Conselhos de Psicologia, pela sua função e designação legal, possuem um acúmulo de discussões e ações diferentes da produção acadêmica e científica. Um Conselho Regional recebe milhares de pedidos de orientação por ano, um número superior a dez mil! Para realizar estas orientações com qualidade, são promovidos debates, reuniões e eventos, nos quais são construídos pareceres, notas técnicas, resoluções e também posicionamentos políticos. Desta forma, avaliamos ser pertinente a publicação destes cadernos temáticos com o objetivo de compartilhar com as Psicólogas, com os Psicólogos, com estudantes de Psicologia e, por que não, com a sociedade em geral, o que foi acumulado nestes últimos anos em que estivemos à frente da gestão.

Tomamos o diálogo como método e percorremos o Estado do Paraná em uma ação denominada Dialogando, tirando o CRP-PR da inércia. Em vez de andarmos sobre o trilho quase exclusivo da fiscalização, caminhamos sobre a base da orientação, comunicação e compartilhamento de informações. Assim, acolhemos temas ainda pouco debatidos na Psicologia como as questões étnico-raciais, gênero, espiritualidade e práticas alternativas, entendendo que, ao conhecê-los, é potencialmente mais fácil orientá-los para uma prática ética. Por outro lado, temas mais difundidos como Avaliação Psicológica, Psicologia Escolar/Educacional, Jurídica e Hospitalar foram discutidos a partir de questões atuais.

Finalmente, podemos dizer que, empreendendo o diálogo, envolvemos técnicas psicológicas, subjetividade e compromisso social e apresentamos nesta coleção uma parte deste processo.

Boas leituras e boas descobertas!

Bruno Jardini Mäder (CRP-08/13323)

Conselheiro do XII Plenário do CRP-PR

Organizador

A autoria deste Caderno Temático é assumida coletivamente pelas
Colaboradoras e Colaboradores da Comissão Étnico-Racial

Alayde Maria Pinto Digiovanni (CRP-08/01490)

Universidade Estadual do Centro-Oeste de Irati

Cristiano de Andrade Carneiro (CRP-08/11022)

Serviço Auxiliar da Infância e Juventude da Comarca de Guarapuava

Fernanda de Oliveira Pavão Mascarin (CRP-08/18906)

Universidade Tecnológica Federal do Paraná de Guarapuava

Jefferson Olivatto da Silva (CRP-08/13918)

Universidade Estadual do Centro-Oeste de Guarapuava

Katia Margarete Ferreira da Rosa (CRP-08/16055)

Ministério da Saúde/SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena)

Rafaela Mezzomo (CRP-08/15360)

Sistema Único de Assistência Social – Guarapuava

Thais Rodrigues dos Santos (CRP-08/23443)

Mestranda de Educação/Universidade Estadual do Centro-Oeste

SUMÁRIO

DIÁLOGOS INICIAIS.....	15
Por que entender o racismo é importante para a Psicologia?.....	15
Qual a contribuição da Psicologia para o combate ao racismo?	15
O Paraná precisa discutir sobre o racismo, já que é considerado o Estado mais branco pelo IBGE	17
Quais são os objetivos desse Caderno Temático?.....	18
EFEITOS PSICOSSOCIAIS DO RACISMO.....	19
Qual o limiar entre constrangimento e contingenciamento?.....	21
Pode o racismo ser considerado uma patologia social?	23
Quais medidas podem ser adotadas contra o contingenciamento?	24
OS EFEITOS DO RACISMO NA SAÚDE EM RELAÇÕES INTERSUBJETIVAS DE LONGA DURAÇÃO.....	27
Diagnóstico do sofrimento psíquico	34
Intervenção inicial.....	34
Acolhimento terapêutico	35
Prevenção.....	36
A(O) PSICÓLOGA(O) ESCOLAR E O RACISMO NO AMBIENTE ESCOLAR.....	39

Qual a relação da Psicologia com o ambiente escolar e educacional?	39
Como a diversidade se manifesta na escola?	39
Como identificar o racismo manifesto no ambiente escolar e educacional?	40
Como podemos trabalhar com grupos da comunidade escolar, famílias, profissionais da educação, movimentos sociais, prevenindo e combatendo o racismo?	41
ADOÇÃO E A QUESTÃO ÉTNICO-RACIAL	47
O que é adoção?.....	47
O que é adoção inter-racial?.....	48
Qual o papel do grupo de apoio a pais na fila da espera da adoção?.....	50
Considerações finais sobre a adoção	52
TRABALHO COM POVOS TRADICIONAIS NO SUAS	53
Qual a função do SUAS e o principal instrumento de trabalho de seus profissionais?.....	53
Como se dá o reconhecimento étnico-racial?	54
Qual a relação da Psicologia nesse processo?.....	54
Você, Psicóloga(o) do SUAS, compreende o combate contra o racismo, em seu local de trabalho?.....	55
Você, Psicóloga(o) do SUAS, conhece a diversidade de culturas existente no território em que atua?	56
SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO INDÍGENA DO DSEI LITORAL SUL.....	57
O que a Psicologia precisa compreender sobre o atendimento às comunidades indígenas?	57

Como compreender o alcoolismo no cotidiano das comunidades indígenas?	59
A quais temas a Psicologia deve se atentar na atenção às comunidades indígenas?	61
DENUNCIANDO O RACISMO	65
Como denunciar?.....	65
Como denunciar conteúdo racista encontrado na internet?.....	65
Referências bibliográficas	66
Links para aprofundamento sobre o racismo	70
GLOSSÁRIO.....	71

Por que entender o racismo é importante para a Psicologia?

O racismo é uma produção social, ideológica e não biológica, que atinge a sociedade brasileira como um todo. Significa dizer que é um efeito intersubjetivo que cria barreiras contra o desenvolvimento pleno de pessoas e grupos, da mesma forma que justifica ações violentas esquivando seus agressores(as) do entendimento sobre a responsabilidade da ação. O argumento da falta de intenção ou percepção da existência ou não do racismo demonstra o quanto ele se tornou estruturante de nosso imaginário social, dificultando a compreensão de sua amplitude na subjetividade brasileira.

O racismo brasileiro foi constituído a partir da exploração de determinadas populações, que tiveram sua vida apropriada durante todo o processo colonial. Dessa forma, mencionamos como parte fundamental dessas dinâmicas sociais, populações indígenas, africanas e afro-brasileiras e que, por históricos atuais de (i) migrações e exclusões similares, também estão os grupos de ciganos e populações tradicionais (Xetá, Guaranis, Kaingangs, faxinalenses, quilombolas, benzedores e benzedoiras, pescadores artesanais, caiçaras, cipoeiras, religiosos de matriz africana e ilhéus). Assim, o imaginário acompanhou as mudanças sociais de exploração e extermínio, reiterando novas formas de discriminação, esquivando-se com novos argumentos humanitários.

Qual a contribuição da Psicologia para o combate ao racismo?

A Psicologia como ciência da subjetividade humana em suas diferentes dimensões pode fornecer subsídios consistentes para explicar fenômenos como apatia social, vínculos, desenvolvimento psicossocial e os efeitos psíquicos do racismo nas relações humanas. Para tanto, é

fundamental que haja um processo dialógico com outras áreas que já investigam o fenômeno, como História, Antropologia e Literatura. Esse diálogo possibilitará à Psicologia compreender a estruturação e a manutenção simbólica, afetiva e cognitiva do racismo, demonstrando sua implicação em somatizações e a deficiência em diagnósticos clínicos, educacionais ou jurídicos, quando não consideram essa marca social. Dessa forma, a Psicologia precisa se debruçar nesse momento sobre questões sócio-históricas e comunitárias para entender a amplitude do racismo na história latino-americana.

À medida que utilizar os instrumentais da Psicologia Social Comunitária, que teve maior historicidade de atuação e implicação a partir das comunidades latino-americanas, o rompimento das barreiras sociais do racismo poderá acontecer por novas estratégias e encaminhamentos, como a conscientização enquanto atuação psicológica. Primeiramente, há que ser considerado o que Martin-Baró aponta sobre a consciência:

Aquele âmbito onde cada pessoa encontra o impacto refletido de seu ser e de seu fazer na sociedade, onde assume e elabora um saber sobre si mesmo e sobre a realidade que lhe permite ser alguém, ter uma identidade pessoal e social. A consciência é o saber, ou o não saber sobre si mesmo, sobre o próprio mundo e sobre os demais, um saber prático mais que mental (1996, p. 14).

É importante a Psicologia considerar que o racismo não será desconstruído por práticas “tradicionais” de superação subjetiva, já que é estruturante do cotidiano. A superação precisa ser comunitária. Sabemos ser significativa a superação subjetiva desse tipo de sofrimento, porém, a cada novo nascimento e relações intersubjetivas que se estabelecem, haverá a perpetuação de adoecimentos. Nesse sentido, é no acolhimento e na dialogicidade que são estabelecidos vínculos de reconhecimento de si no e pelo grupo, fundamentais à estruturação subjetiva.

De outra forma, a sensação da não necessidade dessa coletividade só é possível se houver, anteriormente, a estruturação do sujeito que foi acolhido e teve condições para, posteriormente, romper com vínculos considerados menos agradáveis. A Psicologia tem papel

crucial para estabelecer mecanismos coletivos de reconhecimento social, dialogando na e pela diversidade e possibilitando espaços sociais de acolhimento legítimos para o desenvolvimento amplo da subjetividade.

O Paraná precisa discutir sobre o racismo, já que é considerado o Estado mais branco pelo IBGE

Há dois pontos importantes para serem mencionados: a autodeclaração e a invisibilidade das comunidades paranaenses. O primeiro ponto que a Psicologia paranaense deve entender é que a autodeclaração é oriunda de uma Política Pública iniciada em 2003, que possibilitou a implementação de ações governamentais como estímulo à preservação cultural e à manutenção da sobrevivência de comunidades tradicionais. A autodeclaração é uma atestação subjetiva de reconhecimento de si nas relações sociais e significativa quando apresentada, tendo em vista as que são tidas de forma negativa socialmente. O se declarar como negro(a) ou indígena nunca fora percebido como um signo de privilégio social, mas uma declaração de historicidade de exclusão. Porém, por meio dessas políticas, observamos que algumas comunidades reestruturaram seus vínculos, suas histórias e suas identidades. Entendendo como processo de superação ao não reconhecimento intersubjetivo de sua presença, o reconhecimento de suas memórias fomentou a possibilidade de lembrar o passado coletivo por sensações agradáveis e de acolhimento. Mesmo que observemos ainda perdurar o sofrimento em muitos outros casos, a presença do profissional é um dispositivo terapêutico que pode estabelecer o reconhecimento e a legitimidade desse tipo de sofrimento geralmente escondido e calado.

Vale lembrar a proposição de Silvia Lane (1981, p. 84) sobre a atuação profissional:

Em certa medida, a tendência do psicólogo a importar modelos explicativos de contextos sociais alienígenas decorre de sua própria formação, carente de visão mais ampla da realidade sócio-cultural brasileira. Por esta razão, torna-se imprescindível seu contacto com outros cientistas sociais, tradicionalmente comprometidos com o estudo dessa realidade.

Uma grande parcela da população do Paraná vive no campo e, progressivamente, aglomera-se em centros urbanos à procura de emprego, melhores condições de subsistência, saúde ou educação. Se, por outro lado, as estatísticas evidenciassem mediante outros marcadores sociais como identidade coletiva, religiosa ou territorial, possivelmente, haveria uma outra percepção sobre o significado implícito de se autodeclarar branco, já que segundo o censo do IBGE de 2010, o Paraná possuía 70% de população branca.

Esses dois aspectos precisam ser repensados pela prática da Psicologia que lida diretamente com a sintomatologia da exclusão para que na formação profissional, em capacitações e discussões de classe e multiprofissionais possam ser desenvolvidas novas ações relativas às demandas da população.

Quais são os objetivos desse Caderno Temático?

Esse Caderno Temático tem como objetivos:

- Explicar o sentido social de racismo e seus efeitos psíquicos;
- Apresentar a amplitude do racismo nas relações intersubjetivas das diferentes áreas da Psicologia;
- Levantar reflexões acerca das práticas profissionais relacionadas às questões étnico-raciais em diferentes áreas de atuação.

Primeiramente, será apresentado o racismo e sua compreensão psicológica. Depois, para cada área conduziremos reflexões acerca da prática profissional referente às questões étnico-raciais. Também serão apresentados às(os) colegas Psicólogas(os) as questões que abarcam a totalidade da profissão, de acordo com o recorte étnico-racial, como efeitos psicossociais, saúde, educação, adoção, comunidades tradicionais e assistência social, atendimentos e demandas das comunidades indígenas. Em seguida, apresentamos um indicativo de como o racismo cotidiano pode e deve ser denunciado; depois um glossário temático e links sobre a temática.

EFEITOS PSICOSSOCIAIS DO RACISMO

Consideramos o racismo segundo uma variedade de sintomas que aponta para um conjunto que caracteriza os efeitos psicossociais do racismo, denominados enquanto sintomatologia que atravessa a experiência subjetiva, sendo uma reprodução de relações perceptuais e imaginárias constitutivas da produção e da manutenção de sofrimentos psíquicos específicos. Nesse sentido, é preciso uma compreensão epistemológica que avance na discussão de vínculos multigeracionais (comunitários) de longa duração em todo o território brasileiro. Por isso, o esforço que pedimos às(os) colegas profissionais é o de estabelecer relações intersubjetivas em suas análises e práticas. Enfatizamos a distinção com a concepção transgeracional atestada por Rehbein e Chatelard (2013), visto que os efeitos do racismo transpõem núcleos familiares, por atingirem pessoas a eles vinculadas ou não, mas que pela estruturação intersubjetiva identitária e refratária social que se reproduz há séculos, promovendo consecutivas exclusões.

Inicialmente, há diferenças necessárias para que entendamos dois aspectos tratados de forma homogênea, isso é, com o mesmo peso analítico. Inicialmente, nós, Psicólogas(os), devemos nos atentar na constatação de que há diferenças sobre a vulnerabilidade humana. Determinados condicionantes psicossociais delineiam possibilidades ou limitações intersubjetivas. A constituição subjetiva para lidar com sofrimentos específicos é distinta entre as pessoas. No entanto, conforme as relações intersubjetivas simbolizam determinados traumas, pode ocorrer a percepção em menor ou maior grau de intensidade do sofrimento e, conseqüentemente, da constituição do trauma.

Nesse sentido, o sofrimento que atravessa uma família quando ocorre o falecimento de seus anciãos será entendido diferentemente de quando falece prematuramente uma de suas crianças ou jovens.

Diferente será a dimensão quando a perda acontece por conta de um acidente ou se porventura há desaparecimentos de familiares. Todos esses eventos fazem parte de nosso cotidiano e, assim, somos vulneráveis a tais sofrimentos.

Mas, há diferenças se ponderarmos nossa prática quando pessoas ou grupos são oriundos de situações de guerra ou perseguições étnicas. A dimensão do trauma é outra quando comparamos com as do parágrafo anterior. Os encaminhamentos, conseqüentemente, serão outros para estabelecer a reestruturação intersubjetiva, pois será fundamental simbolizar processos persecutórios ou de rompimentos identitários gerados pela crueldade de guerras.

Continuando esse processo de diferenciação dos condicionantes, de forma ilustrativa, nós, Psicólogas(os), devemos nos debruçar quando há o dimensionamento intersubjetivo de relações degradantes como a convivência diária com violências físicas e sociais. Assim também ocorre em famílias e grupos que convivem com a fome continuamente, podendo, em determinadas circunstâncias, configurar subjetividades mendicantes, outras em que a revolta ou o desespero proporciona condições de brutalidade também pela falta de segurança e outras que não se enquadram no acesso a determinados direitos sociais.

Outras situações de vulnerabilidade acercam grupos e populações específicas e, nesse sentido, o processo multigeracional é de longa duração. O que precisamos apontar, nesse caso, é que determinados condicionantes psicossociais se perpetuaram e se metabolizaram em formas de exclusões por quase cinco séculos, contínuos e diários. Para entender melhor, basta fazermos uma conta: 24 horas/dia X 7 dias/semana X 30 dias/mês X 12 meses/ano X 100 anos X 5 séculos em todo o território nacional. Assim foi que os condicionantes de crueldade e discriminações institucionais legitimaram perseguições, assassinatos e recusa de reconhecimento de que havia a proliferação do terror contra africanos, indígenas, ciganos e seus descendentes. O estupro de meninas negras menores de 12 anos como simpatia contra a sífilis no início do século, o atropelamento sistemático de indígenas

e a recusa no atendimento de ciganos em postos de saúde por falta de documentos demonstram de que maneira a perpetuação de sofrimentos específicos condicionam as relações intersubjetivas desses grupos. Como observamos por documentos como o Mapa da Violência/FLACSO, coordenado por Julio Jacobo Waiselfisz (2015), os índices de exclusão recaem prioritariamente sobre marcas sociais de etnia e cor. Vale ressaltar que a percepção dessa discriminação sócio-histórica se torna muito explícita se tentarmos usar marca social étnica ou cor para outros grupos sociais, como é o caso de gaúchos.

Enquanto profissionais da Psicologia, podemos entender que situações de espontaneidade e de pouca resistência subjetiva nas relações sociais possibilitam o surgimento de manifestações racistas, como percebemos pela expressão de ódio e de contentamento. Baseados em relatos e observações, há tantas outras manifestações de desagrado, que se somam a reprodução de lógicas emocionais por categorias racistas, como são recorrentes tipos de olhares ou até de embotamento subjetivo para se esquivar de enojamento ou asco no contato físico com negros, indígenas ou ciganos.

Qual o limiar entre constrangimento e contingenciamento?

Como expusemos acima, a circunstância de discriminação de determinadas populações étnicas aponta para uma vulnerabilidade de longa duração e difundida por condições degradantes em larga escala nacional. Assim, chegamos ao ponto de desenhar o universo intersubjetivo necessário para que os(as) leitores(as) entendam que há um tipo de complexo de desprezo que foi sendo metabolizado nas relações diárias. Igualmente, já foi apontado que é multigeracional, sendo assim, as pessoas experimentam e vivenciam esse complexo. Ele se torna a chave para compreendermos que há convergências simbólicas pelas quais nossos afetos são direcionados e constituídos na forma de sentimentos, ideias, pensamentos, por situações de humilhações, descasos e crueldades exacerbadas que, ao longo de nossa história compartilhada, desdobraram-se em atitudes mais sutis e sofisticadas nos vínculos e nas práticas sociais.

Nas palavras de Silvia Lane (1981, p. 64):

Enquanto o homem não recuperar para si a sua atividade que é, psicológica, social e historicamente, pensamento e ação, e que só ocorre através da sua relação com os outros homens, concretizando o pensamento na comunicação e a atividade em ações cooperativas, ele estará alienado de sua própria realidade objetiva, com uma falsa consciência social e, conseqüentemente, com uma falsa consciência de si.

Consideramos ser o complexo de desprezo um dispositivo analítico para entendermos com maior amplitude intersubjetiva o racismo. Restituir sobre a nossa historicidade esse dispositivo analítico possibilitará compreender nossa percepção e nosso imaginário por uma matriz a partir da condição latino-americana, isto é, oriunda de um longo processo colonial. Por isso, precisamos insistir que os dispositivos analíticos eurocêntricos podem nos oferecer auxílios, mas não têm condições constituintes de interpretar a amplitude do racismo brasileiro, já que a espessura histórica do processo colonial supera outras tragédias humanas modernas.

O olhar sobre a experiência deve ser reconduzido a partir de seus condicionantes latino-americanos. A configuração de vínculos e a racionalidade atribuída aos motivos aparentes pela demanda de relações degradantes e persecutórias estruturam-se pela aprendizagem social do complexo de desprezo. Esse serve de pivô para que novas categorias sejam desdobradas para estruturar identidades e mobilizar diante dessas emoções e ideias segundo uma assimetria social. Assim, o sofrimento e seu reconhecimento passam a ser justificados em conformidade com essa assimetria, qual seja, se for extremamente degradante, estará em um limbo interpretativo reforçando a impossibilidade de destacá-lo devidamente.

Manifestam-se no entorno do complexo de desprezo constrangimentos repetitivos, assegurando a continuidade de abusos e a ignorância de sua abrangência no adoecimento, como observamos nas denominadas doenças étnicas. Todavia, há que ser entendido que esse complexo constitui nosso imaginário e nossa percepção, respondendo por tensões diárias e pessoais e, por isso, metabolizando-se

por meio da inclusão de outros grupos, como migrantes nordestinos e trabalhadores do campo, em que o princípio de exploração da força de trabalho é mais evidente.

Pode o racismo ser considerado uma patologia social?

Sim. Devemos apontar que o racismo se configurou como resultado eurocêntrico de práticas culturais que se impuseram sobre as relações intersubjetivas e que seus efeitos adoeceram tais relações: de um lado o medo da alteridade que impulsiona atitudes sociais sádicas que naturalizam a crueldade, e de outro a persecutoriedade de historicidade multigeracional. Por isso, Nah Dove (1998) juntamente com Frances Cress Welsing (1991), Bobby Wright (1994) e Asa Hilliard (1995) classificam o racismo como distúrbio mental, produtor de sofrimento e de degradação contínua e constante de outrem.

Maria Aparecida Bento (2012) contextualiza o racismo diante da afetação do medo em decorrência da história da elite ocidental com receio dos despossuídos, dos denominados de primitivos, viajantes, estrangeiros e marginais. À medida que mais eram encurralados os despossuídos, maior desconforto material e psíquico era produzido. Com efeito, podemos lembrar da revolta no Antigo Regime que, em 1789, produziu o Grande Medo dos proprietários e a ruína dos privilégios jurídicos que assentava a monarquia. Assim, conseguimos apontar que o racismo é fruto de um regime colonial embasado no medo e, por isso, sedimentou suas relações intersubjetivas pela violência sobre os despossuídos (africanos, indígenas e ciganos).

Buscando sistematizar o racismo enquanto sua configuração psicopatológica, isto é, na qualidade de sofrimento humano, em sua dimensão ampla, precisamos delimitar alguns entornos psicossociais.

- **Contingenciamento** – relações intersubjetivas multigeracionais metabolizadas desde o processo colonial, gerando relações assimétricas em que determinados grupos são destituídos do reconhecimento de sua humanidade;

- **Vulnerabilidade de longa duração** – condição desfavorável, oriunda do colonialismo e pela manutenção da assimetria social, diferenciando-se de vulnerabilidade como possibilidade de restituição intersubjetiva prontamente;
- **Atitudes elusivas** – ações vinculares anteriores ao colonialismo, tanto na América quanto na África, produzidas a partir de um ambiente intersubjetivo de longa duração (por vários séculos), que diante das crueldades coloniais e da falta de reconhecimento de sua produção de sofrimento, tornaram-se incognoscíveis às categorias eurocêntricas;
- **Complexo de Desprezo** – signos direcionando a percepção e o imaginário em que se reproduz e se constata o contingenciamento. Mediante à tensão, o sofrimento é mantido alienado das epistemologias que se pautam no aspecto individual ou de uma geração, desdobrando em conflitos intersubjetivos contínuos. Com efeito, o Complexo de Desprezo aponta sintomas como produções sádicas, persecutórias e delirantes;
- **Relações intersubjetivas multigeracionais** – condição de socioterritorialidade e vínculos afetivos definidora da percepção de si nas relações humanas. Os grupos indígenas, quilombolas, ciganos e seus agrupamentos urbanos possuem uma dinâmica intersubjetiva que extrapola o vínculo presente da família nuclear. É necessário compreender que a extensão e a produção intersubjetiva são instituídas por correlatos, consanguíneos, bem como de círculos de amizades, ancestralidade e filiação espiritual.

Quais medidas podem ser adotadas contra o contingenciamento?

- Constatar e revelar ações racistas constrangedoras;
- Debater no coletivo para produzir reconhecimento da integralidade do outro, com profissionais e usuários;

- Publicizar o racismo em espaços coletivos com relatos e convites de fóruns;
- Criar espaços coletivos para construir ações conjuntas;
- Dialogar com a experiência coletiva para o reconhecimento de saberes;
- Empoderar SEMPRE como ação comunitária.

OS EFEITOS DO RACISMO NA SAÚDE EM RELAÇÕES INTERSUBJETIVAS DE LONGA DURAÇÃO

As manifestações raciais na área de saúde, em todas suas dimensões, precisam levar em conta seus desdobramentos sócio-históricos. Primeiro, o cuidado ao outro – inclusive de autoridades – no período colonial e imperial tinha como autores (as) senhores (as) negros (as) e indígenas que dominavam a arte de ervas medicinais. Inclusive havia barbeiros negros nos navios negreiros, que eram responsáveis por cuidados básicos de saúde de toda a tripulação.

O chamado “chazinho da vovó” é o desdobramento da totalidade de simpatias e benzeduras correspondentes à concepção de saúde e doença encontradas ainda hoje. Conforme o modelo explicativo de Charles Rosenberg e Janet Golden (1997), a concepção de saúde e doença pressupõe um entendimento de desequilíbrio que abarca como dispositivo analítico: os sinais desse desequilíbrio e seus motivos holísticos, quais procedimentos terapêuticos são necessários para reestabelecer o estado harmônico e a atribuição de manifestações do estágio daquilo que se postula como cura. Com base nesse dispositivo, a manifestação de reestabelecimento do estado de saúde segue essa lógica.

Na saúde, podemos discutir sobre os efeitos psicossociais do racismo por meio da relação entre profissionais e pacientes. De um lado, significa desvelar mecanismos de discriminação que a tradição biomédica ratifica ainda durante a formação de profissionais. De outro, a percepção da população atendida e as diferenças encontradas nesse atendimento conforme a relação intersubjetiva reproduz discriminações por marcas sociais.

Como já frisamos, anteriormente, essa estruturação do racismo só pode ser percebida por meio de sua sintomatologia. A partir

desse momento, é possível criar novas atitudes e significados na prática profissional. Por isso, não há uma acusação a esta ou aquela profissão, mas algo que nós, Psicólogas(os) poderemos contribuir sobremaneira para prevenir e buscar novos caminhos para dirimir o sofrimento populacional.

Os relatos com os quais a Comissão Étnico-Racial se depara e que nesse caso iremos tratar referem-se às populações negras e indígenas. Embora, em um primeiro momento, possa parecer absurdo, é recorrente a não percepção de tal forma de discriminação que se caracteriza como negligência profissional decorrente da falta de conhecimento das relações intersubjetivas dessas populações. Esse desconhecimento é demonstrado quando nos remetemos às denominadas doenças negligenciadas e étnicas.

Enquanto as doenças negligenciadas têm sido alvo de pesquisas e centros de estudos, dentre seus condicionantes temos a condição socioeconômica de algumas populações, a falta de Políticas Públicas específicas, atualização dos profissionais e questões socioculturais. Wanderley de Souza (2010) aponta como incluídas nessa categoria: doença de Chagas, doença do Sono, leishmanioses, malária, filarioses, esquistossomose, hanseníase, tuberculose, dengue, febre amarela e HIV/AIDS, ascaríase, tricuriase, necatoríase, ancilostomíase, tracoma, dracunculíase e a úlcera de buruli. Uma das questões a nós, Psicólogas(os) contribuímos é com a qualidade de vida desses grupos no que tange a compreensão de seu universo simbólico e o que pode ser proposto como diálogo de esclarecimento entre profissionais e pacientes – rompendo com o preconceito de práticas culturais tomadas como atitudes ignorantes pela população. À medida que pacientes se sentem mais à vontade e seguros do atendimento, melhor será a abertura ao diálogo sobre suas práticas cotidianas. Concomitantemente, ainda há uma necessidade crescente de pesquisas e da contratação de profissionais para atuarem em regiões periféricas e no interior das cidades brasileiras, como temos acompanhado a dificuldade de atendimentos no campo.

Quanto às doenças étnicas, podemos entender que sua abrangência ainda mais sobre a condição socioeconômica de algumas populações, a falta de políticas públicas específicas, atualização dos profissionais e questões socioculturais. Isso é decorrente de pouco incentivo sobre a especificidade das populações brasileiras de uma forma mais ampla e com embasamento sócio-histórico dos profissionais, bem como na determinação de políticas de saúde a partir desses desdobramentos. Por isso, mesmo que algumas instituições mencionem doenças étnicas, como é o caso da doença falciforme como hemoglobinopatias¹, observamos que não há qualquer formação da dimensão de sofrimento que essa doença atinge as pessoas e seus familiares. Podemos citar como doenças étnicas: anemia falciforme, deficiência de 6-glicose-fosfato-desidrogenase, hipertensão arterial, doença hipertensiva específica da gravidez e diabetes mellitus (BRASIL, 2001). Essas são apontadas como tendo maior incidência e prevalência na população negra, porém não podemos esquecer que há outros agravos à saúde que subjazem as condições de discriminação e relações sociais degradantes, tais como: desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho, transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo e, ainda, transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas, como o alcoolismo e a toxicomania (NAÇÕES UNIDAS, 2001).

Quanto à população indígena, os agravos comuns são a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio (FUNASA, 2001). Relativo aos agravos da população cigana, a dificuldade é maior para o estabelecimento de estatísticas sobre a saúde, já que Políticas Públicas distantes dessas comunidades são distantes da formação e capacitações. Para termos uma dimensão, somente em 2001 foi que houve uma preocupação em desenvolver ações para o atendimento adequado das populações ciganas. A campanha de 2011 reforçou a luta por direitos básicos à saúde das reivindicações

¹ “Hemoglobinopatias é o nome dado aos grupos de doenças autossômicas recessivas que compreendem as talassemias, doença falciforme, hemoglobinas instáveis e hemoglobinas variantes com alterações funcionais” (NAOUM; BONINI-DOMINGUES, 2007, p.226).

dos ciganos. Assim, o Ministério da Saúde firmou a Portaria nº 940, de 28/04/2011, que afirma a não obrigatoriedade de endereço de domicílio para a população cigana nômade se cadastrar nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse decreto demonstra o quão discriminatório os atendimentos se mantiveram, impedindo, inclusive, o fornecimento de documentos aos recém-nascidos pela falta de documentos da parturiente. Devemos considerar, nesse caso, que no Paraná, as comunidades tradicionais, isto é, que as relações intersubjetivas mantêm práticas identitárias por um longo período engendrando ações coletivas e reconhecimento mútuo de pertencimento interno, organizaram-se pelo nome de Rede Puxirão de Povos e comunidades tradicionais: Xetá, Guaranis, Kaingangs, faxinalenses, quilombolas, benzedores e benzedeiros, pescadores artesanais, caiçaras, cipozeiras, religiosos de matriz africana e ilhéus. Observamos que os ciganos são populações que, por outra forma de estruturação intersubjetiva, têm questões específicas diferentes das comunidades tradicionais citadas acima, porém são negligenciados por questões de preconceitos mantendo-os na marginalidade. Não podemos reproduzir a lógica de exclusão, por isso é necessário entender que, como parte da população brasileira, a saúde de todas as populações tradicionais é importante para a totalidade de nosso desenvolvimento humano.

Desvelando práticas discriminatórias podemos classificar, segundo as seguintes categorias profissionais:

- **Profissional-Paciente:** não atendimento amplo e adequado, considerando o tempo, o apreço e a importância da queixa do paciente; falta de conhecimento sobre o sofrimento causado pelos agravos de doenças étnicas (ex.: crises de dor das pessoas com Doença Falciforme); falta de diagnóstico clínico restringindo-se à mera observação visual e/ou tátil; desconsideração do entorno cultural das comunidades tradicionais pela falta de escuta qualificada que auxiliaria para diminuir a ausência de dados na formação e capacitações; evitar o contato visual e tátil com pessoas negras, indígenas e ciganas; escuta qualificada.

- **Paciente-Profissional:** recusa em ser atendido(a) por profissionais negros(as), indígenas e ciganos(as); desmerecimento de diagnóstico e atendimento realizado por esses profissionais; esquiva no olhar e recusa de aceitação do profissionalismo por questões étnico-raciais.

Além dessas circunstâncias corriqueiras, e relatadas, há outras que causam maior desconforto na integralidade intersubjetiva. A esquiva e a recusa da escuta do paciente ou a(o) profissional (negro, indígena e cigano) são seguidas de manifestações somáticas, como franzimento de testa, boca e distanciamento corporal, que demonstram desprezo, descaso e, inclusive, nojo. Essas manifestações produzem situações de constrangimento que podem, mesmo não sendo entendidas, causar desconfortos e incompreensões sobre o estado de saúde e sofrimento de quem a percebe. Repetimos com Maria Ap. Iray Carone (2014) que afirma que o reconhecimento se constitui em situações em que outrem estão presentes de forma autêntica, isso é, escuta, olha e presta atenção no que está sendo manifestado pelo sofrimento. Como já relatado por pessoas com Doença Falciforme: “sabemos que a dor continuará, porém precisamos de acolhimento para amenizar nosso sofrimento”. Há uma denotação pontual do sentido de sofrimento e de que como esse estado pode diminuir ou não a qualidade de vida de alguém. Ultrapassa a simples constatação do tempo para a dor ser amenizada, visto que compreende a totalidade existencial de alguém que precisa de acolhimento, de estar junto, de acompanhar e, certamente, de tocar para aquele (a) que sofre experimentar o conforme e alívio da autenticidade do encontro humano.

Diante dessas situações consideramos ser imprescindíveis ações na coletividade para que o desenvolvimento de reapropriações de reconhecimento social, não apenas do sofrimento, mas da existência humana integral, e empoderamento no sentido freireano (1979; 1987). Como Freire aponta, o sentido de empoderamento ocorre pela capacidade de acolhimento e sentimento de pertencer ao grupo. Nesse sentido, de forma comunitária, as pessoas podem se perceber em conjunto à legitimidade de sua integralidade, sentindo-se seguras

para atuarem como profissionais em um ambiente que as(os) acolhe em sua humanidade, da mesma forma, de serem ouvidas(os) e atendidas(os) no reconhecimento da validade de seu sofrimento. É o processo de empoderamento que constitui na coletividade e o diálogo autêntico, em que duas experiências se encontram e partilham integralmente de um momento. Esse diálogo se difere de um momento de intimidade entre conhecidos e amigos, por sua realização homogênea de sentimentos e partilhas de afetos e emoções.

Dessa forma, podemos considerar que a atuação profissional demanda novas posturas em sua prática, principalmente quando consideramos que há uma permanente tendência a considerar como profissão e, dessa forma, estamos sozinhos em uma disputa de competências. Considerar que nosso imaginário reproduz exclusões e que o rompimento dessas estruturas imaginárias e sensoriais ocorrem no diálogo autêntico com a diferença, significa que o encontro com a alteridade é instrumental para uma atuação humanizante. À medida que percebemos que o caminho é coletivo, isso é, no cenário social, poderemos desenvolver novas estratégias de atuação menos solitárias e mais compartilhadas com os grupos, pessoas e outros profissionais com os quais exercemos nossa atividade.

Como aconselha Pedrinho Guareschi, esse processo de diálogo com comunidades pressupõem práticas coletivas, dessa forma há dois parâmetros a serem seguidos: 1) com cuidado e humildade respeitar os saberes comunitários; 2) com a partilha de saberes – científicos e comunitários – a garantia de autonomia e autogestão das pessoas em coletivo. Também pode ser útil a proposição de Esther Langdome Eliana Diehl (2007) sobre relações interculturais, principalmente se estamos lidando com comunidades tradicionais, para a convergência de interesses que concorram ao bem-estar da comunidade de forma consensual e compartilhada.

Encaminhamentos:

A compreensão da ampla dimensão dos efeitos psicossociais do racismo na área de saúde que englobam tanto pacientes quanto

profissionais é o primeiro passo a ser considerado. Nesse sentido, apoiamo-nos no processo de conscientização de Paulo Freire que é retomado por Martin-Baró. Esse processo dialético da consciência que reflete sobre a questão pessoal e social da própria pessoa ocorre por três momentos: a) o ser humano transforma-se à medida que consegue modificar sua própria realidade; b) pela decodificação gradual, a consciência se efetiva em sua criticidade, refletindo sobre os mecanismos que o desumanizam na totalidade de sua humanidade, proporcionando uma nova práxis; c) constituindo um novo saber sobre sua realidade circundante é conduzida para um novo saber sobre si mesmo e sobre sua identidade social. Descobrir as raízes de como ocorre a produção de sua identidade social, é possível o desdobramento do horizonte do que poderá ser. Há, assim, a recuperação de sua memória histórica como base para o desdobramento da conscientização. Podemos, por esse instrumental, oferecer em nossa atividade oportunidade para que pessoas negras e indígenas possam recuperar sua memória histórica enquanto seres humanos, podendo romper com a desumanidade naturalizada e reafirmar relações autênticas intersubjetivas.

Pela criação e manutenção de dispositivos para conscientização, as pessoas poderão reafirmar sua historicidade e superar mecanismos persecutórios, afirmando em um primeiro momento sua negritude e sua indigeneidade, em seguida, desdobrando-se novas produções intersubjetividades em comunidades. A demanda para a reestruturação intersubjetiva precisa ocorrer, se possível, em grupos de apoio que tenham tendências de contornos comunitários – afetação contínua intersubjetiva. Com esse dispositivo terapêutico, conseguiremos resgatar uma característica fundante da subjetividade de comunidades tradicionais, inclusive africanas: a matricentralidade. Essa categoria tem sido caracterizada pela memória histórica e da arqueologia das vivências dos grupos comunitários não dominados por matrizes eurocêtricas que, em primazia, se constituíram em seu patriarcado (STONE, 1976; DIOP, 1990). Esse resgate tem o desdobramento terapêutico multigeracional. Assim é que a matricentralidade, como dispositivo arcaico da intersubjetividade humana,

compõe-se de relações de reciprocidade, complementariedade e sem hierarquizações. Por isso, ao insistirmos sobre a dialogicidade como caminho para a conscientização, nossa intervenção terapêutica possibilitará desdobramentos intersubjetivos produtores e promotores de saúde, rompendo com mecanismos de crueldade, de agressividade física e mental e competição mútua pelo argumento da meritocracia que promove o adoecimento.

Diagnóstico do sofrimento psíquico

Primeiramente, há a necessidade de constatar situações racistas pelos efeitos em sofrimentos que instituem barreiras à realização da humanidade de outrem. Essas constantes podem ser percebidas no ambiente de trabalho: esquiva de olhar ou contato, escuta apressada, desvio em ser atendido(a) ou não querer ser atendido(a) por questões étnico-raciais, degradações por piadas com o tema étnico-racial.

Segundo, compreender que esse impedimento afeto-emotivo e simbólico desse contato impede um encontro autêntico sem constrangimentos. Terceiro, estar ciente de que essa produção de discriminação racial é resultante de um processo sócio-histórico de longa duração e não de uma mera opção pessoal, embora essa também possa revelar uma resistência cognitiva de um processo sádico contra aquele(a) que sofre.

A partir da compreensão psicossocial do racismo, as(os) profissionais precisam prestar atenção na relação entre ambiente intersubjetivo e queixas psicossomáticas: hipertensão, diabetes, dores no estômago, comportamentos depressivos e enxaqueca.

Intervenção inicial

Considerando que o diagnóstico pressupõe uma compreensão psicossocial, em seguida, será necessário romper com situações de constrangimentos por meio do desvelamento de sua existência. Outrossim, reverter o processo constrangedor verbalizando sobre a ineficiência e ineficácia no tratamento de saúde se não houver um

reconhecimento mútuo de atuação e sofrimento entre profissional e paciente. Esse momento pode em algumas circunstâncias se tornar crítico, quando por parte do(a) profissional o desvelamento desse tipo de constrangimento o(a) constranger demonstrando sua incapacidade de lidar no imediato com a tensão aflorada. Porém, reafirmar a posição de encontro humano significa, como apontava Martin Buber, um encontro em EU-TU, no reconhecimento da humanidade integral também no outro.

É preciso cuidar para que a atuação profissional não se esbarre sobre o discurso do politicamente correto, pois esse evita a autenticidade presente na tensão do constrangimento, como tentativa amenizadora e de apagamento da situação racista que foi aflorada. Por meio da experiência de lidar e desvelar o constrangimento instituído pelo sofrimento de quem sofre o racismo, a atuação profissional lidará com maior tranquilidade.

Acolhimento terapêutico

No planejamento de quais procedimentos deverão ser adotados após um atendimento que revele o constrangimento é fundamental que haja um momento de acolhimento, pois poderá ser a primeira vez que o paciente tenha tido a oportunidade de discutir sobre seu sofrimento enquanto sintoma do racismo. Por outro lado, é preciso perceber que aquele(a) que está sendo atendido(a) se sente demasiadamente constrangido. É necessário à (ao) profissional aprender a interpretar os sinais de esquiva como comportamento aprendido. Caso haja outros momentos com o paciente, reconduza sua fala de forma indireta sobre discriminações variadas (gênero, orientação sexual, político, religiosa, socioeconômica e cultural) para que ele(a) perceba o acolhimento a esse sofrimento que lhe está disponibilizando. Caso não haja um ambiente acolhedor e tempo suficiente para que a tensão apareça e possa ser conduzida por um feedback satisfatório – pelo menos para aquele momento.

Portanto, na atuação profissional, devemos estar atentos nessas nuances dos sintomas psicossociais do racismo e em qual momento

ser abordado ao paciente, de forma que o cuidado seja integral: reconhecendo a experiência dolorosa em um espaço acolhedor, podendo ser coletivo ou individual e com tempo suficiente para um feedback profissional e humanizante.

Prevenção

A formação continuada é uma estratégia necessária para a mudança gestora da instituição ou local de trabalho. Essa, poderá ser conduzida por meio de diálogos, fóruns, minicursos e outras práticas que conduzam a essa reflexão. Lembramos que, para a atuação profissional eficiente, não é aconselhável ser realizada por pessoas que não tenham profundidade na temática. Isso não significa impedimentos, porém corremos o risco de reforçar práticas excludentes se os parâmetros interpretativos não forem condizentes com uma perspectiva a partir dos condicionantes subjetivos latino-americanos. Certamente, todo diálogo autêntico possibilita dispositivos analíticos para o desdobramento de novas práticas, visto que pressupõem a abertura mútua de criticidade a qualquer argumentação.

Enquanto proposição a evitar barreiras à efetividade do atendimento (diagnóstico, tratamento e cura), é aconselhável que as(os) profissionais atentem para o cuidado ao outro de forma integral. Isso acontecerá à medida que nos atentarmos às práticas corriqueiras e de que forma nosso afeto é direcionado. Nesse sentido, o uso de brincadeiras e termos discriminatórios (pejorativos) serve como dispositivo psicossocial para interpretarmos a afetação: dar risada ou mesmo sentir vontade de rir ao escutar uma piada racista (como também o são as piadas sexistas) evidencia a alteração de nossas emoções. A partir dessa constatação, podemos prestar maior atenção ao quanto incorporamos em nossa subjetividade o entendimento de que o sofrimento de outrem reduz o temor de sua alteridade, manifestando-se no cotidiano pela afetação sádica. Passaremos a observar nossas esquivas, olhares de soslaio ou desvio do olhar, recusa de contato, maior impaciência no atendimento e até a percepção de asco ou nojo ao imaginar maior proximidade afetiva mediante o que foi simbolizado como atraente ou não diante de determinadas marcas sociais étnico-raciais. Após esse

momento, temos a oportunidade de romper com lógicas emocionais excludentes. Se aprendemos pela incorporação simbólica, pelo mesmo processo podemos aprender novas relações intersubjetivas.

Vale lembrar que, em alguns casos, como o da Doença Falciforme (DF), longos períodos de temperaturas baixas podem desencadear crises de dor de quatro a seis dias. Outros sintomas podem ser constrangedores aos pacientes masculinos, como o atendimento ao Priapismo que, pelo entupimento de vasos sanguíneos do pênis, causa ereção prolongada e dolorosa. Além desses sintomas, a pessoa com Doença Falciforme apresenta febre, anemia, icterícia, aumento do baço, acidente vascular cerebral, pneumonia, crise aplásica (a medula óssea para de produzir hemácias), úlcera da perna e pneumonia (BRASIL, 2006; 2014). As pessoas com Doença Falciforme nascidas antes de 1997 não tinham no teste do pezinho – realizado pela Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE) – a inclusão da Doença Falciforme, sendo assim, é fundamental que se preste atenção no atendimento para as referidas queixas. Encaminhamentos por clínicos podem tirar essa dúvida, visto que a pessoa precisará de cuidados paliativos e auxiliar a diagnosticar de tão somente o transplante de medula pode promover a cura. Outro dado importante, embora estejamos falando de uma marca social étnico-racial, é que há uma significativa incidência de pessoas brancas no Paraná com Doença Falciforme², o que corrobora a noção de migrações humanas a partir da África.

Por fim, gostaríamos de enfatizar a necessidade de desenvolver práticas coletivas ou comunitárias, para que haja a reestruturação subjetiva da relação medo-persecutoriedade com ênfase naqueles(as) que sofrem em decorrência de exclusões por sua marca social étnico-racial. A celebração das produções intersubjetivas por símbolos como monumentos, imagens, fotos, festas, geram desdobramentos coletivos de superação contra as exclusões multigeracionais. Relembrar o sofrimento e com o acolhimento simbólico, isso é, a concretude de que seu sofrimento é compreendido e pode ser dito em voz alta produz catarse, insights enquanto dispositivos metabolizadores de bem-estar coletivo.

² No Paraná a incidência de pessoas nascidas com Doença Falciforme é de 1:13.500 (BRASIL, 2006). A incidência de traço muito maior, porém atualmente não contamos com dados ainda disponíveis.

A(O) PSICÓLOGA(O) ESCOLAR E O RACISMO NO AMBIENTE ESCOLAR

Qual a relação da Psicologia com o ambiente escolar e educacional?

As instituições educacionais formais e não formais são espaços que têm como função primordial o ensino e a educação. Quando pensamos na Psicologia Escolar e Educacional, comumente imaginamos escolas de Educação Infantil e de Educação Básica. No entanto, a Educação Superior também é um espaço de atuação da(o) Psicóloga(o) Escolar.

A intervenção da Psicologia nesses espaços difere da atuação da Psicologia Clínica, e tem como focos as relações humanas estabelecidas nesses ambientes, a intervenção com os estudantes, profissionais e comunidade escolar com vistas a um melhor ensino e a uma melhor aprendizagem.

Assim como a sociedade, o ambiente escolar recebe indivíduos de diferentes coletivos, crenças e valores, o que faz com que a comunidade escolar seja bastante diversificada e complexa. As questões subjetivas perpassam os relacionamentos que serão estabelecidos, provocando a necessidade de perceber e valorizar as singularidades de cada indivíduo e do grupo social a que pertence.

Como a diversidade se manifesta na escola?

A complexidade observada na comunidade escolar nos faz perceber que somos diferentes. Os estudantes, educadores e familiares lidam cotidianamente com as diferenças. No entanto, nem sempre essas diferenças são reconhecidas como particularidade de um grupo cultural, ou ainda, não raras vezes, são identificadas como algo

particularmente negativo e julgado como aspecto de inferioridade em relação aos demais, levando alunos e alunas a um desempenho inferior à média e ao fracasso escolar.

O modo como percebemos-nos uns aos outros é adquirido no convívio social e, normalmente, segue um padrão compatível com o ambiente em que se vive. Nesse sentido, respeitar as diferenças no interior das instituições escolares é fundamental. Os educadores e a comunidade escolar devem refletir sobre isso, sobre suas convicções e devem criar estratégias de valorização das diferenças.

Entre as diferenças existentes, estão as étnico-raciais, que não costumam ser abordadas na escola, e que necessitam ser consideradas pelos profissionais de Psicologia, pois não se enxerga o sofrimento psíquico causado nos alunos vítimas do racismo, justamente por que há na sociedade a predominância da compreensão, desde o colonialismo, de que os brancos e cristãos são superiores, e já se espera deles um bom resultado.

Como identificar o racismo manifesto no ambiente escolar e educacional?

Pode ser difícil identificar o racismo nesse ambiente, considerando que, por tradição, a escola já é um lugar padronizador e que reproduz o sistema social. É importante conversar a respeito do contexto dos estudantes em suas casas, pois suas próprias histórias contam sobre a diversidade que existe em suas vidas.

O diálogo cria uma abertura para olhar para o outro, possibilitando o aprendizado sobre o contexto cultural de cada um, propiciando a valorização da diversidade existente.

Considerando que faz parte do trabalho da(o) Psicóloga(o) Escolar e Educacional promover espaços para o desenvolvimento da autonomia dos envolvidos no processo educacional, é importante saber identificar modos de opressão e, no caso, os envolvidos com a questão étnico-racial, proporcionando a desconstrução dos preconceitos que permeiam as relações intraescolares.

Esse preconceito nem sempre aparece de forma clara e explícita, como é o caso de xingamentos e piadas, mas pode ser expressado de forma velada, por meio do tratamento diferenciado entre estudantes brancos e de outras etnias e da valorização e do destaque de apenas um tipo de cultura.

O ambiente educacional é o espaço privilegiado para a construção de conhecimentos e pode se tornar, também, lugar de luta contra o preconceito étnico-racial. Um caminho para isso é propiciar a discussão e reflexão a respeito da origem das nossas crenças a respeito dos outros, buscando a desconstrução de rótulos repassados cotidianamente, desvelando suas origens sociais.

Conforme afirma Gomes (2005), ainda existe a crença de que a discussão étnico-racial (assim como outros assuntos considerados da esfera social) não deve acontecer nas escolas, pois essa é uma tarefa da educação de casa e de movimentos políticos. Entretanto, consideramos que a própria escola não é isolada, mas está inserida num contexto histórico cultural que determina a produção e a transmissão dos conteúdos historicamente acumulados. Portanto, a escola, bem como a(o) Psicóloga(o) que nessa área atua, precisa vincular seu trabalho à realidade social.

Para tanto, é primordial um contato próximo com os estudantes, professores e demais profissionais, a fim de participar do contexto da escola ou da universidade. Assim, ressalta-se que a(o) Psicóloga(o) não deve atuar exclusivamente em sua sala, mas transitar por todos os espaços disponíveis.

Como podemos trabalhar com grupos da comunidade escolar, famílias, profissionais da educação, movimentos sociais, prevenindo e combatendo o racismo?

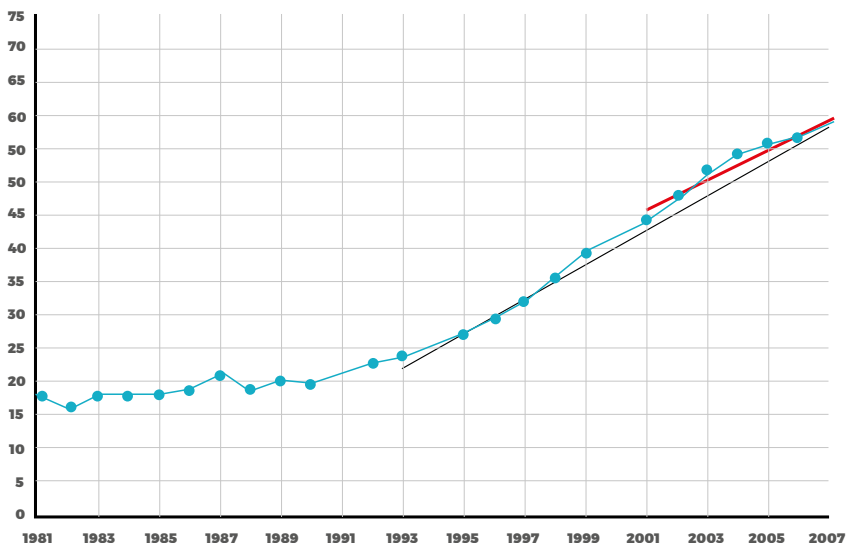
Além do que já foi exposto acima, podemos tomar como fonte os dados educacionais, de trabalho e renda de nosso país. Neles, encontraremos o racismo de forma explícita e os substratos materiais do sofrimento. Se tomarmos, por exemplo, os dados trabalhados

e apresentados por técnicos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em reunião nacional da antiga Secretaria de Educação Continuada Alfabetização e Diversidade (SECAD) do Ministério da Educação (MEC), em Natal, de 8 a 13 de dezembro de 2008, intitulada “Oficina de Trabalho da Agenda Territorial de Desenvolvimento Integrado de Alfabetização e Educação de Jovens e Adultos (EJA)”, concluímos que as a diferença entre negros e brancos, em que pese algumas medidas corretivas de tais desigualdades, em 26 anos, não se alterou (BARROS; CARVALHO; FRABCO, 2008).

Conforme o quadro 1, podemos constatar que a média dos jovens que aos 16 anos concluíram o Ensino Fundamental teve um salto significativo de 1981 para 2007, saindo de um patamar de pouco mais que 15% para quase 60%.

Quadro 1

Porcentagem de jovens que aos 16 anos já haviam completado o ensino fundamental

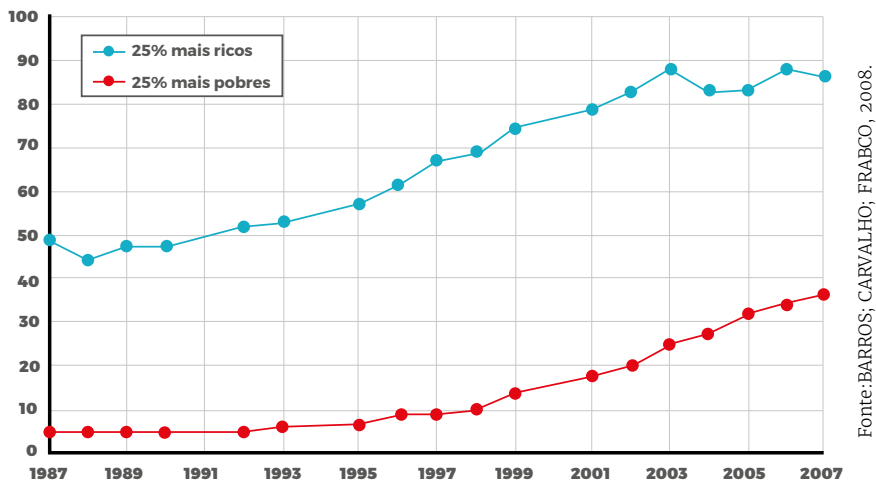


Fonte: BARROS; CARVALHO; FRABCO, 2008.

No entanto, se considerarmos que em um país com tamanha desigualdade como é o Brasil a média pouco nos diz, é necessário apurarmos nossa percepção e compreendermos a partir de outras variantes os dados apresentados. Se separarmos os mais ricos e mais pobres, constatamos que o ponto de partida, já nos idos anos de 1981, para um e outro grupo, era significativamente diferente. Praticamente, em 1981, metade dos jovens mais ricos, aos 16 anos, já havia concluído o Ensino Fundamental, e os mais pobres mal chegavam a 5%, enquanto que, após 26 anos, os mais pobres estavam alcançando o resultado dos mais ricos de 26 anos antes, e esses, por sua vez, batem o patamar de quase 90%.

Quadro 2

Porcentagem de jovens que aos 16 anos haviam completado o ensino fundamental

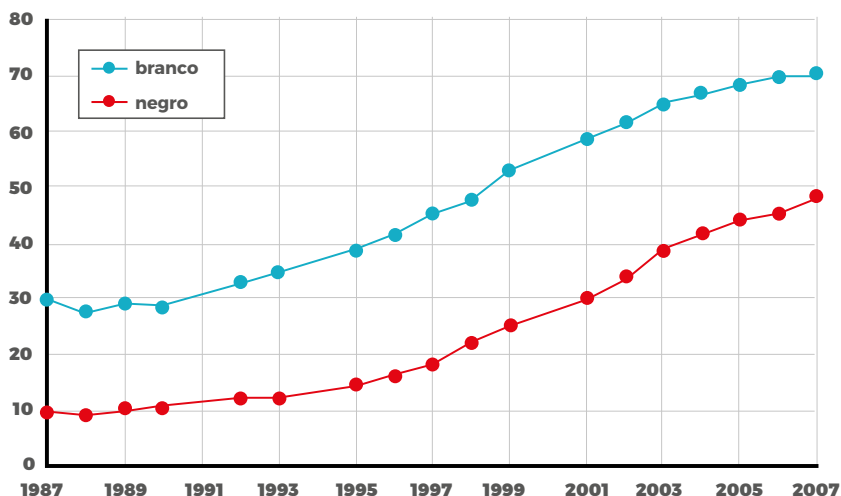


Se tomarmos a variante de brancos e negros teremos, do mesmo modo, um resultado surpreendente. Constatamos, conforme o Quadro 3, que, a despeito das políticas implementadas desde 2003, não

conseguimos diminuir até 2007 a desigualdade existente na esfera educacional, mantendo desde 1981 a mesma diferença percentual. Isso demonstra que a escola e a comunidade educacional precisam refletir e proporcionar medidas que superem tal desigualdade. É essa desigualdade material que temos na sociedade que causa o sofrimento psíquico, e mais, podemos afirmar fundamentados nos dados que, de certo modo, as instituições escolares contribuem com as desigualdades. Cabe-nos desvelar os modos e mudar as práticas sociais e pedagógicas dentro das escolas.

Quadro 3

Porcentagem de jovens que aos 16 anos haviam completado o ensino fundamental

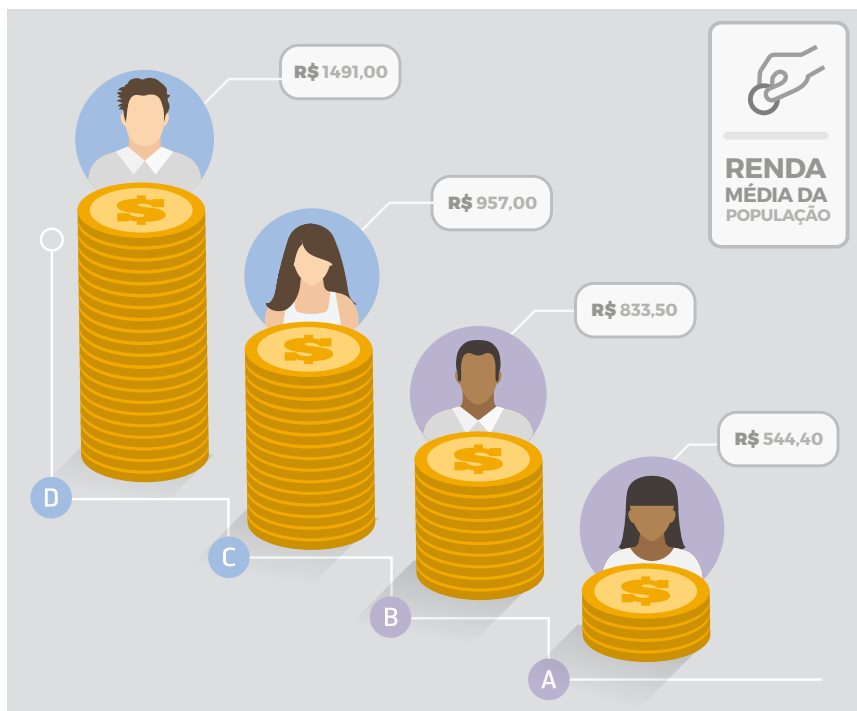


Fonte: BARROS; CARVALHO; FRABCO, 2008.

Juntando os dados educacionais aos dados de renda média da população conforme o Quadro 4, compreendemos de forma bastante objetiva como se manifesta o racismo em nosso país.

Quadro 4

Renda média da população, segundo sexo e cor/raça. Brasil, 2009



Como afirma Barroco (2009, p. 110), “[...] as biografias individuais ou os dramas pessoais não são escritos e protagonizados em separado das condições sócio-históricas, já que é nelas, e por meio delas, que a consciência assume uma dada direção de desenvolvimento”. Assim, uma pessoa que não tem condições concretas de alcançar os bens materiais e culturais produzidos pela humanidade terá prejuízos no desenvolvimento das suas funções psíquicas, terá um sofrimento que podemos afirmar que é oriundo da exclusão social, da humilhação e da segregação.

A escola precisa ser o espaço de conhecimento e de promoção de desenvolvimento pleno principalmente para aqueles que partem já de início com as desvantagens promovidas pela sociedade capitalista.

Portanto, conhecer a história e as causas das desigualdades educacionais, reconhecer junto com a comunidade escolar que elas são exclusivamente sociais, é tarefa da Psicologia Escolar e Educacional. Não é qualquer teoria da Psicologia que pode proporcionar essa compreensão, é necessário rever, também, os fundamentos conceituais sobre desenvolvimento humano e aprendizagem.

É essencial partir do princípio de que a atividade humana se funda na realidade objetiva e que o acesso pleno à arte, à cultura, ao pensamento filosófico e aos conceitos científicos promovem o desenvolvimento humano integral, uma vez que tais elaborações são resultados de atividades sociais mais complexas que a humanidade pode produzir. Não é possível pensar em igualdade sem pensar o acesso aos bens culturais promovidos pela educação. Portanto, nesta direção, a Psicologia Escolar e Educacional precisa contribuir com seu conhecimento específico para garantir o acesso e a qualidade da educação para todos e todas.

A partir dos conhecimentos da Psicologia Escolar e Educacional, podemos contribuir, também, com a discussão sobre o projeto político pedagógico, o currículo, o plano de atividade docente, os processos de ensino e de aprendizagem, o desenvolvimento das funções psíquicas superiores. Tudo isso é fundamental para que se qualifique a educação ofertada com vistas ao desenvolvimento dos sujeitos envolvidos de forma que tenham, cada vez mais, condições de efetuar análises cada vez mais complexas da realidade e, dessa forma, indignarem-se para poderem coletivamente transformá-la.

ADOÇÃO E A QUESTÃO ÉTNICO-RACIAL

O que é adoção?

A adoção, colocação em família substituta, é medida excepcional e irrevogável, que acontece via processo judicial quando esgotadas as possibilidades de a criança permanecer com a família de origem.

A adoção atribui a condição de filho(a) para todos os efeitos, desligando-o de qualquer vínculo com os pais biológicos. Pode haver alteração do nome, se houver desejo do adotante ou adotado(a), sendo criança ou adolescente. Sendo assim, o(a) adotado(a) adquire os mesmos direitos e obrigações de qualquer filho: nome, parentesco, alimentos e filiação. O adotante deve possuir no mínimo 18 anos e, em relação ao(à) adotado(a), deve ter diferença de idade de no mínimo 16 anos.

Os vínculos de afetividade entre adotante e adotado(a) serão aferidos pela autoridade judiciária, a partir de criterioso acompanhamento feito por equipe técnica multidisciplinar, a fim de se garantir o princípio do melhor interesse da criança e do adolescente.

O ato de adotar alguém não deve ser resposta às desigualdades sociais, ao passo que não se trata de fazer caridade. A adoção não pode ser movida por sentimentos altruístas ou de pena, de revolta por práticas governamentais equivocadas. Adotar não é sinônimo de generosidade. A adoção é singular e deve ser plena, movida por um único desejo: ser mãe ou pai.

O exercício da parentalidade compreende muito mais do que o cuidado objetivo da criança, compreende a sua construção como ser humano e sua estruturação psicossocial. A educação do filho é igual, seja biológico ou adotado, independente das especificidades de cada um. Filho é filho e não se pode negligenciar seus direitos,

encontrar desculpas, tais como “porque ele é adotado. Como bem coloca Schettini Filho (2006) o processo de filiação “se completa na aceitação afetiva, o que configura a adoção”.

Victória (2011) aponta a crucialidade dos diferentes investimentos ao filho, adotado ou não, branco ou negro, com destaque ao amor, responsabilidades e limites educacionais, visto que todos, inclusive as crianças, possuem direitos e deveres. “Já se perguntou: Que mundo deixarei para meu filho?”, ou mesmo “Que filho deixarei para este mundo?”.

O que é adoção inter-racial?

Ainda que, qualquer adoção em que as características físicas da criança adotada difiram das características dos pais adotivos seja inter-racial, no Brasil o termo é usado quase sempre para as adoções de crianças negras, visto que a maioria das pessoas interessadas em adotar pela via legal é branca.

Ao tratar de adoção inter-racial, é imprescindível estabelecer entre a família vínculos que superem as diferenças físicas. Mas, nesses casos – de adoção de crianças negras –, tais diferenças físicas são acompanhadas por discursos ideológicos racistas. A discriminação racial perpassa a escolha por quais crianças brasileiras são adotadas, majoritariamente. Como por exemplo, em comentários do tipo “se você pode ter um filho branquinho, porque vai querer um pretinho?” ou em discursos mais velados por meio de olhares e/ou piadas.

As crianças negras têm menos chances de ser adotadas e estão sujeitas a ser institucionalizadas por grande tempo. A maioria dos adotantes prefere crianças brancas, de até três anos.

Em abril de 2016, existiam 35.498 pretendentes habilitados para adoção no Brasil. Desses, apenas 46,65% aceitavam adotar crianças negras. Quando examinamos os pretendentes cadastrados na Região Sul, a proporção é ainda menor, com apenas 39% dos habilitados aceitando crianças negras.

Por isso, há um desencontro entre as expectativas, em sua maioria, dos adotantes e a realidade do Acolhimento Institucional composto, principalmente, por grupo de irmãos, crianças negras e mais velhas. Das 6.514 crianças e adolescentes disponíveis para adoção no Brasil, 66,05% são negras ou pardas.

É importante ressaltar que esse número não é confiável, por dois fatores: a) ao contrário do perfil desejado para adoção, que é auto-declarado pelo pretendente durante o processo de habilitação, a etnia da criança/adolescente cadastrada junto ao Cadastro Nacional de Adoção (CNA) é atribuída por um funcionário da Justiça da Infância, não partindo, portanto, da própria percepção daquela criança/adolescente; b) é prática comum entre os responsáveis pelo cadastramento dos adotandos junto ao CNA cadastrar crianças negras como pardas e crianças pardas como brancas; buscando, com isso, aumentar as chances de adoção dessas crianças. Muitos profissionais também fazem uso de eufemismos, como classificar uma criança como “parda clara” ao entrar em contato com os habilitados interessados em adotar, por exemplo.

Não bastassem as dificuldades próprias do processo de adoção, como a burocratização – que por si só já causa uma grande demora no processo – o perfil preenchido pelos adotantes aparece como outra barreira para adotarem. O processo de discriminação racial na adoção dá-se no momento em que o pretendente ou os pretendentes à adoção, impõem no ato do cadastro, a cor da pele da criança, idade e sexo, por exemplo.

Frente ao quadro, percebe-se a importância do trabalho da equipe interprofissional que atua nos fóruns, assim como os grupos de preparação específica para esses pais candidatos à adoção. Em relação a essa preparação, os grupos de apoio a pais na fila de espera da adoção atuam na construção de um espaço no qual os pais adotivos e os candidatos à adoção possam encontrar apoio, trocar experiências e discutir sobre questionamentos em comum ou não entre eles.

Qual o papel do grupo de apoio a pais na fila da espera da adoção?

Além da troca de experiências e de conhecimentos sobre a legislação, o grupo também tem papel de potencializar a desmistificação de discursos discriminatórios face à adoção, concepções cristalizadas a respeito de família, paternidade, maternidade, filiação, com vistas ao melhor interesse de crianças e adolescente, assim como ao direito à convivência familiar e comunitária.

No que tange à questão étnica do filho(a) pretendido(a), muitos pretendentes elencam alguns motivos que atravessam a escolha pelo perfil da criança/adolescente, como: o receio de não se sentirem capazes de manter uma relação filial com uma criança de outra etnia ou de cor de pele diferente da sua; a preocupação quanto ao fato de a criança, durante o seu crescimento, ser discriminada pela própria família desses, podendo não vir a ser considerada como parte integrante da família; o medo de sofrimentos por parte da criança na área escolar, onde é comum receber adjetivos preconceituosos ou pejorativos dos colegas; a preferência por filhos semelhantes a eles, que pudessem ser considerados como tal e serem considerados “pais de verdade” (presença dos laços de sangue); o medo de não saberem lidar com situações cotidianas quando questionados pela criança sobre suas diferenças de cor de pele, tendo que falar muito cedo das suas origens.

Tais questões demandam um trabalho de sensibilização para com os adotantes de modo que os instrumentalize criticamente ao enfrentamento desses desafios corroborados pelo racismo, tendo em vista a importância de uma educação consciente do contexto sócio-histórico da criança. Walter Gomes, Psicólogo e supervisor da Seção de Colocação em Família Substituta da Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal afirma que no universo da adoção podemos lutar para que esse preconceito seja dissolvido por meio da afirmatividade afetiva.

Dessa forma, é de suma importância trabalhar com a criança a questão do racismo existente na sociedade. Não podemos ignorar que vivemos em uma lógica social racista. A conscientização dos pais quanto a esse tema e seu enfrentamento dentro da realidade são essenciais para que eles possam ajudá-la nesse processo.

Nenhuma adoção é fácil, temos que compreender todo o processo traumático pelos quais as crianças/adolescentes passaram de rejeição e abandono. Às vezes podem ser agressivos ou hostis, podendo esse comportamento ser forma de testarem o amor que a família adotiva está disposta a fornecer. As dificuldades encontradas nas famílias que adotaram crianças negras não são maiores ou mais significativas do que as encontradas no seio de uma família com filhos biológicos, sejam eles brancos ou negros. A desconstrução desses preconceitos faz-se durante todo o processo do Grupo de Apoio a pais na fila de espera da adoção (VICTORIA, 2011).

A preparação dos adotantes para a adoção de crianças/adolescentes negros deve capacitá-los para que não revitimizem seus filhos pela negação da sua condição de negros. É importante que os adotantes não ergam barreiras que impeçam a percepção do sofrimento social vivenciado por seus filhos. O racismo não é fenômeno experimentado unicamente num nível individual, mas sim possui uma dimensão social e histórica que afeta a família em sua totalidade.

Compreendendo o preconceito como construção social, entendemos que esse tipo de pensamento pode ser modificado. Uma condição fundamental para que essas crianças se desenvolvam de modo adequado é o reconhecimento posto a sua diferença. Diversidade não negada, mas reconhecida, não vivida como um elemento de discriminação, mas considerada como digna às demais. Essa afirmação de identidade auxilia os pais a compreenderem e reconhecerem a importância da história anterior da criança/adolescente, bem como colaborarem para um desenvolvimento consciente da pluralidade cultural.

Considerações finais sobre a adoção

A adoção visa a satisfazer prioritariamente os interesses do adotado. Partindo disso, o debate sobre o recorte étnico-racial nas adoções se faz necessário com a população em geral. A visibilidade de tais questões e suas desmistificações pode propiciar a busca por adoções tardias e inter-raciais, visto que acompanham a realidade dos Acolhimentos Institucionais.

Partindo da premissa que com filhos biológicos não é concebível a escolha por suas características ou fazê-los satisfazer as necessidades dos pais, cabe a reflexão sobre as produções acerca dessa escolha nos casos de adoção, que naturalizam esse movimento pela procura majoritária por crianças brancas.

Para o trabalho junto com as famílias, lançamos mão da instrumentalização da Psicologia Social e Comunitária nesse fazer, para além de constatar a interação entre os indivíduos, é necessária a leitura das forças vigentes sócio-historicamente nesses diferentes grupos e a luta ética profissional para o rompimento das relações que reproduzem e legitimam as discriminações. A partir de posturas cooperativas e práticas dialógicas, é possível trazer o debate da diversidade e pluralidade de culturas e saberes como um princípio fundamental para a construção de uma sociedade menos desigual.

Categorias como gênero estão inter-relacionadas com raça/etnia nos diferentes fenômenos da nossa prática, vistas as heranças sócio-históricas e políticas da nossa sociedade elitista, racista e sexista.

TRABALHO COM POVOS TRADICIONAIS NO SUAS

Qual a função do SUAS e o principal instrumento de trabalho de seus profissionais?

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi instituído em 2005 e tem por função a gestão dos serviços de proteção social integral a famílias e indivíduos no âmbito da assistência social, compartilhada pelas três esferas de governo. É do conhecimento dos profissionais que atuam nos serviços do SUAS que a assistência social é direito de todos, como preconizado na Constituição Federal de 1988, competindo ao Estado a sua garantia por meio da organização e recursos dos serviços que executam a proteção social à família, à infância, à adolescência, à velhice; amparo a crianças e adolescentes em situação de risco; à promoção da integração ao mercado de trabalho, à reabilitação e promoção de integração à comunidade para as pessoas com deficiência e o pagamento de benefícios aos idosos e às pessoas com deficiência, entre outros.

O instrumento de pesquisa utilizado nos serviços da Assistência Social é o Cadastro Único que, conforme descrição na página do atual Ministério de Desenvolvimento Social e Agrário, “caracteriza as famílias de baixa renda, permitindo que o governo conheça melhor a realidade socioeconômica da população brasileira. Nele são registradas informações como: características da residência, identificação de cada pessoa, escolaridade, situação de trabalho e renda, entre outras”, contemplando a identificação de grupos populacionais tradicionais e específicos. Nele, existe a opção em que as pessoas entrevistadas reconheçam sua raça ao responderem a opção “cor”.

Como se dá o reconhecimento étnico-racial?

Cabe, neste momento, questionar de que maneira ocorre o reconhecimento de cada indivíduo de sua cor e raça, uma vez que existe, na história do Brasil e do mundo, a recorrente discriminação/preconceito de populações negras, indígenas e de outros povos tradicionais que carregam o branqueamento em seu processo de reconhecimento.

De acordo com Carone (2014) o branqueamento, em primeira instância, pode ser associado à intensa miscigenação entre negros e brancos desde o período colonial. No entanto, após a abolição da escravatura, também havia uma pressão cultural exercida pela hegemonia branca para que, sobretudo, o negro, negasse seu corpo, sua história, sua raça, tecendo a opressão racista de que não ser branco é algo negativo.

Qual a relação da Psicologia nesse processo?

Conforme pesquisas desenvolvidas por autoras como Patto (1984), Facci (1998), Figueiredo (1991), Yazzle (1997), para citar alguns estudos, para a Psicologia se constituir como ciência se aproxima dos conhecimentos das ciências exatas e naturais, reconhecendo o ser humano em sua instância individual e descolado de sua realidade e contexto histórico social, sendo seu principal e exclusivo instrumento, os testes psicológicos, desenvolvidos em consonância com um projeto social burguês de adequação do indivíduo às normas de ordem e progresso.

Devido a essa história da Psicologia como ciência com bases teóricas europeias é que podemos destacar a formação de profissionais em Psicologia em que a discussão e compreensão da direta relação do desenvolvimento do sistema econômico, surgimento da propriedade privada e do capitalismo, divisão de classes e existência de ideologias que apoiam a hegemonia das raças é inexistente ou ineficaz. Isso provoca desafios em se dialogar com outras culturas, além de aproximar para a atuação em ambientes que nada tem a ver com a assistência social.

Você, Psicólogo(a) do SUAS, compreende o combate contra o racismo, em seu local de trabalho?

O Plano Nacional de Assistência Social (PNAS) considera os serviços socioassistenciais como Políticas Públicas de proteção social cuja família é o centro de suas intervenções, sob a perspectiva da territorialização. Isso significa que, à(o) profissional, cabe a aproximação do cotidiano de seus usuários, com intuito de reconhecer as demandas exigidas e a interferência da cultura sóciohistórica na dinâmica de desenvolvimento de seus membros.

Assim, ao agir nas capilaridades dos territórios e se confrontar com a dinâmica do real, essa política inaugura a perspectiva de análise de tornar visíveis os setores da sociedade brasileira tradicionalmente tidos como excluídos – dentre esses, os indígenas e quilombolas.

Desse modo, primeiramente, a(o) Psicólogo(a) do SUAS precisa romper com alguns imaginários ainda dominantes de atendimento clínico de consultório, disseminados nas instituições de ensino superior que atendem o indivíduo descolado de seu território e de como foi formada sua personalidade em consonância com a realidade carregada de significados simbólicos referentes a sua existência. Essa característica da Psicologia ocorre devido ao surgimento da mesma para adequação e conserto, atuando com conceitos de normalidade e anormalidade. Logo, identificar de que modo a cultura social do racismo afeta aos usuários atendidos nos serviços socioassistenciais, é tarefa primordial de enfrentamento à discriminação racial.

Vale a leitura de estudos de Silva, Hüning e Mesquita (2012) sobre a relação entre culturas e políticas na construção da Assistência Social. A partir de experiências no Estado do Alagoas, esse estudo evidencia a importância do fortalecimento da rede de movimentos culturais e sociais para a inclusão em serviços públicos de acesso à cidadania e direitos, sendo estratégia de enfrentamento às diversas situações de vulnerabilidade.

Projetos originados da resistência cultural e religiosa, que valorizam a história dos povos negros e indígenas, promovem o fortalecimento de vínculos entre indivíduos e comunidade, tornando possível o reconhecimento étnico, identitário e político.

Você, Psicóloga(o) do SUAS, conhece a diversidade de culturas existente no território em que atua?

Pela perspectiva de territorialização, torna-se fundamental conhecer os saberes existentes no contexto em que os usuários vivem e quais as consequências psicossociais que a hierarquização desses saberes causa nos jovens atendidos nos serviços de convivência, nas famílias marginalizadas que sofrem por ter em sua história o preconceito instituído de que sua cultura e religião são “piores” que outras.

O que ocorre é que organizações não governamentais são as que realizam ações públicas de proteção às minorias de maneira independente ou de pouco contato com agências governamentais, isentando o Estado de investir em serviços que atendam às demandas dos povos tradicionais. Desse modo, é imprescindível que profissionais de Psicologia realizem um trabalho que não subsidie a execução de um projeto burguês de segregação e sim outros olhares transformadores da cultura do racismo.

SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO INDÍGENA DO DSEI LITORAL SUL

O que a Psicologia precisa compreender sobre o atendimento às comunidades indígenas?

As(Os) Psicólogas(os) precisam entender que o atendimento às populações indígenas compreende diálogos com a etnografia e história em termos de seu contingenciamento intersubjetivo. Apenas algumas terras indígenas possuem Unidades Básicas de Saúde e escolas.

Se o atendimento à saúde ocorrer em unidades urbanas, deverá acontecer como os outros atendimentos regulares. No caso do atendimento em terras indígenas, há o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena organizado na forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Cada DSEI é uma unidade organizacional e deve ser entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, enfeixando conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulado com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), para referência e contrarreferência, composto por equipe mínima necessária para executar suas ações e com controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde.

Em termos de gestão o Distrito Litoral Sul, abrange sua gestão nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná, o escritório central está localizado em Curitiba e sob sua administração estão 13 polos bases: Guarapuava, Santa Helena, Londrina, Guaíra, Paranaguá, Rio Silveira, Registro, Ubatuba, Miracatu, Mongaguá, Peruíbe, Bauru e Angra dos Reis. São 110 aldeias, cerca de 20 habitantes flutuantes (devido ao ir e vir dos indígenas) e 11 etnias: Guarani, como os subgrupos étnicos (Guarani Nhandevá, M'bya e Kaiowá,) Tupi, Terena, Kaingang, Krenak, Xetá, Atkum, Kuruaia, Xokleng, Fulnió e Pataxó.

O programa de saúde mental no Distrito Litoral Sul está em momento de implantação e reconhecimento de suas ações, tendo em vista a dificuldade de encontrar referências bibliográficas e, conseqüentemente, uma formação específica sobre povos indígenas. Dentro desse cenário, o programa vem sinalizando seu território, dialogando com as áreas de antropologia e história, para que haja a compreensão fundamental a esse tipo de atendimento sobre o universo intersubjetivo que compreende as comunidades indígenas, isso porque cada etnia, tronco linguístico, terra indígena e aldeia requer uma leitura própria de seu espaço.

É como se cada vez que pisássemos em uma aldeia estivéssemos entrando em um país diferente, com suas linguagens, regras, lideranças, culturas condicionando a existência da comunidade. Por isso, nós, profissionais, precisamos deixar que aquelas relações se apresentem a partir de suas próprias especificidades.

Nesse meio, entre um e outro e essa mistura maravilhosa de coisas a Psicologia, abarca a causa com uma tentativa tímida, ainda, de ser uma mediadora e leitora dos significados, buscando em sua interpretação de cunho científico dar palavras ao silêncio, a dor e ao corpo que se expressa, porém, com uma incumbência: tentar despir-se de seus conceitos acadêmicos culturais e manter seus pressupostos de observação, percepção e sensibilidade ao mundo do outro, sua alteridade.

Nomeamos de tentativa tímida, devido às interfaces etnoculturais que trabalhamos nesse vasto campo que requer leituras dos contextos culturais nos quais não estamos inseridos, concretizando enfim, um grande desafio tanto para ciência quanto para as(os) profissionais dessa área.

Baseados nesses desafios foram formulados. A Portaria nº 2759/07 estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor, e preconiza entre outros:

Art. 1º: I - apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento,

para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade.

Também o Documento Orientador Sobre a Gestão Psicossocial nos DSEI foi elaborado pelos profissionais de Saúde Mental dos 34 Distritos, entre esses, profissionais além das(os) Psicólogas(os) que são a maioria dos Responsáveis Técnico (RTs), contando também com a colaboração de Assistentes Sociais e Enfermeiros. Ambos documentos auxiliam a atuação dos profissionais de Saúde Mental nos DSEI com base jurídica, instruções e ferramentas para rastrear a realidade de cada Distrito através das fichas de investigações de tentativas e atos suicidas, de violências e usuários de psicotrópicos.

As fichas de investigação fazem parte do sistema de informações entre os DSEI – Polos e Aldeias, ou vice e versa, foram encaminhadas pela Área Técnica de Saúde Mental (CGAPSI/DASI) Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúdes Indígenas (Brasília) e inseridas em fevereiro de 2013 no Distrito Litoral Sul para fazer o mapeamento epidemiológico. Os dados colhidos nesse processo são usados para elaborar capacitações, plano de apoio matricial da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) (), que são ações de orientação às Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) e ações preventivas, principalmente sobre o uso do álcool e outras drogas que é uma das realidades enfrentadas pelos 34 DSEI.

Como compreender o alcoolismo no cotidiano das comunidades indígenas?

Com o auxílio da antropologia, podemos entender que, conforme apresenta Roberto Cardoso de Oliveira (2001), o consumo de bebidas entre os indígenas remonta um passado histórico que vai desde o consumo de bebidas fermentadas até a introdução de bebidas destiladas, ainda no final do século passado, reforçadas pela instalação de alambiques dentro das áreas indígenas. Situação essa ocorrida na região sul do Brasil na época da “conquista”.

O alcoolismo tem dimensões ainda maiores, com dados de violência, violência seguida de morte, acidentes, suicídios e o aumento gradativo

do consumo de bebidas alcólicas partindo da faixa etária acima dos 12 anos. Ele está associado a várias outras doenças como cirrose, diabetes, doenças do coração e do aparelho digestivo, etc. (OLIVEIRA. 2001).

Nesse sentido, Langdon (2004) descreve que nossa ciência médica entende o alcoolismo como um fenômeno universal, no sentido de que a doença tem a mesma causa em todos os casos e que se manifesta igual em todos os contextos e todas as culturas. Isso está bem longe da verdade. O que beber, quando beber e como beber varia de grupo para grupo. Também as taxas de alcoolismo variam segundo os grupos, indicando que as causas das diferenças nas taxas não são universais, mas devem ser procuradas nas particularidades do contexto sociocultural-histórico de cada grupo.

A autora discute que segundo a ótica da biomedicina, o alcoolismo vem sendo definido como uma doença que se manifesta igual em todas as culturas. O enfoque é o indivíduo, que tem uma dependência biológica, o que resulta em comportamento desviante, trazendo, assim, muitas consequências negativas para ele e seu grupo. Segundo a Psicologia, a dependência ocorre no nível individual também e é atribuída às causas psíquicas. Ambas as ciências concordam que uma vez instalada, não há cura. A única solução é a abstenção, reconhecendo que o alcoólatra que deixa de beber não é considerado curado; ele é simplesmente um alcoólatra em recuperação.

Para correlacionar ou fazer o levantamento de dados em comunidades indígenas, é preciso mais que simplesmente entender o que é alcoolismo, é necessário procurar compreender o que é alcoolismo dentro dessas comunidades, considerando e descartando algumas pontuações científicas, considerando aquelas que entendem que o universo dos povos indígenas requer uma visão, assim como uma atenção diferenciada, em respeito às culturas, descartando aquelas que têm uma visão globalizada e generalizada da doença.

O método de rastreamento e monitoramento quantitativo dos casos de alcoolismo utilizado pelo DSEI Litoral Sul é direcionado àqueles que demandam cuidados da EMSI, os “bebedores problemas”, que

são pessoas que bebem e que prejudicam a si e a terceiros com o beber. “... A pessoa Mbyá não é considerada um “bebedor problema” porque bebe, mas porque cria problemas à sua família e também à comunidade. A pessoa que não tem controle sobre o “beber”, que bebe até acabar a bebida ou até desmaiar, não tem condições para cuidar e sustentar a sua família, pois gasta a maior parte do seu dinheiro na compra das bebidas alcoólicas e não em alimentos, isso quando não envolvem o seu cônjuge e seus filhos também no consumo do álcool. Além disso, ela pode tornar-se violenta com a sua família ou com outros parentes que moram na comunidade, além de serem alvo de diferentes tipos de acidentes, criando transtornos para todos” (FERREIRA 2003).

A quais temas a Psicologia deve se atentar na atenção às comunidades indígenas?

Nocko-Campos et al. (2013) relatam que na cultura ocidental cada vez mais pessoas utilizam intervenções médicas como meio para atingir a transformação de seu próprio eu. A medicalização e a “medicamentação” da vida vêm crescendo ano a ano, imersas em características culturais que fazem com que, no atual modo de vida estadunidense, o que anteriormente seriam características pessoais, tornou-se doença. São contextos em que problemas não médicos tornam-se “diagnosticáveis” e “tratáveis” como problemas médicos. À medida em que aumenta a série de condições medicalizantes dentro da jurisdição médica, cresce também a quantidade de drogas aprovadas para tratá-las. O número de transtornos mentais reconhecidos cresceu muito nos últimos 60 anos. Mesmo que se considere que a evolução científica esteja associada a uma maior identificação, melhor especificação e compreensão do que se entende como patológico,

Ela comenta que no Brasil, a Carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde garante premissa similar à do sistema inglês, contudo ainda é pouco praticada no país. A experiência singular e o significado do uso de medicamentos psicotrópicos, para a pessoa envolvida,

raramente são levados em conta. A participação dos usuários nas decisões acerca do tratamento restringe-se, muitas vezes, ao mero relato de seus sintomas.

Em Saúde Mental Indígena, esse cenário não é diferente, a participação dos pacientes em seu processo terapêutico é quase nula, salvo sua fala queixosa sobre o aspecto de seu sofrimento psíquico. E há algumas questões que deverão ser pontuadas que dificultam a hipótese diagnóstica com comportamentos regidos por códigos culturais diferentes das sociedades indígenas, tais como a influência dos feitiços nos estados alucinatorio visual e auditivo do paciente e a variação cultural dos quadros clínicos que desafiamos critérios diagnósticos psiquiátricos do DSM-IV e CID-10.

Outra questão que atinge as populações indígenas é o suicídio. No DSEI Litoral Sul os índices de tentativas e atos suicidas estão abaixo se comparados a outras realidades distritais. Porém, as EMSI estão orientadas para agir com urgência nas notificações e acompanhamentos dos pacientes e dos familiares com o monitoramento dos casos através das visitas domiciliares e encaminhamento dos pacientes para média complexidade conforme o procedimento do SUS. Em caso de ato consumado é feita uma autópsia psicológica do caso com o intuito de colher informações post mortem, na tentativa de reconstruir a circunstância e o contexto do óbito.

A rede de atenção psicossocial do DSEI Litoral Sul, assim como a dos outros 34 DSEI do Brasil, parte do pressuposto de que saúde mental é de responsabilidade de todos, não apenas dos profissionais específicos, pois cada profissional é ponto de uma teia que oferece contribuições fundamentais para a promoção de saúde mental e os cuidados a pessoa em sofrimento. Descrevemos aqui alguns autores dessa Rede, EMSI (Equipe Multiprofissional de Saúde indígena) composta por enfermeiros, médicos, Agentes Indígenas de Saúde (AIS), e técnicos de enfermagem. As EMSI são a porta de entrada do serviço de Atenção Básica oferecido nas aldeias, é o primeiro contato do paciente com o Sistema de Saúde. É necessária uma relação com vínculo estreito EMSI x comunidade para que o andamento do trabalho de áreas como saúde

da mulher, da criança, do idoso, mental, programa de tuberculose e Doenças Sexualmente Transmissíveis e assistência farmacêutica. Os Profissionais de Saúde Mental do DSEI que, entre outras atividades, são responsáveis pelo apoio técnico às EMSI na oferta de apoio pedagógico, visando a capacidade das mesmas em lidar com situações de sofrimento psicossocial e na assistência dos casos mais complexos que acontecem nas aldeias ou nas Casa de Apoio ao Índio (CASAI).

A Saúde Mental no Contexto Indígena articula a Rede de Cuidados com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através de atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oferecendo consultas ambulatoriais, internação de curta duração em Hospitais Gerais. Essa base pode ser ofertada as EMSI na forma de Apoio Matricial.

Outra questão a ser levantada é a compreensão da relação de saúde-doença, aprendizagem e saberes locais. Como essas categorias são determinadas culturalmente, é preciso partir do pressuposto que deve haver um diálogo entre alteridades, isso é, biomédico e saber tradicional. A concepção sobre saúde e doença responde pela cosmovisão que delinea um momento ou estado de desequilíbrio entre os pares, o apontamento de quais sintomas delinham esse estado e como se reestabelece o equilíbrio segundo a referida cosmovisão compartilhada de forma intersubjetiva. Por isso, as (os) profissionais de Psicologia podem executar seu trabalho mais tranquilamente, à medida que consideram que as comunidades tradicionais são possuidoras de processos multigeracionais de longa duração. Uma medida preventiva para o atendimento é desenvolver um diálogo autêntico, questionando os próprios instrumentos conforme a demanda que se apresenta. Não basta segundo a visão biomédica, pois essa rompe ou pode romper vínculos e posições de atores e saberes que precisam ser considerados, no mínimo com o devido respeito.

DENUNCIANDO O RACISMO

Devemos, como cidadãs(ãos) e profissionais, ter a dimensão da dignidade humana como referência de convívio social e desenvolvimento humano pleno. Nesse sentido, se o racismo for relatado pelo(a) agressor(a) em processo terapêutico, é fundamental que sejam feitos os devidos encaminhamentos psicoterápicos para romper com essa estruturação imagética que reproduz a relação intersubjetiva sadismo-persecutoriedade. No entanto, em situações profissionais e cotidianas que não pressupõem o processo terapêutico, devemos denunciar o racismo.

É muito importante denunciar os casos de racismo sofridos e/ou presenciados. Na legislação penal brasileira estão previstos os crimes de injúria racial e de racismo. O crime de injúria racial consiste em utilizar elementos de raça, etnia, cor, religião etc de uma pessoa com caráter ofensivo. Já o crime de racismo se aplica quando a conduta ofensiva tem um caráter coletivo.

Como denunciar?

A denúncia pode ser feita em qualquer delegacia de polícia, já que o Paraná não conta com delegacia especializada em crimes raciais (como as existentes nos estados de São Paulo e Minas Gerais). Sempre que possível, tente documentar o ocorrido (fotos, vídeos, gravação de áudio, print de mensagens vindas por internet ou celular) e levar testemunhas do ocorrido.

As denúncias também podem ser feitas por meio do Disque Direitos Humanos – Disque 100, serviço mantido pelo Governo Federal.

Como denunciar conteúdo racista encontrado na internet?

As denúncias podem ser encaminhadas diretamente a Polícia Federal, através do endereço <http://denuncia.pf.gov.br>; ou utilizando a rede

SaferNet Brasil no endereço <http://new.safernet.org.br/denuncie>. As denúncias podem ser realizadas de maneira anônima.

Referências bibliográficas

BARROCO, S.M.S. Vigotski, **Arte e Psiquismo Humano: considerações para a psicologia educacional**. In: FACCI, M. G. D.; TULESKI, S. C.; BARROCO, S. M. S. (Orgs.). *Escola de Vigotski: contribuições para a Psicologia e a Educação*. Maringá: Eduem, 2009. pp. 107-134.

BARROS, R.; CARVALHO, M.; FRABCO, S. **Desempenho Educacional Brasileiro**. Trabalho apresentado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) no evento intitulado Oficina de Trabalho da Agenda Territorial de Desenvolvimento Integrado de Alfabetização de Jovens e Adultos (EJA), promovido pela Secretaria de Educação Continuada Alfabetização e Diversidade (SECAD) do Ministério da Educação (MEC). Natal, 2008.

BENTO, M.A. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, I.; BENTO, M.A. **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento**. 5ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 25- 58.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento orientador sobre a gestão da atenção psicossocial nos DSEI**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. – 2ª edição – Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 3 abr. de 2016.

_____. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente**. 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_etnicas.pdf

_____. **Manual de condutas básicas na doença falciforme / Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006**. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_condutas_doenca_falci-forme.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

_____. *Doença falciforme: saúde bucal: prevenção e cuidado*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARONE, I. **Breve histórico de uma pesquisa psicossocial sobre a questão racial brasileira**. In: CARONE, I.; BENTO, M.A.S. (org). *Psicologia Social do Racismo: estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil*. 6.ed. – RJ, Vozes, 2014. P. 13-23.

Cartografia dos Fatores Intervenientes na Mortalidade Materna Fetal e Infantil do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul.

FACCI, M.G.D. *O psicólogo nas escolas municipais de Maringá: a história de um trabalho e a análise de seus fundamentos teóricos*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual Paulista– UNESP. Faculdade de Filosofia e Ciências. Mestrado em Educação. Brasil, 1998.

FERREIRA, L. O. A Pessoa Mbyá-Guarani e a Emergência da “Cultura do Beber”: as múltiplas causas do beber e as consequências desencadeadas pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas, RS. In: **V Reunião de Antropologia do Mercosul**, Florianópolis. Livro de Resumos, 2003.

FREIRE, P. **Conscientização**. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.

_____. *Ação cultural para a libertação e outros escritos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FIGUEIREDO, L. C. M. *Matrizes do pensamento psicológico*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991.

GOMES, N. L. Educação e Relações Raciais: refletindo sobre algumas estratégias de atuação. In: MUNANGA, K. (org.). **Superando o Racismo na Escola**. 2. ed. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade: Brasília, 2005.

GOFFMAN, E. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1975.

GONSAGA, R.A.T. et al. **Avaliação dos parâmetros gasométricos dos traumatizados durante o atendimento pré-hospitalar móvel**. Rev.

Col. Bras. Cir. [online]. 2013, vol.40, n.4 ISSN 0100-6991. Access at: SciELO Basil.

HILLIARD, A. **The Maroon within us**. Baltimore: Black Classic Press, 1995.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (IPEA) et. al. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4. ed. Brasília: IPEA, 2011.

LANE, Silvia. **O que é Psicologia Social**. SP: Primeiros Passos, 1981.

LANGDON, E.J. **O que beber como beber, e quando beber: o contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas**. Centro de Monitoramento de Intervenção e Pesquisa Em Saúde Indígena, Londrina, v. 1, p. 1-15, 2004.

LANGDON, E.J.; DIEHL, E.E. **Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil**. Saúde e Sociedade, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 19-36, aug. 2007. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7522/9039>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

MARTIN-Baró, I. **O papel do psicólogo**. Estudos de Psicologia, 1996, 2(1), 7-27.

MARTINEZ, A.M. **O que pode fazer o psicólogo na escola?** Em Aberto, v. 23, n. 83. Brasília: mar/2010. p. 39-56.

NAÇÕES UNIDAS. **Subsídios para o debate sobre a POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: Uma Questão de Equidade**. Brasília: Sistema Nações Unidas, 2001. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/saudepopnegra.pdf>>.

NAOUM, P.C.; BONINI-DOMINGOS, C.R. **Dificuldades no diagnóstico laboratorial das hemoglobinopatias**. Revista Brasileira Hematologia e Hemoterapia, São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, p. 226-228, Sept. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842007000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 abr. 2016.

NOCKO-CAMPOS, R.T. et al. **A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 10, out. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2015.

OLIVEIRA, M. **Alcoolismo entre os kaingáng: Do Sagrado e o Lúdico a Dependência.** Artigo Apresentado no Seminário Sobre Alcoolismo e Vulnerabilidades às DST/AIDS entre os Povos Indígenas da Macrorregião Sul, Sudeste e Mato Grosso do Sul.

PATTO, Maria Helena de Souza. **Psicologia e Ideologia: uma introdução crítica à Psicologia Escolar.** São Paulo: T.A. Queiroz, 1984.

PAVEZI, R.M.B. **Adoção inter-racial.** 2004. Monografia- Conclusão de Curso Bacharel em Direito. Faculdades Integradas “Antônio Eufrásio de Toledo” Faculdade de Direito de Presidente Prudente. Presidente Prudente/SP

Política Nacional de Assistência Social PNAS, 2004. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

REHREIN, M.P.; CHATELARD, D.S. **Transgeracionalidade psíquica: uma revisão de literatura.** Fractal: Revista de Psicologia, vol. 23, n. 3, p. 563-584.

ROSENBERG, C.; GOLDEN, J. (eds.). **Framing disease: studies in cultural History.** New Jersey: Rutgers University Press, 1997. (intro.)

SILVA, R.J.S; HUNING, S. M.; MESQUITA, M.R. **Por entre culturas e políticas, a construção da assistência social.** In: CRUZ, L. R. e GUARESCHI, N. (org). O psicólogo e as políticas públicas de assistência social. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

SOUZA, M.L.P.; GARNELO, L. **Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.7, pp.

1640-1648 ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700015>

SOUZA, W. **Doenças negligenciadas**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010. Disponível em: < ABC <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-199.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

VICTORIA, R. F. da. **O preconceito racial no processo de adoção: os desafios da adoção inter-racial em Campo Grande**. Revista Âmbito Jurídico. 2011. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9658&revista_caderno=14. Acesso em: 15 abr. 2016

WELSING, F. C. **The Isis paper**. Chicago: Third World Press, 1991.

WRIGHT, B. **The psychopathic racial personality**. Chicago: Third World Press, 1994.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2015: adolescentes de 16 e 17 anos do Brasil**. Versão Preliminar. Rio de Janeiro: FLACSO, 2015. Disponível em: < http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015_adolescentes.pdf>. Acesso em: 15/05/2016.

YAZLLE, E. G. **Atuação do Psicólogo Escolar: alguns dados históricos**. In: Cunha et al. Psicologia na Escola: um pouco de história e algumas histórias. São Paulo: Arte & Ciência. p. 12-38, 1997.

Links para aprofundamento sobre o racismo

<http://www.gtclouvismoura.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=53>

www2.unicentro.br/neaa/links

<http://abpn.org.br/novo/>

<http://relacoesraciais.cfp.org.br/>

<http://site.cfp.org.br/assembleia-nacional-da-anpsinep>

<http://www.ipea.gov.br/retrato/index.html>

1- “Amanhã é dia de branco”

Qualquer pesquisa rápida no Google mostrará mais de uma origem para essa expressão, e a maioria negando que ela tem algum cunho racista. Porém, vivemos em um país onde a escravidão do povo negro durou mais de 300 anos, e os escravos, mesmo sendo forçados a trabalhar, geralmente eram vistos como “vagabundos”. As consequências disso duram até hoje, o negro é sempre visto como a pessoa que faz “corpo mole”, aquele “malandro” que não faz nada. Inclusive, entre as opiniões que mais afloram quando o assunto é cotas sociais para negros, a de que não existe esforço da nossa parte é a mais frequente. Tanto que podemos fazer um paralelo entre essa e a expressão seguinte.

2- “Serviço de preto”

Comum no nosso dia a dia, essa expressão é usada para desqualificar determinado esforço e/ou trabalho, ou seja, fazer “serviço de preto” é igual a ser desleixado. O negro sempre é associado a algo ruim, o “bom” trabalho seria o do branco. Não dá para ser ingênuo e achar que não existe o teor racista, ainda mais quando associamos a outras dessas expressões que colocam o negro como o oposto de positivo, como:

3- “A coisa tá preta”

A expressão “a coisa tá preta” fala por si só: se a coisa está preta, é porque ela não está agradável, ou seja, uma situação desconfortável é o mesmo que uma situação negra? Isso é racismo.

4- “Mercado negro”

O mercado negro é aquele que promove ações ilegais, e mais uma vez é a palavra negro sendo usada com conotação desfavorável. O negro, na expressão, significa ilícito.

5- “Denegrir”

Já a palavra “denegrir” é recorrente quando acreditamos que estamos sendo difamados, é uma palavra vista como pejorativa, porém seu real significado é “tornar negro”. Se tornar algo negro é maldoso, temos mais um caso de racismo.

6- “Inveja branca”

Finalizando a leva de palavras e expressões que associam negro e preto à comportamentos negativos, o exemplo 6 mostra a “inveja branca” como sendo a inveja boa, “positiva”.

7- “Da cor do pecado”

Outra expressão que faz a mesma associação de que negro=negativo, só que de forma mais subliminar, não recorrendo a termos como negro ou preto. Geralmente, essa expressão é usada como elogio, porém vivemos em uma sociedade pautada na religião, onde pecar não é nada positivo, ser pecador é errado e ter a sua pele associada ao pecado significa que ela é ruim. Não é uma expressão que remete a um adjetivo positivo, é simplesmente uma ofensa racista mascarada de exaltação à estética e, quase sempre, direcionada a mulheres negras.

8- “Morena”, “mulata” (por virem seguidos de “tipo exportação”)

Usado para mulheres e homens, mas mais comum serem usadas para descrever as mulheres, principalmente quando seguidas pelo termo “tipo exportação”. Aqui, o objetivo é amenizar o que somos, “clareando” o negro. Não existe justificativa para negar que alguém é negro, possivelmente você pode estar incomodado em dizer “negro” e, se está, é porque acredita que chamar alguém de negro é ofensivo. Sendo assim, embranquece a pessoa – transformando-a em “morena” ou “mulata”, e isso é racismo.

9- Negra “de beleza exótica” ou com “traços finos”

O 8 e 9 são próximos, quando se imagina que ser uma mulher negra bonita é ser “tipo exportação”, ter “traços finos” e assim poder ser a dona de uma “beleza exótica”. Ser negro e poder ser considerado bonito

está relacionado a não ter traços negros, mas sim aqueles próximos ao que a branquitude pauta como belo, que é o padrão de beleza europeu. Sim, isso é racismo, e dos mais comuns que a gente vê por aí, estão nos hiperssexualizando e exotificando quando usam essas expressões.

10- “Não sou tuas negas”

Facilmente explicável se lembrarmos de que quando se tratava do comportamento para com as mulheres negras escravizadas, assédios e estupros eram recorrentes. A frase deixa explícita que com as negras pode tudo, e com as demais não se pode fazer o mesmo, e no tudo está incluso desfazer, assediar, maltratar etc.

11- “Cabelo ruim”, “Cabelo de Bombril”, “Cabelo duro” e, a mais desnecessária, “Quando não está preso, está armado”

A questão da negação da nossa estética é sempre comum quando vão se referir aos nossos cabelos afros. São falas racistas usadas, principalmente na fase da infância, pelos colegas, porém que se perpetuam em universidades, ambientes de trabalho e até em programas de televisão, com a presença negra aumentando na mídia. Falar mal das características dos cabelos dos negros também é racismo.

12- “Nasceu com um pé na cozinha”

Expressão que faz associação com as origens, “ter o pé na cozinha” é literalmente ter origens negras. A mulher negra é sempre associada aos serviços domésticos, já que as escravas podiam ficar dentro das casas grandes na parte da cozinha, onde, inclusive, dormiam no chão (sua presença dentro da casa grande facilitava o assédio e estupro por parte dos senhores). Pós-abolição, continuamos sendo estereotipadas como as mulheres da cozinha, já que somos maioria nos serviços domésticos, visto todas as políticas que tentaram e tentam barrar a ascensão negra.

13- “Barriga suja”

Outro termo que faz relação à origem é usado quando a mulher tem um filho negro. Se ela teve um filho negro, algo impuro – como uma

“barriga suja” – explica esse fato. É uma das que mais me causa desconforto.

É claro que existem inúmeras outras expressões que apontam claramente o racismo no cotidiano, e, infelizmente, inúmeras pessoas, mesmo sabendo dos fatos e tendo acesso às explicações, vão dizer que tudo é pura banalidade e, provavelmente, continuar usando essas palavras e expressões.

Leia a matéria completa em: **Em boca fechada não entra racismo: 13 expressões racistas que devem sair do seu vocabulário - Geledés**
<http://www.geledes.org.br/em-boca-fechada-nao-entra-racismo-13-expressoes-racistas-que-devem-sair-seu-vocabulario/#ixzz4E7c7e7AV>



www.crppr.org.br

é tempo de
diálogo



Conselho
Regional de
Psicologia
do Paraná

é tempo de
diálogo



Conselho
Regional de
Psicologia
do Paraná