

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- CCS

Emily Ferreira Moraes Souza

**"EU SOU UM CORPO, UM SER, UM CORPO SÓ, TEM COR, TEM CORTE" MEU
CORPO PRETO É DIGNO DE ACOLHIMENTO?: ESCRIVÊNCIA DE UMA
MULHER PRETA SOBRE AS IMPLICAÇÕES DO RACISMO NO ACOLHIMENTO
A PACIENTES EM CONTEXTO HOSPITALAR.**

Santo Antônio de Jesus- BA

2022

Emily Ferreira Moraes Souza

**"EU SOU UM CORPO, UM SER, UM CORPO SÓ, TEM COR, TEM CORTE" MEU
CORPO PRETO É DIGNO DE ACOLHIMENTO?: ESCRIVÊNCIA DE UMA
MULHER PRETA SOBRE AS IMPLICAÇÕES DO RACISMO NO ACOLHIMENTO
A PACIENTES EM CONTEXTO HOSPITALAR.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito para a obtenção do título de
Bacharela em Psicologia, pelo Centro de
Ciências da Saúde (CCS), da Universidade
Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Luane Neves Santos

Santo Antônio de Jesus- Ba

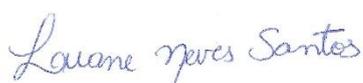
2022

FICHA CATALOGRÁFICA

**"EU SOU UM CORPO, UM SER, UM CORPO SÓ, TEM COR, TEM CORTE" MEU
CORPO PRETO É DIGNO DE ACOLHIMENTO?: ESCRIVÊNCIA DE UMA
MULHER PRETA SOBRE AS IMPLICAÇÕES DO RACISMO NO ACOLHIMENTO
A PACIENTES EM CONTEXTO HOSPITALAR.**

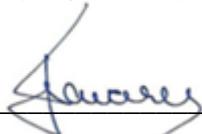
Emily Ferreira Moraes Souza

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Psicologia, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Luane Neves Santos.



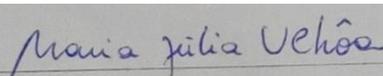
Luane Neves Santos

Prof.^a Orientadora



Jeane Saskya Campos Tavares

Membro da Banca



Maria Júlia de Oliveira Uchôa Real

Membro da Banca

Data da Defesa: 26/07/2022

Nota da Defesa: 10,0

Santo Antônio de Jesus- Ba

2022

À mim, ao SUS, minha mãe, meu pai, minhas avós, minhas irmãs, meus amigos, meu amor, minha psicóloga Sayuri, minhas professoras e por fim, aos meus ancestrais que antes de mim lutaram para que hoje eu estivesse aqui!

AGRADECIMENTOS

A vida pra mim trouxe grandes desafios, sendo o maior deles a luta pela minha vida, porém, sem algumas pessoas ao meu lado, jamais conseguiria. De seis anos de curso, quatro anos e meio foram estudando e fazendo tratamento oncológico. Portanto agradeço muito a Deus por me permitir mais dias de vida para ser feliz ao lado das pessoas que amo. Nesse meio do caminho, me conectei com meus antepassados e agradeço imensamente aos orixás por terem aberto meus caminhos.

Preciso agradecer também a minha psicóloga espetacular, Sayuri, sem ela, talvez estivesse totalmente desorganizada a ponto de não conseguir chegar até a escrita deste tcc, ela que esteve comigo desde 2018, me acolhendo, chorando nos momentos difíceis e comemorando comigo as pequenas vitórias. Sayuri, eu realmente não tenho muitas palavras, porque você é simplesmente sensacional.

À minha amiga, psicóloga Sara por me apresentar esse curso tão lindo, foi com a ajuda dela que fiz essa escolha. Ela me inspirou a ir por esse caminho, com todo amor do mundo.

Agradeço também a meus pais, Dorian e Fernando e as minhas irmãs, Evely e Ellen, por nunca terem me desamparado, por terem segurado em minha mão a cada etapa da minha vida, eu amo vocês de forma inexplicável. À meu irmão e primo Ravi, que em seus 3 meses de idade, me mostrou o caminho do recomeço. Agradeço a meus avós maternos, Ana e Dorival, por me incentivarem a buscar cada dia o meu lugar no mundo e a minha avó paterna, Damiana, que mesmo não estando mais entre nós, me fortalece.

À meu tio e pai Cassiano, por me ajudar a sempre estar ao centro da minha vida, à tio Junior por educar e acolher nas horas mais precisas. Agradeço a minha família paterna, principalmente Tia Sônia, Tia Lili, Tio Cal, Tio Edvaldo, Carol, Larissa e Maya por existirem, foram vocês que me deram uma grande dose de fortalecimento.

À minha mami Marilha por estar comigo em cada momento difícil e por sempre me lembrar que posso muito do que quero. Te amo, mãezinha.

À minha prima Vanessa e ao meu tio Dilermando que além de me acolher, ofereceram a sua casa para meus dias de quimioterapia.

Agradeço a minha namorada, amiga e parceira, Beatriz, que me viu na situação mais caótica possível, segurou minha mão e fez sentir que eu posso ser amada, independente das circunstâncias. Deusa, você é espetacular. Te amo!

À todos os meus amigos que fiz na faculdade, especialmente à Gabriela, Layane, Clara, Gleiderson, Camila, Jonathan, Jaimara, Joyce, Kamilla, Adriane, Alanna, Larissa L., Jéssica Andrade, Bruna e Francine por me auxiliarem em todo processo para que eu não perdesse nada durante a graduação e por cuidar de mim com todo afeto. Eu amo vocês demais.

À minha turma, que fez o possível e impossível para permitir que eu formasse junto com eles (as/os). Vocês são demais, apesar de me estressar também durante a graduação. (risos)

À todos os meus amigos da vida, especialmente Gabriel, Ueslei, Nino, Letícia, Lucas, meu sobrinho Guilherme e minha sobrinha Lis, a Janaína, Karen, Maria Lavínia, Ludimila, Tayná G., Bruno, Matheus, Natália, Melyssa, Michelle, Bea, Suzana, Carla, Ellen, Hugo H e Hugo Santana que nunca me deixaram sozinha e que me fizeram sentir especial a todo tempo.

Ao meu grupo de extensão REINVENTAR que estive ao meu lado durante esse tempo, formando uma linda rede de apoio, me fazendo sentir de diversas formas, sem nunca transparecer olhar de pena e sim de cuidado. Eu amo vocês!

À todos meus professores que me ensinaram muito sobre ser psicóloga, para além de apenas uma graduação, especialmente a Jô Alves, que além de orientadora do projeto de extensão, foi minha amiga e me acolheu nos piores momentos e a Luane Neves que sempre acolhia minhas angústias e me auxiliou na escrita do tão sonhado tcc, obrigada Lu.

São tantas pessoas que eu agradeço, principalmente aquelas que pararam para doar sangue pra mim enquanto estava internada, aquelas que pararam um momento da sua vida para me colocar em orações e nos melhores desejos possíveis. Também aquelas que me viam, me abraçavam e diziam palavras de conforto, aquelas que não deixavam minha mãe sozinha e que mandavam mensagem constante para saber como eu estava e se precisava de algo.

Agradeço também ao Sistema de Saúde brasileiro que apesar dos pesares, salvou minha vida três vezes, durante os dois cânceres e o transplante, me oferecendo cuidado, não necessariamente como se gostaria, mas o cuidado gratuito.

Agradeço às raríssimas profissionais que cuidaram de mim tão bem, especialmente a Jéssica Larissa, Tati e a psicóloga de um dos hospitais em que estive, a Sheila.

Agradeço também a UFRB por abrir caminhos para os encontros mais lindos, comigo e com o outro, por me ajudar no enfrentamento de diversos processos e pelo ensino de qualidade. Saúdo muito a interiorização da educação que permite que pessoas como eu possam estar vivendo a universidade e conquistando seus espaços.

Por fim e não menos importante, agradeço imensamente a mim por nunca desistir de lutar pela vida, por me permitir ser forte, mas também fraca, por chorar e sorrir e nunca desistir

de viver com intensidade, de não aceitar ser a doença em meio ao corpo e sempre lutar pelo seu direito de sujeito que tem uma história linda pra contar e que tem muito ainda a conquistar no caminho.

À Luedji Luna que em sua música Asas, trouxe um significado grande do que é enfrentar processos, nas suas forças e em suas raízes, cultuando um Orixá muito importante na religião afro descendente, que é Iansã, esta que me guia e me traz força, trazendo o desejo de boas novas, de movimento, mudança e deslocamentos.

Vento vem me trazer boas novas
Que sempre esperei ouvir
Vento vem me contar os segredos
De chuva, raio e trovão
Vento que me venta da cabeça aos pés
E eu me rendo
Vento que me leva onde quero ir
E onde não quero
Para que te quero, asas
Se eu tenho ventania dentro?

“Povoada, quem falou que eu ando só? Nessa terra, nesse chão de meu Deus, sou uma mas não sou só. Povoada, quem falou que eu ando só? Tenho em mim mais de muitos, sou uma mas não sou só”

Povoada- Sued Nunes

RESUMO

O hospital é um lugar onde se opera a ordem médica, o lugar onde a ciência precisa ser produzida, tendo como objetivo reduzir as desordens da subjetividade (MORETTO, 2001)

Sendo este, segundo Goffman (1961), uma instituição totalitária que tem como pretensão o controle de corpos docilizados para estudo e tratamento, objetivando a cura e quando não a alcança, há o pensamento do fracasso, devido ao lugar que a ciência e a medicina se colocou, lugar que não se pode dar margens para erros. A partir disso, busco pensar como se dá o acolhimento nessa instituição, tendo em vista que esta é a porta de entrada para um atendimento em saúde, o qual exige um olhar clínico e sensível ao paciente em estado de doença. Segundo Trindade (2010) o acolhimento é uma postura ética, não exige horas de trabalho, ele implica saberes, além de se colocar para escutar as angústias, buscando solucioná-las. O racismo é uma estrutura de poder que vem desde o período da invasão dos portugueses ao Brasil, tornando os corpos pretos não passíveis de cuidado. Por conseguinte, este trabalho tem o intuito de discutir como o racismo está implicado no acolhimento aos pacientes em contexto hospitalar a partir da escrevivência de uma mulher preta, a fim de problematizar o tratamento biomédico e a disciplinarização social do corpo, além de buscar o entendimento acerca do que é acolhimento e refletir em como a psicologia vem contribuindo no acolhimento ao paciente preto no meio hospitalar, tendo em vista que muitas pessoas pretas tem seu tratamento negligenciado só pelo fato de serem pretas. Foi utilizada como metodologia a Pesquisa narrativa e a Escrevivência, a fim de falar da minha experiência sobre o racismo nos hospitais. Sendo eu, protagonista do meu caminho, na minha liberdade de superar o silêncio na comunicação e escancarar todos os atravessamentos dessas experiências hospitalares. Por fim, é possível concluir que precisamos ser sujeitos políticos e enfatizar que sim, um corpo preto é digno de acolhimento, é digno de cuidados, que este corpo tem história, tem caminhos, por vezes dolorosos, que precisam ser recebidos com atenção e cuidado, como toda pessoa em situação de doença. **Palavras chaves:** acolhimento; racismo; tratamento biomédico; poder; disciplinarização social do corpo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FOTOS

Imagem 1- NEGRA	42
Imagem2- Pós primeira biópsia	48
Imagem 3- Minha mãe, companheira de todas as horas.....	50
Imagem 4- Pulseira do Bonfim	52
Imagem 5- Dreno tórax para remover fluidos, líquidos, sangue e ar da cavidade pulmonar.....	53
Imagem 6- Recebendo bolsa com plaquetas.....	60
Imagem 7- Fazendo quimioterapia a fim de zerar as células de medula	60
Imagem 8- Oficina de turbante.....	63
Imagem 9- Oficina de turbante.....	63
Imagem 10- Máquina de aférese que filtra o sangue e coleta a medula.....	64
Imagem 11- Máquina de aférese que filtra o sangue e coleta a medula	64
Imagem 12- Voltando à vida.....	66

ABREVIATURAS

ACS- Agente comunitário de saúde

CCS- Centro de Ciências da Saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
ESF- Equipe de Saúde da Família
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAONCORB- Liga de Oncologia do Recôncavo da Bahia
NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS- Organização Mundial da Saúde
PNH- Política Nacional de Humanização
SISU- Sistema de Seleção Unificada
SUS- Sistema Único de Saúde
UBS- Unidade Básica de Saúde
UFRB- Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UPA- Unidade de Pronto Atendimento
UTI- Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1- APRESENTAÇÃO	14
------------------------------	-----------

2- INTRODUÇÃO	16
3- APORTE TEÓRICO	22
3.1- Sistema Único de Saúde (SUS), modelo de tratamento biomédico e disciplinarização dos corpos.....	22
3.2- O acolhimento como ferramenta necessária entre os profissionais de saúde nos hospitais.....	25
3.3- Se existe racismo no brasil como ele afeta no ato de acolher?	27
3.4- A psicologia e sua contribuição para o enfrentamento do racismo no acolhimento ao paciente no hospital	31
4- METODOLOGIA	34
4.1- Escrivência como método para produção da minha própria narrativa	34
4.2- Pesquisa narrativa dialogando com a Escrivência	35
5- ESCRIVÊNCIAS/DISCUSSÃO	38
5.1- História, dores e caminhos	38
5.2- A importância da psicologia no âmbito hospitalar	63
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS, NÃO TÃO FINAIS ASSIM	67
7- REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	70

APRESENTAÇÃO

“Tenho sangrado demais. Tenho chorado pra cachorro.
Ano passado eu morri. Mas esse ano eu não morro”

(Sujeito de sorte- Belchior, 1976)

Aqui, me dou o espaço e a liberdade de falar em primeira pessoa para trazer e especificar qual a minha sensibilidade de colocar essa temática em discussão. Falo de liberdade porque é uma palavra que eu gosto e prezo por vivenciar e a temática que trago aqui, me eximiu desta liberdade, portanto me dou esse espaço pra falar um pouco de tudo que me privou de viver do meu jeito livre, que é como Djavan diz em sua música Liberdade “voar onde o longe é pouco, cruzar os muros do além, e assim pousar na Terra e amar muito mais que poucos”, é só o que eu quero, o que eu espero.

Como Conceição Evaristo fala, me debruço, me entrego, faço a minha escrevivência, pois esta se fundamenta em mim, mulher preta, é escrever-viver sobre o ato de acolher e como se dá essa falta, principalmente quando ela percorre sobre meu corpo preto, que é privado do acolhimento diariamente. Sinto-me dona da minha escrita e carrego comigo a história dos meus ancestrais e faço valer do que sinto, para do meu jeitinho ir abrindo mais espaço para os meus.

Durante 4 anos da minha vida, de 2017 a 2021 fiz tratamento com uso de quimioterápicos devido a descoberta de dois cânceres. O primeiro foi em 2017, fiz quimioterapia e radioterapia e o segundo em 2019, apenas quimioterapia e logo depois transplante de medula óssea, vivendo de hospital em hospital pelas cidades do interior e principalmente por Salvador que era o local do meu tratamento. Nesses quatro anos continuei estudando na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e com isso, interagi e observei os meus atendimentos nos hospitais, pensando nas problemáticas causadas em muitos dos atendimentos que serão relatados durante o percurso da escrita.

A UFRB, possui 83,4% de pessoas que se autodeclararam pretas (BRASIL, 2017), sendo a maioria mulheres negras que vieram do próprio recôncavo como também de outras regiões do país, e é nesta universidade que sinto orgulho de trazer de forma racializada essa temática, caminhando em conjunto com algumas dessas pessoas durante a UFRB em toda minha vivência nos hospitais. Porém falo especificamente do Centro de Ciências da Saúde (CCS), localizado em Santo Antônio de Jesus, Bahia, tendo 15 anos de existência e permitindo que nesse espaço as pessoas possam se descobrir, redescobrir e existir.

Sendo neste espaço o lugar onde me reencontrei e pude assim, parafraseando Neusa Souza Santos, tornar-me negra, a partir do reconhecimento das dores que eu vivenciei mas não nomeei.

Neste trabalho, permeando meus ‘sentires’, busco investigar como o racismo atravessa o acolhimento no contexto hospitalar, este que intensifica o olhar para o sujeito como apenas

um corpo a ser tratado. Como também pensar numa dimensão ético-política a hierarquização em uma organização hospitalar, percebendo também os estigmas e estereótipos que são trazidos durante esse processo do acolher, que coloca a branquitude como superiores a outras etnias, levando assim ao sofrimento psíquico do paciente, para além da doença.

Portanto, pergunto “Como o racismo está implicado no acolhimento aos pacientes no contexto hospitalar?”. Para responder a este problema de pesquisa, construí 4 tópicos no capítulo referente ao aporte teórico, sendo estes: Sistema Único de Saúde (SUS), modelo de tratamento biomédico e disciplinarização dos corpos; O acolhimento como ferramenta necessária entre os profissionais de saúde nos hospitais; Se existe racismo no Brasil, como ele afeta no ato de acolher?; A psicologia e sua contribuição para o enfrentamento do racismo no acolhimento ao paciente no hospital. Logo após, a metodologia, os resultados (apresentados como escrevivências/discussão) e as considerações finais.

Pretendeu-se fazer uma discussão sobre acolhimento, a fim de mapear as formas que o mesmo se apresenta e em como este é feito no contexto hospitalar, afinal é uma ferramenta necessária para o atendimento aos pacientes, como também pensar sobre modelo biomédico e disciplinarização social do corpo preto e em como o racismo afeta este acolhimento, perpassando pela escrita da minha experiência, que por si só, passa pelo enfrentamento de duas questões, a de gênero e a de cor, por fim sobre como a psicologia vem contribuindo no acolhimento desse paciente preto dentro dessas instituições.

INTRODUÇÃO

“A nossa escrevivência não pode ser lida como histórias para ‘ninar os da casa grande’ e sim para incomodá-los em seus sonos injustos”. (Evaristo, 2007, p. 21)

Neste trabalho, pretendo apresentar o objeto a ser estudado e discorrer sobre a problemática que ele nos apresenta, além de pensar através do olhar da experiência de quem vivenciou o racismo no ato de acolher pelos (as/es)¹ profissionais de saúde nos hospitais. Dessa forma, destaca-se aqui o acolhimento como um fator principal e essencial para essa pesquisa, levando-nos a ter um olhar amplo e racializado daquilo que caracterizamos como ato de acolher no contexto hospitalar.

Como Elza Soares diz em sua interpretação da música “A carne” (2002), “a carne mais barata do mercado é a carne negra”, sendo perceptível a falta do devido valor da pessoa preta, denunciando a desvalorização, o descaso e o racismo impregnado na sociedade no dia a dia, porque então essa carne preta seria digna de um acolhimento quando chega ao hospital para ser tratada?

O hospital é uma instituição totalitária que tem como pretensão o controle de corpos docilizados para estudo e tratamento, objetivando a cura e quando não a alcança, há o pensamento do fracasso, devido ao lugar que a ciência e a medicina se colocou, lugar que não se pode dar margens para erros. Observando esses corpos para tratamento, muitos (as/es) médicos (as/es), que é o profissional que impera nessas instituições, retiram de si toda análise subjetiva, tendo seu interesse apenas no histórico que vai lhe permitir o tratamento da doença, esquecendo do ser em questão para tratamento e olhando apenas como um corpo a ser tratado. (MORETTO, 2001)

Segundo Goffman (1961), as instituições totais da nossa sociedade podem ser enumeradas em cinco agrupamentos. O primeiro é que há instituições criadas para cuidar de pessoas que são incapazes e inofensivas, como casas para pessoas cegas e pessoas idosas. Em segundo lugar há locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas que são também uma ameaça a comunidade, embora de maneira não-intencional; como hospitais psiquiátricos. Em terceiro lugar, a instituição total é organizada para proteger a comunidade contra perigos que são intencionais, como cadeias, penitenciárias. Em quarto lugar, há instituições estabelecidas com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho, e que se justificam apenas através de tais fundamentos instrumentais, como

¹ Os pronomes masculino da língua portuguesa é tido como genérica, sendo excludente, não representando de forma diversa a todes, inclusive as pessoas que se identificam com o gênero feminina, portanto houve a necessidade de gendrar a escrita ressaltando a importância da visibilidade não-binária, sendo esta a não identificação com o padrão normativo binário, feminina e masculino como também pelo fato de eu ser uma mulher na tentativa de sair da escrita genérica no masculino, algo que também me exclui.

quartéis e navios. E em quinto e último lugar há lugares que servem como refúgio das coisas do mundo, como templos religiosos.

Essas instituições são locais fechados, que tem a função de aprisionar o sujeito e excluí-lo da sociedade de forma temporária ou pelo resto da vida, sendo controladas por essa organização de poder, possuindo esse papel de autoridade e tornando o sujeito um submisso. Elas buscam concentrar as tarefas dos indivíduos, sendo quase todas as ações da vida do sujeito efetuadas no mesmo local e sob uma única autoridade, sendo vigiados (as/es) e controlados (as/es) por horários rígidos diariamente. A microfísica do poder nas instituições totais pauta-se na demarcação dos papéis de autoridade e de submissão, sendo o hospital uma delas. (SANTOS, 2009)

Portanto, que poder tem uma pessoa preta dentro dessas instituições para questionar alguma coisa? Quando entramos na questão racial, esse olhar de corpo a ser tratado muda para, corpo preto a ser tratado, “será que ele é digno de minha intervenção?”. A instituição hospitalar possui também essa função do controle, porque se não houver isso, não tem a possibilidade de tratar o sujeito. Ele está dentro de um lugar, onde tem horários para visita, quartos fechados, muitas das vezes o lugar nem possui janela para a rua, não tem contato nenhum com o mundo exterior, malmente ver o sol nascer, de fato, é uma estrutura de poder sobre o sujeito.

O filósofo Achille Mbembe a partir de partes significativas das reflexões de Fanon traz a ideia da necropolítica, pensando para além da ideia de biopoder do Michel Foucault, sendo “uma técnica de poder que busca criar um estado de vida em determinada população para produzir corpos economicamente ativos e politicamente dóceis.”(BERTOLINI, p. 87), fazendo um movimento com o pensamento dito decolonial, ou seja, racializando a questão.

Foucault se utiliza do liberalismo e do neoliberalismo para pensar as relações de poder manifestas em nível hegemonicamente econômico, influenciando as dimensões social e política da organização da sociedade e, conseqüentemente, do controle dos subalternizados ante os detentores do poder disciplinar e homogeneizador. (TAVARES, 2020)

A necropolítica vem com a ideia de quem pode ou não viver, Mbembe diz;

...] em termos foucaultianos, racismo é, acima de tudo, uma tecnologia destinada a permitir o exercício do biopoder, ‘aquele velho direito soberano de morte’. Na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição de morte e tornar possível as funções assassinas do Estado. Segundo Foucault, essa é ‘a condição para a aceitabilidade do fazer morrer’. (2016, p.128)

Portanto, como estas instituições olham para esse corpo passível da morte? É um olhar superficial, olhar este que os coloca no lugar de objeto, principalmente quando é um corpo

preto, ainda que não seja explícito, esse olhar é inconsciente pelos discursos preconceituosos do dia a dia, sendo esse corpo não tocado, apenas medicado, sem entender direito o que está acontecendo consigo, principalmente por nunca ser colocado nesse lugar de saber, por ser entendido pelo outro diplomado que não há saber existente ali, então a crença do saber médico vai muito além de outros saberes, o sujeito se torna passivo, apenas aceitando o tratamento, afinal na concepção do paciente, o médico “é aquele que sabe de tudo”.

O racismo, além disso, violenta, machuca, sangra a alma daquele que sofre diariamente para enfrentá-lo, por isso que muitos pacientes deixam de ir às Unidades Básicas de Saúde (UBS), porque sabem como vão ser tratados, a perspectiva do acolhimento enquanto sujeitos dignos de cuidado é pautada em outra direção, que não aquela de saber de onde viemos e para onde gostaríamos de ir, como também o histórico de vida e o contexto que aquele paciente está inserido, pois ele é além da sua doença. Podendo isso influenciar na descoberta tardia da doença.

O Ministério da Saúde (BRASIL, p. 16), diz que a média nacional de pessoas que ficaram internadas em hospitais do SUS em 2017 é de 8 milhões de pessoas, porém, as proporções de internação em hospitais do SUS foram superiores à média nacional entre as pessoas que se declararam de cor preta (75,8%) e parda (75,4%), ficando a população branca (55,4%) abaixo da média.

Esses (as/es) usuários (as/es) pretos (as/es) que utilizam do SUS para internamento, têm seus sintomas olhados de forma natural e com o discurso do outro de “você é forte, vai vencer isso tudo, tenha fé”, sendo uma proposta violenta, afinal ser forte não é igual a vencer, se não vencer, será essa pessoa fraca? E na cobrança para dar conta do processo, a psiquê do paciente fica totalmente abalada, podendo gerar sintomas de ansiedade ou outros.

Os sintomas existentes a serem tratados nesses pacientes na maioria das vezes é tratado apenas com medicação, afinal é normalizado que se o paciente tem câncer, por exemplo, ele fica enjoado, então apenas a medicação para enjojo pode melhorar, não escutando de forma subjetiva as queixas do paciente que está em situação de doença. É apenas um tanto faz em meio a tantas outras coisas que precisam ser ouvidas, pois o papel de medicar está sendo feito, então está tudo certo.

Muitas enfermeiras (os/es) e técnicas (os/es) de enfermagem seguem o discurso médico, sem poder utilizar a sua ferramenta de cuidado como um ato de acolhimento e apenas cumprindo o horário de determinada medicação. Como as técnicas (os/es) de enfermagem passam mais tempo com o (a/e) paciente, elas (os/es) tendem a ter um olhar mais sensível,

afinal estão observando tudo que está acontecendo com o (a/e) paciente, fazendo movimentos de dar banho, operando algumas medicações e muitas vezes, durante o percurso, fazendo esse processo da escuta, apesar de muitas (os/es) dessas (os/es) profissionais também performar e fortalecer o sistema da disciplinarização do corpo.

O acolhimento é a porta de entrada para o atendimento, seja no comércio, em um barzinho ou numa feira livre, mas a proposta do acolhimento que busco trazer aqui é completamente diferente do que apenas um bom atendimento, é o olhar clínico e sensível para que todas as informações, biopsicossocial, sejam compartilhadas de maneira que o (a/e) paciente se sinta confortável e participante do seu tratamento.

Segundo, Trindade (2010, p. 13) o acolhimento não é um local, nem um espaço, mas uma postura ética, não exige hora profissional, implica saberes, além de se dispor para escutar as angústias, procurando solucioná-las.

Acolher implica em pensar na diversidade étnica cultural e racial, porém, dentro da instituição hospitalar, alguns profissionais implicam uma dessubjetivação e focam mais a parte técnica, sendo também marionete dessas relações de poder que existem nas organizações, ocasionando uma acolhimento superficial e o sentimento no paciente de ser só descrito apenas pela doença diagnosticada. (MORETTO, 2001) Um dos exemplos vividos através da experiência de uma pessoa preta, foi observar o atendimento do (a/e) médico (a/e) que sente a necessidade de se chocar quando o (a/e) paciente não entende o que está acontecendo, como também busca explicar de maneira tão detalhista colocando o paciente no lugar do não saber.

Sendo assim, no discurso médico não existiria também, a rigor, relação médico-doença, e sim relação instituição médica-doença, pois, destituídos médico e doente de sua subjetividade, prevaleceria a instituição médica, da qual o médico é um anônimo representante, e a doença, que é um objeto constituído e descrito pelo discurso médico, sendo o homem unicamente o anônimo terreno onde a doença se instala. (MORETTO, 2001, p. 65)

Furtado (2016) apud Foucault (1999) diz que o poder vai operar de modo difuso, que quando se espalha por uma rede social que inclui instituições diversas como a família, a escola, o hospital, a clínica, o poder se torna um conjunto de relações de força multilaterais. Então não é fácil se desfazer dele, já que estes se encontram no dia a dia, mas é possível que se enfrente estas instituições, afinal um corpo não é apenas um número de leito, um corpo é um ser, que possui história, que possui uma subjetividade, ele é digno de acolhimento e de um olhar mais profundo sobre seus sintomas.

Para isso, é preciso que o trabalho nos hospitais se dê em conjunto com outros profissionais, destaco aqui, a (o/e) psicóloga (o/e). Esta profissional não deve ser uma extensão da falta da (o/e) médica (o/e), sua função é fazer uma escuta sensível, buscando amenizar o

sofrimento do (a/e) paciente que está sob o internamento e não para atender as necessidades da ordem médica.

Lacan, em sua conferência sobre "Psicanálise e Medicina" (1966), analisando o lugar da Psicanálise na Medicina do ponto de vista do médico, diz que a Medicina a coloca num lugar marginal, como uma espécie de ajuda externa, comparável à dos psicólogos e de outros assistentes terapêuticos. (MORETTO, 2001, p. 71)

Portanto, neste trabalho pretende-se discutir e olhar de um outro lugar o agir dos profissionais de saúde nos hospitais e em como o acolhimento é essencial para o atendimento ao paciente, problematizando a dedução do não saber enquanto uma pessoa, uma mulher preta, afinal quando esta sai desse lugar, existe a possibilidade de ocorrer desgastes nas relações com esses profissionais, tornado-a ainda mais indigna do acolhimento, mas mostrando a toda uma instituição que esse lugar de saber também pode ser ocupado por uma pessoa preta.

A instituição quando vê esse movimento, começa a perder o sentido do controle, do poder, porque não é de interesse nenhum que essas organizações de poder tenham uma voz preta, que está em situação de doença, ativa e com sede de entender o caminho das coisas, do seu tratamento, da sua vida. É a quebra de poder, é sair desse lugar colonial para ocupar espaços, questionar espaços e modos de tratar que são seus por direito. Sigamos fazendo revolução nas organizações que se dizem poderosas, afinal a casa grande só é destruída quando a senzala se movimenta.

Assim, o objetivo principal deste trabalho é analisar como o racismo está implicado no acolhimento aos pacientes no contexto hospitalar a partir da escrivência de uma mulher preta. Os objetivos específicos são: Problematizar o tratamento biomédico e a disciplinarização social do corpo no âmbito hospitalar; Buscar o entendimento acerca do que é acolhimento e a sua importância em ser uma ferramenta necessária entre os profissionais de saúde nos hospitais; Escancarar a existência do racismo brasileiro e sua implicação no acolhimento ao corpo preto no hospital; Refletir como a psicologia vem contribuindo no acolhimento ao paciente preto no meio hospitalar.

APORTE TEÓRICO

3.1- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), MODELO DE TRATAMENTO BIOMÉDICO E DISCIPLINARIZAÇÃO DOS CORPOS

No Brasil, na Constituição Federal de 1988, é previsto aos (as/es) brasileiros (as/es) a garantia de direitos à saúde, educação e lazer como direitos fundamentais ao ser humano. A partir da constituição de 1988, operou-se um desdobramento do direito à saúde em lei, a Lei nº8080/ 1990, na qual existe a garantia de um Sistema único de Saúde (SUS) gratuito para toda

população, sendo a saúde um direito de todos (as/es). O SUS possui três níveis de atenção à saúde pública no Brasil, a atenção primária, secundária e a terciária.

A atenção primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo prevenir e proteger dos riscos de doenças e são localizadas próximas a comunidade garantindo uma atenção integral à saúde. A atenção secundária ou de média complexidade é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, possuindo serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), onde recebem pacientes que foram encaminhados da atenção primária, quando necessário.

Já a atenção terciária ou de alta complexidade designa procedimentos de elevada especialização, envolvendo procedimentos de alta tecnologia e alto custo, como tratamento oncológico, transplantes e outros, sendo oferecidos por hospitais de grande porte ou procedimentos ambulatoriais que são definidos como de alta complexidade.

Pensando nesses três níveis, destaca-se a atenção terciária, colocando como foco principal o hospital, sendo esta uma invenção datada no final do século XVIII, podendo e devendo ser um instrumento de cura, afinal antes do século XVIII, o hospital era uma instituição destinada a assistência às pessoas pobres e um lugar que existia afim de fazer a separação e exclusão destes da sociedade. (FOUCAULT, 1984)

Apesar do foco dessa organização ser um instrumento de cura para a população, é importante que se analise como é feita esse processo de cura e quem são as pessoas que estão a frente da mesma, afinal um dos objetivos do hospital é passar a ser o agente controlador daquele corpo que adoece.

O hospital é um lugar onde se opera a ordem médica, o lugar onde a ciência precisa ser produzida, tendo como objetivo reduzir as desordens da subjetividade (MORETTO, 2001) precisando colocar em evidência aquilo que é posto como real, a existência concreta da doença, o que pode e deve ser tratado, estando este paciente no lugar de objeto, perdendo a sua autonomia enquanto o (a/e) profissional de saúde torna-se o (a/e) agente controlador (a/e) do corpo doente.

Mas quando se pensa no controle desse corpo, deixa-se de lado o pensar na saúde em sua totalidade, seguida pela definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1947, a saúde é como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência

de doença”. Esta é uma definição ultrapassada e bastante utópica, afinal quando paramos pra olhar o ser de forma subjetiva, analisando o seu contexto de vida e sua estrutura familiar percebemos que saúde é para além do biológico, portanto necessita de um conceito mais ampliado para sua definição, não mais do ponto de vista de estar curado de uma doença, afinal ninguém está totalmente saudável e nem totalmente doente.

Porém dentro dos hospitais o que prevalece quando se pensa saúde, é o ponto de vista antigo desse conceito, que é o estar curado de uma doença. E para que haja essa cura, o paciente deve obedecer às ordens médicas. Chiattonne (1984) apud Campos (1995) diz:

“ O doente passa a ser uma peça de engrenagem e a doença é encarada como um desajuste mecânico. O homem é despojado de seus aspectos existenciais para se tornar um objeto, um número de leito ou de prontuário, uma síndrome ou um órgão doente. Ao ser doente resta assistir ao total aniquilamento de seus direitos existenciais — o direito de ser, de existir enquanto pessoa.” (p.28)

O (a/e) paciente deixa de existir enquanto pessoa, voltado apenas para a doença. É como se suas necessidades pessoais fossem descartadas para serem colocadas quando acontecer o fim do internamento, deixando o (a/e) paciente submisso (a/e) e aceitando as diversas formas de intervenção e exames, além de sofrer com as exigências e limitações impostas pela instituição, como a falta de visita, a rotina imposta, como acordar cedo, pesar, tomar banho porque o (a/e) médico (a/e) vai passar logo cedo, como as vestimentas, enfim, tudo isso o (a/e) atravessa, fazendo o (a/e) paciente se desconhecer de sua imagem, automaticamente confeccionando uma nova identidade que é resumida a sua objetificação enquanto doente, ferindo sua autonomia e o (a/e) deixando a mercê de medidas terapêuticas não participativas, ou seja, não tendo o (a/e) usuário (a/e) como protagonista do seu tratamento, que por muitas vezes o (a/e) obriga a não ser um (a/e) paciente participativo (a/e) daquilo que está sendo levado ao seu corpo. Portanto, destaco o que Basaglia (1985, p. 28) pretende dizer referente a pessoa em situação de doença;

... “ se torna necessário enfocar esse doente de um modo que coloque entre parênteses a sua doença: a definição da síndrome já assumiu o peso de um juízo de valor, de um rótulo, que vai além do significado real da própria enfermidade. O diagnóstico tem o valor de um juízo discriminatório, o que não significa que procuremos negar o fato de que o doente seja, de alguma forma, um doente. É este o sentido de colocarmos o mal entre parênteses, ou seja, colocar entre parênteses a definição e o rótulo. O importante é tomar consciência daquilo que tal indivíduo representa para mim, de qual é a realidade social em que vive, qual o seu relacionamento com essa realidade.”

Portanto, antes de dar início ao tratamento, é importante que se pense como esse (a/e) paciente está inserido (a/e) em sua realidade, afinal, ter um lar, uma rede de apoio, um conforto em casa e ser bem acolhido no hospital, é o que vai ajudar esse (a/e) paciente a dar continuidade

ao tratamento, mesmo para aqueles (as/os) que for de cuidado paliativo, pois assim terá mais dias de vida dignos.

Entender a realidade social e ajudar com medidas assistenciais, é tarefa da (o/e) assistente social, ajudar no enfrentamento no processo de doença, é tarefa da (o/e) psicóloga (o/e), mas fazer intervenção pensando no sujeito, é dever de todos (as/es) os (as/es) profissionais que acabaram de ser personagens importantes na continuidade da vida daquele (a/e) paciente. O diagnóstico é importante para intervenção, mas também não é a única coisa na vida de alguém. Colocar a pessoa apenas como um corpo doente, é violento, como se ela fosse apenas um mero objeto.

Percebe-se que a violência não está mais ligada apenas à violência física, mas se encontra estabelecido um outro tipo de violência sobre o corpo, chamado “violência simbólica”, (Bourdieu, 2002, p. 50), esta que priva o sujeito a ser ativo (a/e) em seu processo de doença, que o impede de receber visitas, que o priva de se expressar e reclamar de dores, que normaliza o que o corpo e o psicológico sentem, exigindo uma boa conduta, que esse sujeito seja, em seu sentido literal, paciente.

Essa necessidade de tornar o sujeito paciente, o ideal, um corpo dócil, mantido através de medicações, torna muito mais fácil pensar os sintomas da doença como algo normal a todo paciente, que pensar em como esses sintomas estão afetando diretamente aquele paciente, sujeito único no mundo, porque adestrar corpos momentaneamente inúteis facilita todo processo de tratamento, pois assim vai se fabricar indivíduos totalmente obedientes e que não questionará o poder médico. Foucault (2009) diz que esse poder disciplinar, de docilização, está em todo lugar, inclusive nos hospitais, por isso a necessidade dos (as/es) profissionais de saúde estarem o tempo todo em vigilância ao paciente, mantendo o controle, através de medicações e regras.

Que um dia seja possível pensar enquanto sujeitos profissionais que usam o acolhimento como ferramenta principal para o tratamento e não em como docilizar os corpos para fazer o processo de intervenção da maneira nas quais achamos adequados.

3.2- O ACOLHIMENTO COMO FERRAMENTA NECESSÁRIA ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS

A partir de muitas pesquisas pelas plataformas acadêmicas como o SciELO, Google acadêmico e CAPES, quando pesquisei “acolhimento” percebi que a maior parte dos temas são dedicados a setores da atenção básica e para saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), apresentando menos reflexões sobre o que é acolhimento dentro dos hospitais. Portanto, a partir disso, nesse capítulo, busco pensar nesse acolhimento que é a porta de entrada de todos os setores de atenção à saúde.

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH):

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. (BRASIL, 2013, p.7)

Outra definição é apresentada pelo Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização:

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. (BRASIL, 2010, p.6)

O acolhimento é uma diretriz operacional que pretende inverter a lógica da organização de saúde, situando o usuário como centro do atendimento. Porém, com a dinâmica neoliberal, de afetos superficiais, de processos resolutivos de forma imediata, produzem efeitos tornando precários as formas de trabalho, de ver e escutar o outro, impactando nas relações intersubjetivas, impedindo de afetar positivamente e deixar ser afetada.

Além da operação dessa dinâmica, podemos colocar também em pauta que carregar consigo preconceitos como racismo, lgbtqia+fobia, intolerância religiosa, operar contra o processo de inclusão das pessoas com deficiência e outros, interfere diretamente no bom acolhimento do profissional de saúde com seus usuários, tornando o atendimento à saúde algo que vai totalmente contra ao que é dito em lei e ao que é dito na Constituição, sendo um direito de todos o acesso a bons serviços prestados pelo SUS.

O acolhimento não é simplesmente fazer o agir profissional cumprindo as obrigações do dia a dia, pois isto não é suficiente para a produção de saúde, o acolher envolve uma escuta ativa, mas também envolve organização da equipe para que eles estejam aptos a ouvir as angústias que assolam os (as/es) pacientes em internamentos e para gerenciar um bom acolhimento, é importante saber como chegar até determinados públicos, tornando o atendimento equânime, que é uma das diretrizes que se encontra na construção do SUS.

Entende-se que a má gestão do sistema de saúde afeta diretamente o (a/e) trabalhador (a/e), pela falta de materiais nos locais, ou pela hierarquização dos modos de trabalho e a transversalidade da dinâmica de trabalho, porém é preciso pensar que o paciente internado, além de está em situação de doença, ainda carrega outros atravessamentos, inclusive para lidar com a própria estadia no local, portanto não justifica a produção de olhar para corpos como se fossem objetos que necessitam ser consertados.

O ato de acolher é um elemento importante para a construção de vínculos, sendo preciso ser estabelecido para que a assistência seja de qualidade. Para obter um vínculo com o (a/e) paciente é preciso entender que esse processo requer tempo para que haja a confiança de elaborar e se pensar junto a existência. Desse modo, Seixas et al. (2019, p. 5) nos indaga: “Mas será que é possível construir vínculo unilateralmente, no exercício do controle sobre a vida do outro?”. Para a manutenção do vínculo é importante o profissional se despir dos preconceitos que o cerca e enfrentar a busca de corpos docilizados, obedientes.

Existe um trecho da música *Será* do Renato Russo (1985) interpretada por Legião Urbana que diz “Tire suas mãos de mim, eu não pertenço a você, não é me dominando assim, que você vai me entender, eu posso estar sozinho, mas eu sei muito bem aonde estou, você pode até duvidar, acho que isso não é amor”. A imposição do cuidado ao outro, retirando a sua autonomia, é realmente forma de amor, de afeto e de acolhimento? Será mesmo necessário a imposição no internamento, o “estou apenas fazendo meu trabalho” como sinônimo de acolhimentos nos hospitais?

3.3- SE EXISTE RACISMO NO BRASIL COMO ELE AFETA NO ATO DE ACOLHER?

Ancestral do passado me deixa forte agora, me leva pro futuro pelo mundo afora, desvenda o mistério que vem da nossa história, os pretos sorrindo, colonizadores choram [...]
(AFROCIDADE, 2022)

O racismo no Brasil é apresentado desde a época da dita descoberta do Brasil, em 1500, quando os portugueses invadiram o que estava habitado por povos indígenas, trazendo consigo, para exploração do país, pessoas pretas do continente africano.

Devido ao fato deles não conseguirem escravizar os povos indígenas, os africanos foram obrigados a atender suas ordens, começando aí a lógica da produtividade, da

inferiorização e da objetificação do corpo negro, afinal para os portugueses, pessoas pretas não tinham alma, tanto que foram obrigados a serem catequizados, a renunciar sua religião de matriz africana, que até hoje é demonizada, sendo violentados pela igreja católica, precisando aderir as suas crenças.

No ano de 1888, o Brasil era o único país nas Américas que ainda mantinha a escravização como prática legalizada. A abolição da escravatura ocorre como consequência de importantes pressões políticas internacionais e de movimentos abolicionistas nacionais. Entretanto, pela falta de políticas de inserção social, com a abolição, de um dia para o outro, milhares de negros escravizados ficaram sem abrigo e sem destino. Em 1889, o código penal da recém constituída república brasileira instituiu a lei de vadios e capoeiras, criminalizando corpos e símbolos da identidade negra. No ano de 1890, dois anos após a abolição, é instituído um decreto que veta o ingresso de africanos e asiáticos no Brasil, estimulando a imigração de europeus, com a finalidade de embranquecer a população brasileira. A incorporação da população negra na sociedade brasileira como cidadãos de direito ainda é um processo em desenvolvimento. (BORRET, 2020, p.2)

No Brasil, apresenta-se a lógica eurocentrada, pela qual acredita-se que neste país latino, não há a existência de racismo, tornando-se contraditório quando em pesquisas somos o país em que a cada 23 minutos morre um jovem negro. (MARQUES, 2017). O jornal Estadão aponta em 2021 que um negro tem 2,6 vezes mais risco de ser assassinado no Brasil do que outras pessoas. Em 2019, o mesmo jornal apontou que 75% das vítimas de homicídio no país são negras. Esse pacto neoliberal voltado para a necropolítica, palavra que Mbembe (2016) usa para descrever esse pacto do Estado com o objetivo de apagar vidas pretas do país.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019) as pessoas negras são as principais vítimas de homicídios, de baixa escolaridade/analfabetismo, da pobreza, de condições inadequadas de moradia e de condições precárias de trabalho. Este país, apesar de tentar fazer reparações históricas, ainda persiste no racismo, por ser algo bastante estruturado.

Ainda que algumas pessoas façam o movimento de nadar contra a maré de uma sociedade impregnada de preconceitos, há movimentos racistas, que sempre foram escancarados na sociedade mas que muitas pessoas não tinham conhecimento sobre, afinal a história da negritude no país foi contada por brancos, sempre nesse lugar do saber, e que com o tempo, muitas pessoas pretas buscaram entendimento acerca das violências que sofriam, reconhecendo e tornando ainda mais escancarado esse racismo e tentando tornar-se protagonista do seu próprio caminho.

Em seu livro *O genocídio do negro Brasileiro: processo de um racismo mascarado*, Abdias de Nascimento diz,

“(...) erigiu-se no Brasil o conceito de democracia racial; segundo esta, pretos e brancos convivem harmoniosamente, desfrutando iguais oportunidades de existência.

(...) A existência dessa pretendida igualdade racial constitui o 'maior motivo de orgulho nacional' (...). No entanto, "devemos compreender democracia racial como significando a metáfora perfeita para designar o racismo estilo brasileiro: não tão óbvio como o racismo dos Estados Unidos e nem legalizado qual o apartheid da África do Sul, mas eficazmente institucionalizado nos níveis oficiais de governo assim como difuso no tecido social, psicológico, econômico, político e cultural da sociedade do país." (1978, pp. 41 e 92)

Muitos livros da literatura reforçam esse lugar da inexistência de preconceitos no Brasil, como o livro de Gilberto Freyre chamado *Casa Grande e Senzala* (1969). Segundo Silva (2005), Freyre, prevalece nas ciências sociais do início do século XX, romantizando a influência de diversas culturas para a formação de um caráter nacional, criando assim um ideal maravilhoso dos tempos do Brasil colonial.

Esse mito foi impulsionado pelas pessoas de outros países que vinham visitar o país, pela história da princesa Isabel ter sido uma pessoa muito boa e ter libertado os escravizados, sem nenhum suporte, emprego, comida, sem nenhum direito básico necessário para sobreviver, pela elite intelectual formada pela branquitude, eurocentrada, pelo processo de apagamento dos povos pretos, como a mestiçagem provocada pelos estupros dos homens brancos com mulheres negras (QUEIROZ,2017) .

Homens pretos e mulheres pretas sempre foram preteridos na sociedade, tendo seus corpos hipersexualizados, colocadas como agressivas, raivosas, além de também serem corpos usados para prostituição, como para ser amante da pessoa branca que tem sua esposa branca, esta que é feita para casar. “Gostaria de ter me casado, mas com um branco. Só que uma mulher de cor nunca é realmente respeitável aos olhos de um branco. Mesmo se ele a ama. Eu sabia disso” — temos o direito de ficar preocupados.” (JE SUIS MARTINIQUEAISE (s.d.) apud FANON, 2008, p.54)

Como nos disse um branco recentemente, com uma certa amargura na voz: “Vocês têm temperamentos fortes. É uma bela raça, vejam os soldados senegaleses... Durante a guerra, não os chamávamos de nossos Diabos Negros? ... Mas eles devem ser brutais...Não gostaria de vê-los tocando meus ombros com suas grandes mãos. Tenho arrepios de pavor.” (FANON, 2005,p. 144)

A música de Baco Exu do Blues Lágrimas diz “Cássia eu sou poeta mas não aprendi amar” Como aprender amar, se pessoas pretas não são amadas? E ainda dizem que existe uma democracia racial. Aonde, em que lugar?

A veiculação da representação negativa do negro intensifica a ideologia do embraquecimento, fazendo com que o negro internalize uma imagem negativa de si próprio e uma imagem positiva do outro, procurando estar sempre próximo ao ideal estereotipado positivamente e dos seus valores, tido como um modelo perfeito. (SILVA, 2005, p.23) Fazendo com que as próprias pessoas pretas, não amem a si próprios. Portanto, quando se pensa no

contexto hospitalar, na normatividade dessa estrutura racista, dentro da estrutura de poder, utilizando o jaleco, sendo este instrumento da lógica disciplinar, vai olhar esse corpo e acolher da maneira que deveria ser feita?

O racismo permeia os corpos pretos de maneira adoecedora, objetificando-os e os tornando passíveis de vulnerabilidade social. O livro *O alienista* de Machado de Assis (1882/1994), retrata o ideal de loucura, muito utilizado para se falar sobre saúde mental e reforma psiquiátrica. A casa verde, lugar que o médico Simão Bacamarte, usufruindo do seu poder e sua influência, internava todos os pacientes que estavam fora dos padrões normativos da sociedade, sendo estes jogados lá para ser feita a higienização social e tornar a cidade, um ambiente normatizado.

É isso que tende a acontecer com os corpos pretos, estes, jogados de qualquer forma nos leitos de hospitais, vivenciando um serviço como se fosse de lógica assistencialista e não seu por direito, como era feito antes do surgimento da Constituição de 1988, esta que garante ao sujeito, direito a vida, à liberdade, a igualdade, à segurança e a propriedade, independente de sexo, religião, trabalho, cor, independe de qualquer diferença. (BRASIL, 1988)

Em julho de 2010, após 10 anos de tramitação no Congresso Nacional, há a aprovação do Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010), destinado a garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica. (BRASIL, 2010)

Porém, apesar de existirem leis e políticas públicas que visem a garantia dos direitos à população negra, estes não são suficientes para fazer a reparação dos danos históricos. Além disso, se tem 67% de usuários do SUS que se declararam negros, não se justifica alguns profissionais não ter preparo para fazer acolhida a essa população (BRASIL, 2017)

3% da população brasileira já se percebeu discriminada nos serviços de saúde. Entre as pessoas negras que referiram discriminação, 68% foram discriminadas no hospital, 26% nos postos de saúde e 6% em outros serviços não especificados. Em sua maioria, o agente discriminador foi o médico e, ainda que isto tenha sido percebido, poucos buscaram denunciar o ato. Entre aqueles que o fizeram, ninguém relatou ter sido informado sobre as providências tomadas pela instituição para reverter o quadro. (LOPES, 2005, p.20)

No Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente nos hospitais, temos o que se chama racismo institucional, sendo esta dirigida às pessoas pretas nos serviços de saúde pública. O racismo institucional é definido como;

“fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação

racista, que causa desvantagens a pessoas de minoria étnica". (KALCKMANN et al, 2007)

O ato de acolher exige do (a/e) profissional um olhar mais atento ao paciente, porém por vezes, a costumeira ação de não observação daquilo que se considera negativo, faz com que exista o afastamento do profissional ao paciente, inclusive no ato de tratar, como se aquele corpo vulnerabilizado demais para ter um bom acolhimento, reforçando o ato de racismo que ocorre nas instituições.

Por vezes, os (as/es) profissionais não estão preparados para lidar com situações que atravessam o corpo preto e acabam agindo de forma que só intensifica o que por anos foi reforçado pelo movimento da branquitude, como reforçar o lugar de abandono, de culpa, do não saber, sonhando informações mais detalhadas sobre o quadro clínico pela dúvida da sua capacidade cognitiva, por isso a falta de esforço para explicar com detalhes a sua situação de doença e seu tratamento. E quando busca esse movimento de questionar, a pessoa preta é colocada como agressiva, sem sanidade mental, uso de clonazepam para acalmar, calando e tirando seu direito de ser uma participante ativa. Essas são uma das formas de ir de contra ao acolhimento que deveria por direito ser abrangente a esse grupo racial.

A falta desse acolhimento se dá também quando é normalizado ao paciente as situações vivenciadas, que como dizem “está ocorrendo dentro do esperado”, desfazendo da dor do paciente, além de reforçar o fato dele (a/e) ser forte, que o que está acontecendo, vai melhorar, como se o (a/e) paciente não pudesse sofrer, se sentir triste diante de tudo, porque é para o bem do mesmo. O não olhar, o não tocar, o não aparecer ao leito devido a outras funções ditas mais importantes, até o movimento da própria escuta, ao invés de apenas medicar. O uso da força quando o paciente não obedece às normas da instituição.

Outro exemplo nítido é a questão da religiosidade que não é bem recepcionada, principalmente quando é colocado que a pessoa é de religião de matriz africana, então é visto com um outro olhar, demonizando a religião e provocando a falta de vinculação ao paciente por medo do que pode acontecer.

Por fim, estar atento às situações de racismo é imperceptível quando não se fala sobre ele, quando não se tem uma formação sobre ele, aprimorando ainda mais as estruturas de poder sobre esses corpos. Para a branquitude é muito mais fácil, porque eles não sentem na pele o que é ser preterida, esquecida, excluída o tempo inteiro numa sociedade que tem isso tão estrutural, que afeta e assola esses corpos desde a infância. Será que o corpo preto não é mesmo digno de acolhimento?

3.4- A PSICOLOGIA E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DO RACISMO NO ACOLHIMENTO AO PACIENTE NO HOSPITAL

A psicologia hospitalar é uma das diversas áreas da psicologia, visando acolher o (a/e) paciente no seu processo de doença, como também à minimização do sofrimento provocado pela hospitalização e pela doença, buscando identificar e fortalecer recursos de enfrentamento, considerando suas dimensões biopsicossociais. Ela refere-se também à atenção à família e à equipe de saúde, com o objetivo de promover mudanças, atividades curativas e de prevenção. (MEIADO, 2014, p.3)

A psicologia que se vê e que se pretende é muito voltada ao olhar do sujeito fora do contexto imposto pelos hospitais, do olhar biomédico. A escuta é sua principal ferramenta nesse momento, operando atendimentos em leitos ou ambulatoriais, mas não só nestes, até em corredores dos hospitais, se for possível e preciso, porque para esse (a/e) profissional, a saúde mental do (a/e) paciente está lado a lado com o enfrentamento difícil da situação de doença.

Além disso, a psicologia que se busca tem o dever e a função de compreender a estruturação simbólica, afetiva e cognitiva do racismo. Ela também tem o papel crucial de estabelecer mecanismos coletivos de reconhecimento social, dialogando na e pela diversidade e possibilitando espaços sociais de acolhimentos legítimos para o desenvolvimento amplo da subjetividade. (CRP-PR, 2016)

A psicologia, em seu Código de Ética, tem o dever de trabalhar no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948), como também visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Além de atuar com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural, como também considerando “as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código.” (Conselho Federal de Psicologia, 2005, p.7)

Portanto, cabe a (o/e) psicóloga (o/e) estar atenta a situações de racismo, porque pode acontecer de forma sutil entre o (a/e) profissional de saúde e o (a/e) paciente, sendo que este muitas vezes não compreende esta estrutura racial por ter sido negligenciado (a/e) durante a sua vida sobre seus direitos e sobre sua história. A lógica disciplinar dessa organização

hospitalar, faz com que se busque esse respeito com os (as/es) profissionais que lá trabalham, que por muitas vezes impossibilita que o (a/e) paciente questione os porquês de determinados comportamentos dos (as/es) profissionais, isso não isenta a possibilidade da (o/e) psicóloga (o/e) estar inclusa (o/e) nessas estruturas de poder da organização e caso esteja, é importante que ela (e/o) repense seu papel profissional.

Como a (o/e) psicóloga (a/e) tem a função de acolher esse (a/o) paciente e amenizar seu sofrimento na medida do possível em consonância com o que o sujeito traz, ela (e/o) também tem a função de atentar ao sujeito, como também a equipe sobre essas situações de racismo, porque para além de ser um crime, ele também afeta o indivíduo, podendo até influenciar na sua situação de doença. Porém, destacando que é de responsabilidade pessoal que cada membro da equipe repense as estruturas de poder e busquem se conscientizar diante de tantas informações que são veiculadas na internet e em livros, além de existir capacitações profissionais para o acolhimento e atenção à saúde desta população, para que se examine as suas próprias crenças sobre as mesmas.

O indivíduo quando é internado, perde a linha do seu cotidiano, precisando forçadamente estar adepto às necessidades do hospital, como se fosse um escambo “eu tento promover a sua cura e você obedece as minhas normas”, porém muitos desses fatores contribuem para o aparecimento de sofrimento, situações de abandonos que se apresentam costumeiramente para pessoas pretas, intensificando ainda mais a sua relação com o tratamento e consigo mesmo, além de tornar presente esse sentimento de culpa que já é posta para esse público, abrindo espaços para disciplinarizar esse corpo doente, porque se há sentimento de culpa, há disciplina para se encaixar no ambiente, vendendo a lógica de que tudo acontece para seu benefício próprio.

Por isso é importante que a (o/e) profissional da psicologia esteja atenta a dinâmica da instituição, repensando essas estruturas e não fazendo parte delas, tendo em vista que para que o sofrimento seja amenizado, é importante que os (as/es) profissionais de saúde criem uma boa relação com o indivíduo, porque não adianta a (o/e) psicóloga aliviar o sofrimento hoje e amanhã ele vir a tona de novo com a presença dominadora e de poder de alguns (as/es) profissionais.

METODOLOGIA

“Tantas dores que eu tentei esconder. Queria tudo, me disseram: Isso não é pra você. Julgamentos nos fizeram perder. Livre demais pra quem não é conseguir entender” (Autoestima- Baco Exu do Blues)

Este trabalho trata de uma pesquisa qualitativa, esta que não se preocupa com profundidade numérica mas com aspectos subjetivos do sujeito e seus fenômenos sociais, além de atentar aos aspectos da realidade que não podem ser quantificados, produzindo assim, novas informações. A pesquisa qualitativa é definida como:

(...) O que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Este tipo de método tem fundamento teórico e permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares. Propicia a

construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO,2014, p. 57).

A partir da pesquisa qualitativa, eu escolhi como método de pesquisa o que Conceição Evaristo descreve como escrevivência em diálogo com um outro método de pesquisa, a pesquisa narrativa.

4.1 Escrevivência como método para produção da minha própria narrativa

A escrevivência por ser uma criação de método de uma mulher negra, já é política, afinal ela tem a proposta de reafirmar espaços para que pessoas negras possam falar a sua história, a sua vivência diante de sua realidade, dado que sempre as histórias são narradas por pessoas brancas, como temos a história da “descoberta” do Brasil.

Ademais a história das pessoas pretas nunca foram interessantes para se fazer uma escrita, seja científica, real ou ficcional, como diz Conceição no vídeo sobre Escrevivência produzido pelo canal da plataforma YOUTUBE Leituras Brasileiras “é como se o negro não tivesse o direito de criar suas próprias histórias, de falar suas próprias histórias”. A história negra que faz sucesso é a escravização, que é alimentada e romantizada por grande parte da população, a fim de descredibilizar todo martírio e massacre dessa população dita minoria na sociedade.

Portanto, o intuito é ter um lugar próprio para falar da minha vivência, um lugar que jamais autores brancos conseguiriam descrever, afinal é a partir do lugar de cor, de como o racismo está impregnado, de como a branquitude ainda ocupa um espaço gigante a ponto de nos fazer questionar sobre merecer o carinho e cuidado das pessoas que trabalham no espaço hospitalar.

Este método faz mover por caminhos e histórias, fazendo uma real exposição das vulnerabilidades da pessoa preta, das fissuras, dos imensos vazios e tentativas de ser um corpo social presente na sociedade, que tem direitos, que possui destino, caminhos e sonhos, dando destaques sobre a importância da pessoa preta ter autonomia para falar de seus atravessamentos, da sua produção subjetiva, recuperando o protagonismo da sua própria narrativa, não sendo apenas vitrine de história inventada por brancos.

“Escrever é uma forma de sangrar e a vida é uma sangria desatada.” (EVARISTO, 2020). A partir de Melo e Godoy (1993, p.1289, apud SOARES, 2017, p. 206), “o que veremos é que resistir por meio da literatura é também reexistir, e para um povo cuja voz foi e é constantemente sufocada, a escrevivência se torna um recurso de emancipação.”

4.2- Pesquisa narrativa dialogando com a Escrivência

A pesquisa narrativa tem a intenção de compreender e interpretar as dimensões pessoais e humanas para além de esquemas fechados, recortados e quantificáveis. (CLANDININ e CONNELLY, 2012, p. 663) É preciso perceber o lugar e o equilíbrio da teoria como também perceber as pessoas e o lugar do pesquisador para que consiga manter o diálogo da teoria com a vivência.

Esse método vem com o olhar de enxergar as experiências como um formato de aprendizado para além do modelo de educação escolar e universitária tradicional, no qual tudo é normatizado e precisa seguir regras. A pesquisa narrativa vem muito das percepções da pesquisadora, de acordo com suas experiências, valorizando estas a fim de perceber que as narrativas autobiográficas permitem a análise das escolhas tomadas nas formas de (re)apresentação do eu, tanto no que se refere ao “mundo interior de pensamentos-sentimentos”, no cenário da consciência quanto ao “mundo exterior de ações e estados de espírito observáveis”, no cenário da ação descritos pelo narrador, dando significado à experiência. (CASTELLANOS, 2014, p.1073).

Neste trabalho, se usará uma das propostas de Hydén (1997) apud Castellanos (2013, p.1068), que é a existência da doença como narrativa, sendo esta quando o narrador, a doença e a narrativa estão combinadas em uma só pessoa, utilizando essas narrativas em primeira pessoa, afinal é sobre sua própria experiência.

Bury (2001) apud Castellanos (2013, p.1068) propõe uma tipologia ressaltando os principais temas, focos e estilos de narrativas de adoecimentos, são elas, a narrativa de contingência, a narrativa moral e a narrativa nuclear, sendo a que melhor dialoga com esse trabalho, a narrativa moral por expressar uma dimensão mais propriamente avaliativa das dinâmicas posições pessoais e sociais implicadas nas alterações das relações entre corpo, self e sociedade, engendradas ao longo do processo de adoecimento e cuidado.

Podem consistir em controle moral sobre os eventos relatados, através de uma performance narrativa que defende uma determinada visão de si mesmo e de sua experiência de adoecimento e cuidado, não delimitando bases teóricas específicas para se processar a análise. (CASTELLANOS, 2013, p.1068-1069)

A pesquisa narrativa tem a função de dar significado a experiência, de olhar mais devagar, de estar atenta, sendo este um sujeito da experiência como uma superfície sensível

daquilo que o afeta, que produz afetos, deixam marcas, mágoas, alegrias, que de alguma forma deixa vestígios, o sujeito da experiência é um espaço no qual têm lugar os acontecimentos. (BONDÍA,2002)

Ela faz se debruçar pelos significados da experiência, abrindo os olhos e os ouvidos, sendo estes singular, mas quando se trata de racismo, é também plural. Busca na tentativa de abraçar quem está do lado de lá lendo essa vivência.

O saber da experiência é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna. Não está, como o conhecimento científico, fora de nós, mas somente tem sentido no modo como configura uma personalidade, um caráter, uma sensibilidade ou, em definitivo, uma forma humana singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo). Por isso, também o saber da experiência não pode beneficiar-se de qualquer alforria, quer dizer, ninguém pode aprender da experiência de outro, a menos que essa experiência seja de algum modo revivida e tornada própria. (BONDÍA, 2002 p.27)

Portanto, pode ser analisado a partir da vivência e das construções observando a concepção que Bondía (2002) traz sobre a experiência, ou seja, aquilo que nos passa e nos atravessa. A experiência é o que se torna parte do que somos e do que nos afeta, produzindo significados e dando sentido às nossas construções coletivas. Mas será que estamos preparados para entender que experimentar a branquitude não só adocece, como mata também? Nem tudo é passível de experimentação, porém as situações nos atravessam e, por vezes, não temos nem tempo de fazer escolhas.

A escrevivência é mais voltada para a literatura, mas ela casa com a pesquisa narrativa, esta que coloca a pesquisadora no vasto caminho de composição de textos de campo, no momento que é dito sobre a experiência, afinal, a escrevivência vem caminhando contra a maré da branquitude que impede as pessoas pretas de dizerem sua história, de contar sobre seus sonhos, lutas, dores, alegrias, é o momento que as pessoas pretas utilizam seu poder de fala e se ‘escreveve’. Por fim, é importante estar atenta à complexidade que abarca as inúmeras possibilidades de composição dos textos, sem perder o status epistemológico. (CLANDININ, 2012)

Afinal, este tipo de método permite a possibilidade da entrega do eu, das experiências e vivências, porém é importante estar atento, voltar a si e manter um certo distanciamento e um equilíbrio daquilo que é experiência e daquilo que é teoria científica para poder manter a objetividade do estudo.

... há um momento em que temos que estruturar uma narrativa, uma escrita final, que contenha o caminho percorrido, a gradação de nossas certezas e nossas conclusões (mesmo que provisórias). Essa escrita final, dado o seu caráter conclusivo, ocorre, de certa forma, num tempo linear. Linear, porque é necessário pôr um fim ao texto acadêmico. O texto escrito deve terminar e nossa pesquisa se conclui em algum momento. Mas, quando ela se conclui, ela se abre a novas questões narrativas, seja

sobre os mesmos objetos, seja sobre um mundo novo de ideias que se abre, seja sobre nós mesmos – que não somos mais os mesmos. (AGUIAR, 2021, p. 20)

Como diz Larissa Luz em sua música “Descolonizada” - “Eu quero voar, escrever o meu enredo, liberdade é não ter medo! Eu não vou entrar nessa jaula, eu não nasci pra ser adestrada, me deixa correr no espaço, deixa eu exibir a minha pele pintada”. Deixa eu exibir a minha história.

ESCREVIVÊNCIAS E DISCUSSÕES

5.1 História, dores e caminhos

Guimarães Rosa (1994, p. 448) em um dos seus textos aponta “O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.” E é através da coragem que me encontro aqui, escrevendo meu processo nos hospitais, revivendo momentos que me trouxeram dor, mas que também me proporcionaram um outro olhar, me levaram para outros caminhos.

O racismo é um lugar vivenciado por mim desde a infância, a gente nasce, sabe que é preta, mas devido aos processos de embranquecimento da população, criação familiar e espaços fora de casa, tentamos o tempo todo sair desse lugar, se encaixar em outros ambientes, principalmente porque estudei a vida toda em colégio particular, majoritariamente em sala com pessoas brancas. Nesse processo, alisei o cabelo porque quando o cabelo estava cheio, as

meninas diziam “está que nem uma doida”, e eu ia ao banheiro molhar pra não ficar “igual uma doida”, tão problemático, porque além de racista, associava ao estigma da loucura.

Neusa Santos Souza (1983) fala do efeito do racismo na relação do negro com o próprio corpo, quando este percebe o racismo, ele começa a controlar, observar, vigiar e perseguir seu corpo, buscando não se encaixar na identidade preta, mas tentando construir uma identidade branca no qual ele foi coagido a desejar. O sentimento de revolta de perceber que é negro, vai se traduzir em ódio ao seu próprio corpo, porque ele quer ser olhado do mesmo modo que o corpo branco, a percepção da diferença vai fazê-lo buscar o tempo inteiro se encaixar, no meu caso, eu alisei meu cabelo, eu molhava o tempo inteiro pra que ele não ficasse cheio.

Na escola, tinham muitas peças de teatro, danças e sempre tinha aquele aluno que era destaque maior para o professor, sempre sendo protagonista em todas as atividades propostas e eu nunca entendi porque não era escolhida já que eu sempre fui muito ativa nas tarefas de sala e nas atividades de casa. Acontece que a pessoa escolhida era branca, sempre alguma colega branca. A minha negritude era sempre apontada, eu que não sabia. Nessa época, até o lápis cor de pele era de tom bege. Porém sempre fui de questionar e as professoras sempre davam uma desculpa como “mas é que ‘tal pessoa’ combina mais com a bela adormecida”, mas é claro, as princesas da época eram todas brancas, tudo era muito branco, eu não me encaixava. A sociedade não era nada inclusiva, as marcas de brinquedos e lápis de cor, as professoras, os colegas, inclusive eu, não entendia absolutamente nada sobre o que era racismo.

Nesse processo de estar inserida na adequação das regras impostas pela branquitude, eu era vista como uma pessoa problemática, mas é que toda pessoa negra, quando quer seus direitos e questiona, é sempre vista como problemática e agressiva, por mais que existissem as regras, eu sempre fui de me impor e fazer questionamentos, apesar de não entender muito o que estava acontecendo. Foi através da minha entrada na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), através do Sistema de Seleção Unificada (SISU), em 2015.2, que as coisas começaram a ficar mais escuras, apesar de saber que sou preta, porque a sociedade nos lembra isso da pior forma todos os dias, com os racismos estruturais sofridos, foi na UFRB que eu descobri o que de fato é ser preta, foi lá que parafraseando Neusa Santos Souza, eu me tornei negra.

A universidade possui uma vasta possibilidade de entendimento voltado para as ditas minorias, possibilitando que a gente se aprofunde e entenda o mundo com outro olhar, que não cheio de preconceitos destituídos por ali. Esse processo de entendimento custa dores incuráveis devido a perceber que aquela é a realidade diária e quando eu olho para trás, percebo tudo que

vivi, que sabia que doía mas não sabia o nome e hoje sei, é racismo. Isso me lembra o poema Me gritaram Negra (UNIVERSIDADE LIVRE FEMINISTA, 2015), de Victória Santa Cruz, afroperuana, compositora, coreógrafa e desenhista:

Tinha sete anos apenas,
apenas sete anos,
Que sete anos!
Não chegava nem a cinco!
De repente umas vozes na rua
me gritaram Negra!
Negra! Negra! Negra! Negra! Negra! Negra! Negra!
“Por acaso sou negra?” – me disse
SIM!
“Que coisa é ser negra?”
Negra!
E eu não sabia a triste verdade que aquilo escondia.
Negra!
E me senti negra,
Negra!
Como eles diziam
Negra!
E retrocedi
Negra!
Como eles queriam
Negra!
E odiei meus cabelos e meus lábios grossos
e mirei apenas minha carne tostada
E retrocedi
Negra!
E retrocedi . . .
Negra! Negra! Negra! Negra!
Negra! Negra! Neeegra!
Negra! Negra! Negra! Negra!

Negra! Negra! Negra! Negra!
E passava o tempo,
e sempre amargurada
Continuava levando nas minhas costas
minha pesada carga
E como pesava!...
Alisei o cabelo,
Passei pó na cara,
e entre minhas entranhas sempre ressoava a mesma palavra
Negra! Negra! Negra! Negra!
Negra! Negra! Neeegra!
Até que um dia que retrocedia , retrocedia e que ia cair
Negra! Negra! Negra! Negra!
Negra! Negra! Negra! Negra!
Negra! Negra! Negra! Negra!
Negra! Negra! Negra!
E daí?
E daí?
Negra!
Sim
Negra!
Sou
Negra!
Negra
Negra!
Negra sou
Negra!
Sim
Negra!
Sou
Negra!
Negra
Negra!

Negra sou
De hoje em diante não quero
alisar meu cabelo
Não quero
E vou rir daqueles,
que por evitar – segundo eles –
que por evitar-nos algum disabor
Chamam aos negros de gente de cor
E de que cor!
NEGRA
E como soa lindo!
NEGRO
E que ritmo tem!
Negro Negro Negro Negro
Negro Negro Negro Negro
Negro Negro Negro Negro
Negro Negro Negro
Afinal
Afinal compreendi
AFINAL
Já não retrocedo
AFINAL
E avanço segura
AFINAL
Avanço e espero
AFINAL
E bendigo aos céus porque quis Deus
que negro azeviche fosse minha cor
E já compreendi
AFINAL
Já tenho a chave!
NEGRO NEGRO NEGRO NEGRO
NEGRO NEGRO NEGRO NEGRO

NEGRO NEGRO NEGRO NEGRO

NEGRO NEGRO

Negra sou!

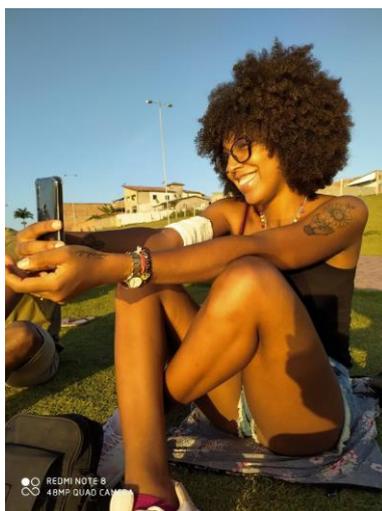


Imagem 1- NEGRA

No meio desse caminho de descobertas, em setembro de 2017, eu passei por um período bastante dolorido, com a descoberta do câncer, um linfoma de hodgkin. A descoberta se deu com o câncer no estágio 2. Antes disso, eu já tinha passado por diversos médicos para entender porque andava tossindo sem parar por um mês, com tosse seca e sem secreção, com manchas na pele e o exame de sangue sempre com níveis de hemácias (células do sangue) baixo, exame esse que eu faço periodicamente devido a minha mãe ser da área da saúde e ter preocupação em saber como eu e minhas irmãs estão.

Eu sempre fui de ir a médicas (os/es), afinal minha mãe é da área da saúde e sempre nos incentivou a ser ativa no sistema de saúde. Então, fui na Unidade Básica de Saúde (UBS) do meu bairro e a médica da unidade me encaminhou para o dermatologista, que passou várias medicações para as manchas de pele, informando que era apenas dermatite por conta da ansiedade com as coisas da faculdade. Porém, logo depois apareceram ínguas e tosse frequente, então fui a várias outras médicas, inclusive médicas da rede particular devido a rapidez para conseguir atendimento. Nesse momento, acabei indo para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da cidade onde eu morava, lá o médico fez raio-x e avaliou que eu estava com princípio de pneumonia e passou a medicação benzetacil para auxiliar no tratamento.

Tendo em vista que não estava adiantando nenhum dos tratamentos, meses depois, fui a um outro hospital, próximo da região, onde um médico disse que de acordo com as idas anteriores aos outros médicos (as/es) e a não melhora dos tratamento, eu deveria ir em busca

de um hematologista. Porém, eu e meus familiares não acreditamos na possibilidade porque a gente imaginou que em minha idade, 20 anos, não aconteceria um câncer, apesar de na minha família ter histórico e também porque esse médico não explicou o motivo da ida ao hematologista, apenas ofereceu a possibilidade. Não houve um encaminhamento formal, apenas um conselho rápido diante do caos que estava esse hospital. Contudo, apesar de não acreditar, a cabeça fica a mil pensando em várias situações possíveis e o medo começa a aparecer.

Mas a questão disso tudo é que em todos os médicos que eu fui, nenhum deles fizeram exames laboratoriais ou tocaram meu corpo, apenas ofereceram a clínica do olhar, olhando meu corpo e a partir dos meus relatos foram passadas todas as medicações.

“Do lado da função imaginária, das relações de compreensão, generalização e concepção de totalidade do ser e de seu bem-estar, está a clínica do olhar, termo ligado ao trabalho de Foucault. Em seu livro *O nascimento da clínica*, ele partiu de um texto de 1807: “E preciso, tanto quanto ela autoriza, tornar a ciência ocular”. Tantos poderes sobre a obscuridade são formas através das quais se instaura a soberania do olhar : “olho que sabe e que decide, olho que rege”. A clínica médica a que o autor se refere não é a primeira tentativa de ordenar uma ciência pelo olhar; a história natural já analisava e classificava os seres naturais segundo suas características visíveis.” (MONTEZUMA, *s.d.*, p.133)

Talvez fosse tarde demais para descobrir o câncer, se não fosse a dor forte que eu senti no peito em um dia pela manhã. Eu seria mais uma vítima de negligência médica, porque precisei passar por diversos deles, mas nenhum pensou em recorrer a históricos, olhar exames laboratoriais. Um outro médico que me mandou para o hematologista só chegou a essa conclusão devido a meu relato de nenhuma melhora com as medicações passadas por outros profissionais anteriormente, tocar meu corpo e me olhar pra entender, foi algo que não aconteceu.

Isso acontece muito nos hospitais, principalmente em SUS se tratando da grande demanda, os pacientes negros não são tocados, não é feito o exame clínico como deveria ser feito, é tudo muito automático e aí ficamos a mercê de profissionais que não conseguem ao menos tocar o paciente.

Durante o atendimento, há situações sutis, que impedem identificar o racismo. "Os pacientes negros podem demorar mais para ser atendidos; as consultas acontecem sem contato físico ou diálogo olho no olho", descreve Altair Lira, mestre em saúde coletiva, professor da UFBA (Universidade Federal da Bahia) e ativista no campo da saúde da população negra. Os profissionais racistas dificilmente reconhecem suas atitudes como discriminatórias, mas basta avaliar se foram realizados todos os protocolos de atendimento: qualquer etapa que não for seguida adequadamente em um paciente negro indica racismo institucional. (UOL, 2021)

A UPA na qual eu recorri quando senti essa dor que apertou fortemente meu peito e me impossibilitava de respirar direito estava muito cheia, mas não cheia por conta da grande

demanda e sim porque os médicos do lugar estavam descansando. E fiquei pensando “Até quando a gente vai viver assim? Até quando vamos precisar lutar por algo que é nosso direito?”. A UPA é uma unidade de pronto atendimento, a única espera possível é de um paciente para outro.

E por qualidade de atendimento está incluída também a lentidão do serviço e da resolução dos procedimentos burocráticos tão comuns nessas instituições, e que fazem toda diferença entre a vida e a morte de um paciente. Assim, o esquecimento da ralé enquanto classe é reproduzido pelas falhas dessas instituições como “esquecimento” da pessoa. (LUNA, 2009, p.327)

Para ser atendida, eu precisei ir pro hospital mais próximo, que era o da cidade vizinha, chegando lá fui internada com urgência devido a dor intensa e também porque ninguém sabia do que se tratava. Acontece que nesse lugar eu tive uma atenção melhor porque minha mãe é técnica de enfermagem nesta instituição e por coincidência ela estava de plantão.

O Brasil tem isso, quando você conhece alguém importante em um determinado espaço, te tratam diferente, te tratam melhor, mas se minha mãe não estivesse lá, como eu estaria? As pessoas nesses espaços só se tornam visíveis quando existe o risco de determinada doença atingir outras classes sociais, as classes média e alta da sociedade, existindo a comoção por parte dos profissionais de saúde pois ali percebem que você é conhecida de alguém então de repente você não é só um corpo, é um sujeito também. (LUNA, 2009)

Fui transferida para fazer exame em um outro hospital devido a este não ter um suporte necessário. Ao chegar nesse lugar, vivenciei a demora intensa do atendimento, afinal a vida de quem normalmente usa o serviço público vale de alguma coisa? (contém ironia na pergunta) Quando o médico apareceu, perguntou onde eu estava sentindo dor, fez um raio x, viu um suposto inchaço próximo ao coração e disse que poderia ser doença de chagas, passando um exame para isso.

Nesse momento eu me perguntei “ele sabe onde eu moro? Ele realmente sabe onde tem maior incidência da doença?” Eu não tinha forças para fazer questionamento, porém minha mãe estava comigo e segundos depois ela perguntou ao médico “o senhor sabe mesmo sobre doença de chagas? O senhor não sabe nem onde eu moro”. Ele pode até ter entendido que estava errado sobre algumas coisas, mas jamais assumiu que talvez o possível diagnóstico tenha sido inviável, então ele insistiu em fazer o exame.

A questão é que sempre existe uma possibilidade, mas ele nem examinou, não fez nada, apenas o que eu disse fez ele imaginar que poderia ter sido a doença de chagas, utilizando a clínica do olhar (MONTEZUMA, *s.d.*) e o poder médico, para reforçar aquilo que ele acreditava ser. Talvez este médico não estava acostumado a ter pacientes que se posicionam

diante do seu saber, o que me lembra Foucault (2009) quando fala sobre o controle dos corpos, na docilização dos pacientes para que os (as/es) profissionais possam atuar sem questionamentos.

Antes de concluir esse pensamento, destaco aqui a posição de minha mãe diante dos (as/es) médicos (as/es) nos hospitais que estivemos e no próprio trabalho dela. De maneira colonial, ela os chama de “senhor” e “senhora” e, por vezes, eu também fazia isso, os colocando no lugar ainda mais de poder, retornando a dinâmica da senzala e da casa grande. Nos acostumamos a tratá-los assim, algumas vezes consigo me podar diante da situação, e em uma delas a médica para reafirmar seu lugar, de uma forma indireta, me perguntou se eu estudava medicina ou psicologia em um tom irônico.

A partir disso penso que nós, usuários de saúde pública, precisamos ter conhecimento dos nossos direitos, para quando acontecer situações do tipo, estarmos prontas para questionar. Porém, o Estado negligencia demais que tenhamos conhecimento suficiente sobre as coisas, porque eles querem o controle, eles querem o poder sobre nós, sobre nossos corpos, é o que diz Foucault quando fala sobre disciplinarização.

Na perspectiva foucaultiana, a era do biopoder nasce com o desenvolvimento de disciplinas diversas (como Exército, conventos, escolas e hospitais) no decorrer da época clássica; no aparecimento dos problemas de natalidade, de saúde pública, de habitação e de migração no terreno das práticas políticas e observações econômicas; e na explosão de técnicas diversas para se obter a sujeição dos corpos e o controle das populações. (BERTOLINI, 2018, p.89)

Apesar de eu entender um pouco sobre isso, sobre questionar esse poder que há dentro do hospital, eu não tinha forças para fazer isso sobre a situação da suposta doença de chagas. Nesse caso, sem a minha mãe, iríamos perder tempo verificando se era doença de chagas mesmo ou não, porque apenas esse exame e um raio-x foi solicitado. Voltamos para o hospital onde eu estava internada e o médico fez meu encaminhamento para outro lugar, pois minha mãe pediu pra ele fazer uma requisição de tomografia para ver melhor o que se tratava essa massa grande que em determinado momento um médico tinha dito que era princípio de pneumonia, sem ter nem passado exame laboratorial.

São muitos encaminhamentos, muito desgaste físico e emocional. Indo para outro hospital, fui atendida tarde, devido a quantidade de pessoas que também estavam necessitando de atendimento, porém desmaiei e assim me colocaram para dentro. Não para ser atendida e sim para esperar, só que lá dentro. Não sei que parte estava pior, se era dentro ou na parte da recepção do hospital. Várias macas jogadas pelos corredores, as técnicas de enfermagem simplesmente sumiram, pacientes reclamando que o soro já tinha acabado e nada de ninguém aparecer, uma mulher em surto psicótico gritando, ninguém acolhia ela, só mandava ela calar

a boca, olha quão problemático é isso tudo. Quem são essas pessoas à espera? O viver delas vale a pena? “O estigma que tais pessoas carregam proporciona-lhes o pior que pode haver em termos de tratamento “não humanizado”, porque é nesses casos que o medo, a repugnância e a ojeriza que causam nos outros sequer são disfarçados.” (LUNA, 2009, p.321)

Entendo que a demanda é grande e que talvez os profissionais não tenham o suporte necessário, até porque eles (as/os) também são peças nesse jogo de poder das instituições e por isso ficam estressados (as/es), mas nós pacientes, gostaríamos de ter um atendimento que fosse mais atento às nossas questões, porque além de estar sofrendo também com o sucateamento da saúde, estamos lidando com o processo de doença.

Em contrapartida, mesmo quando há toda uma boa vontade e comprometimento com a profissão, os médicos acabam expostos a uma posição de grande responsabilidade. Se porventura lhes faltarem recursos médicos ou mesmo se forem sobrecarregados e pressionados demais, qualquer coisa que lhes alterar o estado físico e/ou emocional poderá atingir diretamente o paciente, mesmo sem qualquer intenção nisso. Assim, em muitas ocasiões, a própria forma de funcionamento da unidade médica possibilita que a vulnerabilidade dos seus profissionais, ou das suas condições de trabalho, acarrete danos ao paciente. (LUNA, 2009, p.318)

Nesse hospital, tinha muita gente jogada pelos corredores, muita gente preta, em Santo Antônio de Jesus- Ba, na cidade em que segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, mais pessoas negras morrem em ações policiais no Brasil. (INFOSAJ, 2022) A necropolítica que Mbembe diz, está posta aí, os corredores do hospital também dizem muito sobre essa falta de cuidado com a população, sendo que somos 56,2 %, segundo o IBGE (2019a) de pessoas que se autodeclararam pardas (os/es) e pretas (os/es) no país. Eu, minha mãe e muita gente dormiu por lá mesmo, não tinha leito. No outro dia pela tarde, me mandaram pra UTI, pra ser monitorada, mas por um grande motivo: minha mãe trabalhou nesse hospital por 12 anos e conhecia muita gente nesse hospital.

As pessoas na UTI tomam banho no leito. Na hora do banho, momento íntimo, tudo deveria ser cauteloso para que seu corpo nu não fosse visto por outras pessoas, mas a UTI simplesmente era um entra e sai de gente. Este corpo ali presente não era digno de respeito, era só mais um corpo dentro dos hospitais dependente do sistema público, é como se não fosse um direito que o paciente possui de ter seu corpo preservado durante os atendimentos, mas que paciente sabe qual direito possui se as informações passadas para nós são totalmente restritas? Não há como reivindicar direitos quando tornamos a sociedade um local em que se vê prazer em ver pessoas ignorantes e leigas sobre seus direitos, tornando mais fácil o domínio da instituição de poder, esquecendo da pessoa que ali precisa de cuidados. (FOUCAULT, 2009)

Diante de tudo isso, eu me recusei a tomar banho no leito, mesmo sem aguentar andar e isso só foi possível devido a presença da minha mãe.

A tentativa de controle é muito ampla, você não pode reclamar de nada, as pessoas só sugerem medicação ou dizem “olha, agradeça que você tem o SUS”, não é questão de agradecer e sim de se revoltar com algo que não acontece da maneira que deveria.

Dias depois fui transferida para um outro hospital em Salvador, sendo este o único lugar em que as pessoas fizeram o acolhimento que tanto se esperava. Logo depois de fazer a biópsia e esperar seu resultado, os médicos me mandaram para o hospital de tratamento de câncer na mesma cidade.



Imagem 2- Pós primeira biópsia

O que me deixa reflexiva foi que a partir desse momento, ao invés de receber um cuidado maior por precisar enfrentar um tratamento difícil, a maneira como eu fui recebida foi como se eu estivesse naquele espaço para brincar de estar doente, como se eu não precisasse de cuidados, e minha mãe sempre me falando “não diga muita coisa, elas podem furar demais você ou te dar medicação de uma forma que pode doer”. Olha com o que eu precisaria lidar, olha como era a forma de controle, bastante dolorida. Eu sempre tive medo de agulha, para tirar sangue ou tomar injeções e quando eu relatava da dor, a resposta era “você tem tatuagem e tem medo de agulha?”, a associação da tatuagem ao suposto pensamento “ela tem tatuagem, portanto deve aguentar uma furada”, pensando talvez no estigma social que a tatuagem traz, nesse lugar marginalizado que a tatuagem tem, principalmente quando se está disposta em uma pele preta, sendo assim ofertado um tratamento pouco “humanizado”. (LUNA, 2009)

A técnica de enfermagem que me recebeu nem olhou para mim e já pegou meu braço com um pouco de agressividade. Eu estava muito magra, minhas veias estavam péssimas para encontrar e a única coisa que a técnica fazia era furar várias vezes e dizer “você não se hidrata não é?”. A vontade de dizer “minha querida, olha meu estado, o que você quer de mim?”. O problema não foi a pergunta, mas sim a maneira como ela perguntou. A única coisa que eu pedi foi para furar na mão esquerda porque como eu sou destra, ia precisar da minha mão para escrever, para fazer os trabalhos da faculdade e ela não gostou, porque além das veias não estarem boas, eu ainda estava escolhendo qual mão.

Para elas, durante todo meu internamento e tratamento, focar em outras coisas, que não minha saúde, era algo totalmente inviável. E a suposta surpresa de “uma paciente oncológica, que utiliza o sistema público, preta e tatuada, que vai se interessar por estudos? Ela não precisa disso”, tenho quase certeza que talvez se fosse um (a/e) paciente branco (a/e), as estratégias para auxiliar ele (a/o) na continuidade dos seus estudos seria de grande valia, até porque pessoas brancas tem seu privilégio e por si só sua cor carrega um estereótipo de ascensão ao poder. O olhar de desvalorização e o costume de ver pessoas pretas sempre compondo profissões desvalorizadas pelo mercado, como faxineira, cozinheira, diarista, comerciante e nunca algo como o que eu fazia, que era psicologia.

Fui jogada em um leito com pessoas em situações graves. Lá, os profissionais de saúde não queriam que eu tivesse livros, notebook, absolutamente nada. A forma como me tratavam era de forma grosseira, porém, eu ao invés de devolver a grosseria, tentava ser o mais paciente possível para que elas pudessem me olhar e ver que eu era uma pessoa. A descoberta de um câncer já é difícil, principalmente para uma jovem de 20 anos, que tinha acabado de descobrir um novo mundo dentro da universidade e de repente uma doença tão amedrontadora na sociedade aparece, é uma situação muito difícil.

O momento que as pessoas me olharam, foi quando o diretor do hospital foi me visitar no quarto, até um novo leito as pessoas arranjaram. Olha como o poder muda as pessoas. Precisou alguém importante dar importância a minha existência para que as pessoas pudessem me tratar bem, mais uma vez.

Minha mãe dormia em cadeira plástica, para ter cadeira confortável ela precisou ir atrás da assistente social reclamar, ainda assim mandaram uma cadeira quebrada. A vida de quem acompanha o paciente em situação de doença é complicada, principalmente quando estes não tem uma rede de apoio ou não podem fazer muita coisa para melhorar a situação de quem está doente.

Os médicos falavam com minha mãe como se ela não tivesse conhecimento e minha mãe sempre precisava ressaltar “eu sou técnica de enfermagem e já acompanhei minha cunhada e minha mãe no tratamento aqui” para que eles entendessem que não é só porque usa o SUS, não é só porque minha mãe e eu estávamos visivelmente cansadas que éramos leigas no assunto. E, mesmo que fôssemos, dá para buscar um linguajar mais popular a fim da pessoa compreender o que se passa em seu corpo.



Imagem 3- Minha mãe, companheira de todas as horas

Essa situação me incomodou porque tinha uma senhora branca no leito e os familiares todos eram brancos e a forma de abordagem com ela era totalmente diferente do que comigo e minha mãe e uma outra senhora, que por sinal era negra e estava com câncer de colo de útero porque a vida não deu oportunidades e ela precisou usar a prostituição como meio de garantir o sustento dos seus filhos. Porém, quando ela relatava a vida dela, sempre haviam julgamentos como se tudo pudesse ser resolvido fácil, mas cada um sabe a realidade em que se vive.

Era justamente o olhar que se espera quando o (a/e) paciente é preto (a/e), eu e essa senhora, supostamente compomos uma classe social que não tem a necessidade de ser vista, de ser cuidada, a abordagem era explicitamente diferente porque pessoas brancas tem um direito maior de viver, é a estrutura colonial sendo posta, mesmo que de forma indireta, mas pra quem sabe de suas dores, entende o quão direto é essa negligência. Fazemos parte da classe baixa, que mais se aproxima da ralé (LUNA, 2009), retorno a pergunta, estes corpo preto é digno de acolhimento? De qual forma ele vai ser importante para a sociedade quando temos uma política de Estado que é definida para o olhar estigmatizado de pessoas pretas a fim de excluí-las da sociedade?

Quando eu fui trocada de quarto, estava num leito com uma senhora, uma mulher preta, que usava cigarros e bebidas para aliviar as dores de sofrer violência doméstica, e por conta disso, foi diagnosticada com um câncer de pulmão. Ela tinha muitos filhos, mas nenhum deles ia visitá-la, apenas uma neta, que ia do trabalho para o hospital e do hospital para o trabalho, vivia literalmente dentro do hospital. Os médicos dessa senhora, simplesmente sumiram, até para explicar sobre a situação dela, quando apareciam usavam termos difíceis que minha mãe precisou interferir para ajudar a senhora e a neta dela.

Como a situação dessa senhora era grave, eu só pensei que talvez os (as/es) profissionais não tivessem dado importância porque não havia mais jeito pra ela, senão a morte, e isso é muito forte, porque fala justamente do “e meu corpo não é passível de cuidado?”, como dito acima, havendo uma diferenciação no tratamento de “mulheres ligadas à prostituição ou simplesmente remetidas à vulgaridade.”, que “muitas vezes são identificadas como “aquela nigrinha” indicando uma mulher sem pudores e estima social.” (LUNA, 2009, p. 321)

Portanto essa pessoa que escolheu essa vida, precisa agora carregar as consequências disso. É esse o pensamento de grande parte dos (as/es) profissionais de saúde. E volto destacando o linguajar “nigrinha” que vem do “negrinha” utilizado para inferiorizar mulheres negras, sendo uma “pessoa que não presta, que não vale nada” (Dicionário inFormal (SP), 2008).

A pessoa que fazia a limpeza dos quartos começou a reclamar da queda de cabelo dessa senhora, dizendo que estava sujando tudo, principalmente porque o cabelo é crespo e aí fica amontoado. Então, minha mãe discutiu com essa moça falando que não havia como não sujar o quarto porque ela estava fazendo tratamento oncológico e é esperado a queda do cabelo.

A minha benção nos hospitais, além das raríssimas exceções de técnicas de enfermagem boas, era o pessoal da psicologia. Uma estagiária fazia meu atendimento e eu aprendi muito com ela, porém, mesmo entendendo a estrutura de atendimento de uma psicóloga hospitalar que faz seu trabalho indo aos leitos dos pacientes, com a dinâmica ativa de um hospital, considero que sua presença não era valorizada, porque ficava um entra e sai dentro do quarto como se estivesse tudo bem, como se ela não estivesse ali, porque quando a minha médica ia, o quarto ficava disponível para que ela pudesse terminar seu atendimento sem interferência de mais ninguém, apenas quando ela solicitava. A questão maior disso tudo, não foi nem o internamento neste hospital, mas sim a frequência das quimioterapias, que eram de 15 em 15 dias e as consultas, porque mesmo sabendo da situação do (a/e) paciente, as pessoas não tinham a sensibilidade de olhar e tratar bem.

Este hospital tem portas abertas para toda Bahia só que o atendimento de alguns profissionais é mecânico, muitas pessoas nem olham pra você e exigem gratidão porque tem muita gente que queria estar ali. Os (as/es) médicos (as/es) muitas vezes demoravam a chegar, entendendo que isso pode acontecer porque a proposta não é desumanizar esse profissional, afinal não se sabe da sua rotina diária, mas por diversas vezes eu chegava no hospital às sete da manhã porque ia no carro da prefeitura e só saía de lá pela noite. Teve uma vez que saí de lá meia noite e só cheguei em Cruz das Almas duas horas da madrugada. Tornando cansativo e cheio de desgastes emocionais o tratamento, desestimulando as pessoas a buscarem maiores cuidados sobre si, porque depois, quando o paciente se exalta, exigem que ele (a/o) tenha paciência, que se acalme, que pelo menos ele (a/o) conseguiu horário com o (a/e) médico (a/e). A gratidão é algo que por diversas vezes é exigida aos usuários de saúde pública.

Quem frequenta esse hospital sabe quem são os maiores usuários, muita gente do interior, muita gente preta e é por isso mesmo que muitos profissionais acham que temos a maior fortaleza do mundo, que somos “arretados”, “de raiz”, como se não pudéssemos fraquejar, que basta ter fé e tudo ficará bem e também por serem pessoas em que a grande parte compõe uma outra estrutura social que não as de classe alta, que se houver atendimento, independente da maneira como se é atendido, já é um grande passo, o chamado racismo institucional. (KALCKMANN et al, 2007)

Nesse hospital, precisei ficar internada para fazer biópsia do segundo câncer. Nesse caminho, usava a pulseira do Senhor do Bonfim e o médico disse que estava tudo bem, porque eu perguntei a ele antes. A assistente social simplesmente chegou e falou, “pode ir tirando essa pulseirinha, depois você compra outra e amarra porque não pode entrar no centro cirúrgico com esse tipo de coisa” e eu respondi a ela “se o pessoal no centro cirúrgico disser que é para tirar, eu tiro, por enquanto eu vou manter” e ela me disse mais coisas a respeito da pulseira. A questão mais uma vez foi a forma como as coisas foram ditas, a gente percebe pelo tom quando a pessoa está desvalidando aquilo que te representa, nesse caso, chama-se intolerância religiosa.



Imagem 4- Pulseira do Bonfim

Depois da cirurgia, eu acordei sentindo muita dor, fui jogada em um quarto, estava mole da anestesia e sentindo dores absurdas, que até para respirar doía, fazendo sons com a garganta pra ver se alguém ia até lá ver o que estava acontecendo. Só vieram a aparecer uma hora depois que eu subi para o quarto e minha mãe já estava desesperada porque ninguém avisou nada a ela a respeito do meu estado no centro cirúrgico, porque demorou demais. Até quando desci para cirurgia, estava sem me alimentar e fiquei mais de uma hora esperando o médico aparecer e quando reclamava de fome as pessoas pediam para manter a calma.

Voltei para o quarto, sentindo muita dor, mas estava tudo bem porque era o esperado né? Nunca é singular, é sempre o esperado. O médico disse que precisaria de três dias para avaliar se estava tudo bem, porque poderia ainda haver líquido no pulmão, mas no segundo dia a assistente social apareceu com uma médica que era residente e disse com todas as palavras que eu precisava sair do quarto naquele dia porque tinha paciente para ser internado, que ia precisar da cama. Na mesma hora minha mãe reagiu, porque eu só sabia sentir dor. Fiquei pensando se eu fosse alguém que não tinha acompanhante, que não tinha um lar pra dormir, porque não tínhamos nos organizado para isso e de repente, esse baque, além da recomendação de ficar três dias no internamento.

Nesse momento da escrita, relatando esses fatos, eu pensei muito no olhar da carne mais barata do mercado, trazido por Elza Soares em sua música “A carne” (2002), no meu imaginário, se dá corpos sendo jogados nos leitos, logo após abertos em cirurgia, depois de “consertados” e “investigados”, jogam para fora, como se estivesse em um açougue, aquela carne que não vai ser mais útil, é jogada em qualquer lugar daquele ambiente. A médica puxou o dreno de vez, sem meu consentimento e eu fiquei em desespero porque só pensava “isso é negligência!!” O que acontece? Fui parar na ouvidoria com minha mãe para relatar os fatos, mas até hoje não sabemos como isso procedeu.



Imagem 5- Dreno tórax para remover fluidos, líquidos, sangue e ar da cavidade pulmonar.

Para lidar com todo meu estado de dor psíquica, porque o que me cansava não era o tratamento em si mas a maneira como meu corpo era visto dentro do hospital, de como eu era negligenciada, eu precisei muito estar em comunhão com a terapia e tenho sido acompanhada até os dias de hoje. Sem minha psicóloga talvez eu não tivesse lidado com todo atravessamento que me ocorreu durante os quatro anos de vivência em hospitais. A UFRB felizmente pôde me proporcionar esse atendimento e todo acolhimento de alguns dos meus professores que foi essencial para esse processo.

Nesse meio tempo, a médica que me acompanhava pediu demissão e não me avisou, no dia da consulta, ela sabia que era o último dia dela, mas não pensou em como a mudança de uma (o/e) médica (o/e) afeta um paciente, fiquei sabendo através de uma enfermeira, isso me desestabilizou total, porque ela estava a frente do meu tratamento há dois anos e do nada uma outra pessoa.

Na consulta com essa médica nova, eu só fazia chorar e chorava pela forma que ela falava, dizendo que ia trocar minhas quimioterapias, que aquilo não ia me ajudar em nada, que ia perder meu cabelo sim, mas cabelo cresce, que era para eu trancar a faculdade e focar no tratamento. Perguntei algo a ela e me referi a quimioterapia como “soro” e ela disse pra mim “você não vai tomar soro, você vai tomar quimio”. Acontece que nós, pacientes oncológicos, falamos “soro” porque a palavra quimio desperta muitos gatilhos de ansiedade devido ao estado que ficamos pós quimioterapia.

A médica não teve absolutamente cuidado nenhum para falar sobre a situação, mesmo eu em estado de choque devido a quantidade de mudanças que eu ia precisar lidar, envolvendo literalmente a minha vida. Ela agia como se fosse salvadora da pátria, como se caso ela não tivesse aparecido, minha situação poderia piorar. Talvez isso até pudesse acontecer, porém ela utilizou do seu domínio médico para poder falar da forma que quisesse a respeito do meu quadro clínico.

Nesse momento havia um caos de insensibilidade por parte dela, como dito anteriormente, chamado por Bourdieu (2002) de violência simbólica, pensando apenas em “ao ser doente resta assistir ao total aniquilamento de seus direitos existenciais — o direito de ser, de existir enquanto pessoa.” (CHIATTONE, 1984 apud CAMPOS, 1995, p. 28), apenas o sujeito que contém a doença e que esta precisa ser tratada, sem ao menos parar para pensar no porquê de eu estar chorando tanto.

A clínica médica, em sua grande maioria, treina os seus profissionais para automatizar os tratamentos e não olhar para o (a/e) paciente pensando em estratégias que abarquem as suas necessidades. (MORETTO, 2001) Voltei pra casa frustrada e chorando muito com medo dos próximos passos. Cheguei até a cogitar a troca da médica, mas uma grande amiga me pediu para respirar e pensar quando estivesse mais calma. Montei uma resposta gigante na minha cabeça para próxima consulta e disse a ela, que eu era Bacharela em Saúde, estudava psicologia, fazia parte da Liga de Oncologia do Recôncavo da Bahia (LAONCORB) e que sabia o que era soro e não precisava ela falar comigo naquela entonação, porque antes de ser paciente, eu era gente e que eu sabia dos meus direitos. Ela se assustou e começou a me pedir desculpas e disse que ela tinha sido rude mesmo, mas porque era o primeiro dia dela no hospital e ela tinha visto muitos erros. E eu disse, que sentia muito por isso, mas que não tinha culpa.

Para a médica entender que precisava me tratar como gente, como sujeito que tinha a doença, ela precisou me ver em um lugar de poder, coisa que não deveria acontecer. Era como se só porque eu estudo em uma universidade, eu deveria ser vista de outra forma, que apesar de ser preta, eu não me incluía na rale, e sim em um lugar que compõe parte de uma burguesia, então minha vida não tinha validade. (LUNA, 2009).

Quando eu estava internada e voltei a ter forças para andar, eu costumava ir nos quartos dos pacientes que não podiam andar pra saber suas histórias. Eu ainda estava no BIS e o BIS desperta diversos sonhos na gente e muitas pessoas me relataram sobre casos de negligência médica, do sumiço dos seus médicos, de seus amigos e familiares.

Nesse momento, a sensação de estar sozinha vem e muitas pessoas, de fato, estão sozinhas. É quando Baco Exu do blues em suas músicas do álbum “QVVJFA?” (2022) fala sobre o desamparo das pessoas pretas, em como são preteridas em qualquer situação. Eu, mesmo sendo rodeada de amigos, tendo uma rede de apoio bem firme, me sentia só, imagine quem não tinha isso. Foi assim que eu conheci uma das minhas oncofriends (apelido destinado a amigas que conheci durante o tratamento oncológico).

Meu grupo de amigas são todas mulheres pretas, costumávamos sair e fortalecer umas às outras e os relatos de sofrimento sobre racismo, solidão e poder médico estavam em todas as nossas conversas.

O SUS, como foi dito, é um direito de todos e é dever do Estado promover que todos tenham acesso à saúde. (BRASIL, 1988) Porém, a dificuldade para ter este acesso é muito grande, porque para chegar até os hospitais, é preciso estar na tela de regulação, e muitas vezes

demora muito para chamar a pessoa. A demanda é muito alta, a má gestão do sistema e a falta de recursos também, portanto o atendimento não é como deveria ser.

Lembro-me de cada detalhe do meu internamento e das minhas passagens nos hospitais: me dá uma angústia, me traz revolta, porque mesmo tendo meu tratamento 100% no SUS, entendendo a sua importância e defendendo ele a ferro e fogo, eu tenho diversas críticas a algumas pessoas que trabalha nele, a maneira como as pessoas agem e olham para os pacientes, não como o sujeito que tem a doença, mas olham como a doença que tem o sujeito. (MORETTO, 2001)

Fui encaminhada para fazer o transplante em outro hospital de referência, a maioria dos (as/es) médicos (as/es) que eu tive contato neste hospital eram muito arrogantes. Primeiro você chega e tem uma capela grande logo na frente do hospital, segundo que os (as/es) médicos (as/es) lá nem sabem qual sua religião, mas o discurso religioso católico está presente nas consultas, não dando espaços para que você se sinta à vontade de falar sobre qual religião é a sua, apenas na assistência social, que é feita essa pergunta e penso que talvez seja difícil responder, devido a existência grande da capela, a pessoa automaticamente se sente silenciada em dizer algo, numa tentativa de catequização, como eram feitos quando os portugueses invadiram o Brasil, catequizando os índios e logo depois as pessoas pretas escravizadas, numa tentativa de salvação, já que segundo os portugueses, nem alma eles (as/os) tinham. É como “se está doente, se apague a Deus, vá à missa e talvez você será salva”.

Em uma dessas consultas com a médica, eu quis entender o propósito do transplante porque até um certo momento, eu não estava entendendo, já que mesmo aumentando a porcentagem de chance do câncer não voltar, essa possibilidade ainda poderia acontecer e ainda surgir mais dois tipos de câncer, palavras da própria médica que ficou com raiva da minha pergunta e no meio da resposta, pegou um papel e desenhou, como se eu não tivesse entendendo o que ela estava falando.

Eu entendia o que ela falava, mas o meu não entendimento era sobre os motivos pelos quais eu precisava fazer o que ela estava me explicando, subjugando o fato de que eu não conseguia ter concordância com a fala dela. Quem não estava entendendo era ela, já que não estava no meu lugar para perceber o quão é triste o processo do paciente, que alguns (as/os) pacientes não conseguem ser paciente devido a tantos enfrentamentos do processo. E essa revolta foi porque já tinha sido internada duas vezes para a coleta das células e deu errado em todas duas, então eu já estava cansada do processo, porque em nenhuma das vezes, a culpa foi

minha. Acontece que ela me salvaria do câncer, então qual motivo me levava a fazer uma pergunta tão esdrúxula daquela? (contém ironia)

Isso me deixou imensamente ofendida, porque eles pressupõem que não temos a capacidade do entendimento, mais uma vez minha mãe falou que era técnica de enfermagem e eu falei da minha formação pra ela entender que não éramos leigas e mesmo que fôssemos, poderia ter um jeito menos soberbo para explicar.

O maior suporte e acolhimento que eu tive dentro desse hospital, foi com a psicóloga do hospital, que apesar de ser uma mulher branca, conseguia acolher tudo que eu estava sentindo e era na terapia que eu desabafava sobre esse lugar de ser um corpo em meio a uma doença.

Fui para o internamento, me deixaram em um quarto com uma senhora, dias depois de eu tomar minha medicação, descobriram que ela estava com suspeita de covid e simplesmente me mandaram pra casa, como se eu, minha mãe, minha família não estivesse movimentada em torno disso, até férias minha mãe tirou pra conseguir estar em Salvador, caso eu precisasse ir pra UTI. Mas por negligência deles, que sempre fazem exames do covid, não fizeram na senhora que estava no quarto comigo, eu tive que ir pra casa.

Se eu tivesse de covid, ia contaminar meus familiares? Ia de covid pra casa? Quem ia me levar pra casa se ninguém estava esperando por isso? A sorte era que meu pai mora em Salvador e pôde me buscar, mas como seria para outro alguém? Descobri depois, quando perguntei a um outro médico sobre a situação da moça que estava no quarto quando fui internada e ele disse que o resultado da covid dela tinha dado negativo e mesmo assim, eles não me ligaram pra voltar.

Depois de ter tomado granulokine que é uma medicação para estimular a saída da medula dos ossos para o sangue, no dia, exatamente no dia da coleta, quando estava comemorando que minha medula subiu mais do que esperávamos, a notícia de ter que ir embora chegou. Isso me causou muita revolta porque entendo isso como falta de cuidado. Essas pessoas pensam que precisamos estar disponíveis a todo momento para ter acesso a saúde, é como se não tivéssemos o que fazer além de esperar a hora dos (as/os) médicos (as/os) chamarem novamente.

Um mês depois eu estava de volta para tentar fazer a coleta da medula novamente, então o que eles me falaram era “se sentir dor, pode pedir medicação, não sinta dor não” e começaram a me aplicar a mesma medicação para estímulo da medula. Fiquei de olho em tudo, perguntava tudo e também questionava tudo e por isso as médicas me respondiam com arrogância, porque

não estavam acostumadas a ter pacientes participativos com o tratamento, até porque eu não queria dar uma viagem perdida, mas foi isso que aconteceu, precisei retornar porque minha medula não atingiu os níveis necessários para coleta. Estava cansada, a médica relevava toda minha angústia, porque fazia já 6 meses que eu estava esperando o transplante.

Alguns profissionais de saúde esperam que sejamos passivos diante de tudo que for proposto por eles, como Grada Kilomba (2019) fala quando traz a ideia de máscara utilizada nos povos escravizados, para que estes não comessem a cana-de-açúcar, os frutos e grãos de cacau do seu senhor, sendo este também um objeto de tortura, impedindo a movimentação da língua e mandíbula, destinado para produzir o silêncio, afinal este sujeito preto não tem direito de fala, sendo marcado colonialmente com o lugar do silêncio, este que hoje são feitos de outras formas mais modernas e sutis, promovendo a violência e a violação de direitos, invisibilizando e impedindo que estes sejam sujeitos ativos de seu tratamento, provocando o tempo inteiro, nesse caso, através de medicações e arrogância, o movimento de volta a estrutura do silenciamento, o de não questionar, por isso há a surpresa quando existem pacientes questionadores.

Saí de lá com a certeza que jamais voltaria e que se o câncer quisesse me destruir, que ele me levasse logo porque eu estava cansada de ter que lidar com tanta coisa e tudo que eu sentia ser relevado porque estava “dentro do normal”, “porque tudo é como Deus quer”, “você é uma guerreira, você aguenta, falta muito pouco”, “seja firme, pense positivo, tudo é no tempo de Deus”. Frases como essas me deixam extremamente cansada. Já não aguentava mais ser forte, não aguentava mais ser intitulada como agressiva só porque eu lutava pela minha condição de ser tratada bem em um lugar que é pra prestar cuidados.

Fui buscar minha rede de apoio para me ajudar nesse processo, me cuidei espiritualmente e voltei para tentar dar conta de tudo. A médica disse que não teria mais vaga para transplante naquele momento e eu disse que ela ia precisar achar vaga porque eu não tinha culpa que da primeira vez eles me negligenciaram e eu não iria me responsabilizar por isso. Ela não gostou de eu ter falado que eles foram irresponsáveis comigo e começou a me dizer coisas absurdas.

Porém, entendendo que eu sabia o que estava falando, ela tentou achar uma data para meu tratamento junto com um outro médico e ele até disse “vamos fazer uma reza pra ver se dá certo” e eu disse “mas eu fiz isso mesmo, porque né possível que as coisas não estão caminhando” e ele olhou pra mim e disse “não faça isso não, por favor, vai orar, isso não é coisa que se faça”. Isso pra mim foi intolerante, eu fiquei até sem reação para dar uma resposta.

Essa situação retorna exatamente ao que foi dito lá em cima, sobre a tentativa da catequização para que eu pudesse ser salva, para que meu tratamento desse certo, demonizando a prática da reza das religiões afro descendentes.

Precisei fazer quimioterapia novamente para diminuir minhas células de defesa e depois aplicar o granulokine para as células subirem de vez. Tirei minhas dúvidas e disse que pela tarde eu teria aula, que precisaria ir em casa depois da quimioterapia, pois o lugar que estávamos era próximo, dava pra ir andando e ela disse “mas você não vai poder sair, o hospital não permite, você vai ter que esperar, infelizmente você é uma pessoa que precisa do tratamento, agradeça que muitas gostariam de estar no seu lugar”. Só que eu iria ficar cinco horas esperando até a próxima dose e eu não queria esperar lá, eu disse “mas eu não vivo só de cuidar da minha saúde não, ela é prioridade mas existem outras coisas que também são”, mas de fato, ninguém deixou eu sair.

O paciente oncológico realmente, na concepção de muitas pessoas, principalmente as que eu tive contato, não deve fazer nada na vida além de sofrer pela doença. Seu corpo deve estar dedicado apenas a isso. Tanto que as pessoas me olhavam e diziam “nem parece que você faz tratamento”, foi aprendido que pessoas que fazem tratamento oncológico devem estar com aspectos de tristeza e luto pela vida. Esses profissionais retiram a subjetividade do sujeito nessa situação também e por diversas vezes o coloca no lugar de objeto, não permitindo que estes possam ter outras vivência, apenas sofrer e enfrentar o câncer, esquecendo do adoecimento psíquico que pode afetar essas pessoas, quando reduzidas apenas ao tratamento da doença.

Dias depois, fui internada novamente, que bom que eu estava atenta nesse processo porque me deram medicação errada e iam deixar de aplicar o granulokine por erros médicos, porque a médica do dia mudou meu protocolo. Como eu estava totalmente ligada em tudo que estava acontecendo, eu fui questionar, porém como eu não sou médica, eles não se importaram: “mas a médica disse que era isso mesmo, ela escreveu isso então é isso”. A técnica de enfermagem, quando elas saíram do quarto, olhou pra mim e disse “você tá vendo, tudo é médico, o povo aqui é assim, olha pra nossa cor, você acha que eu tenho voz aqui?”. Como ela viu minha angústia, voltou e fez a chefe dela ligar pra médica que me acompanhava pra ter certeza e realmente eu estava certa, a medicação estava errada e eu deveria tomar outra dose de granulokine.

A Laura Luna (2009, p.322) diz em seu texto, em uma determinada situação em que o paciente estava sentindo muita dor, porém os (as/es) profissionais de saúde não estavam levando a situação a sério, que quando o paciente reclama da medicação, diziam que era pra

doer mesmo, que se fosse bom era sorvete e então para eles entenderem que realmente doía, ele “surtou”, pulava no chão e dava cambalhotas no meio de vários pacientes, gritando que sentia dor e só assim deram notoriedade ao que ele sentia, precisou ele incomodar os outros para não maltratarem novamente e foi isso que aconteceu. Não precisei gritar, mas as pessoas que trabalhavam naquele dia precisaram me ver no nível mais alto de angústia e agonia para notar que possivelmente algo estaria errado e assim buscar resolver. Para eles, eu precisava ser uma paciente passiva, precisava estar controlada.

Enfim, saberes médicos valem mais que qualquer coisa. No outro dia pela manhã chega a médica e diz “olha ela, a garotinha questionadora”, só porque eu reclamei da forma como eles falavam comigo e da situação da medicação. Fico pensando na quantidade de pacientes que confiam a sua vida aos (as/es) médicos (as/es) do hospital, porque existem erros, porém dá pra diferenciar os erros de negligência e falta de atenção.

O transplante foi a fase mais difícil do meu tratamento, porque além de ter sido dolorido, precisei lidar com diversos médicos (as/es) nada empáticos no processo. Durante o internamento para transplantar a medula, eu tive uma crise de ansiedade muito forte. Como não estavam liberando acompanhamento, a enfermeira pediu que a médica me deixasse ter uma, e de fato, eu jamais daria conta sozinha, então minha irmã do meio foi ficar comigo. Fiz seis dias seguidos de quimioterapia e obtive terríveis sintomas porque minha medula estava sendo zerada para colocar uma nova. Alguns profissionais entendem que as pessoas vão dar conta sozinhas, mas é muito fácil falar e não experimentar o caos que é a fase do transplante.



Momentos das fases do transplante

Imagem 6- Recebendo bolsa com plaquetas

Imagem 7- Fazendo quimioterapia a fim de zerar as células de medula

A médica mal passava no quarto e quando passava dizia "tá tudo dentro do esperado, você realmente vai sentir isso". Eram muitas dores, passei dias sentindo dores intensas e a enfermeira disse "como assim não te deram morfina ainda?". Ela foi pedir à médica, que não queria passar, mas liberou por conta das dores. Os outros enfermeiros quando eu relatava sobre a dor, não faziam nada e eu pensei que talvez eu precisasse ter que suportar aquilo, já que eles eram profissionais da saúde, não tinha o que dizer. Por que as médicas (os/es) acreditaram que eu suportaria tanta dor? Eu não conseguia pensar em nada além de racismo, lembrei muito a questão da violência obstétrica causada em maiores proporções em mulheres negras, porque alguns profissionais acreditam por diversas vezes que elas são fortes e que a estrutura do corpo negro foi preparado para que elas tenham o bebê sem a necessidade de medicação para dor. Claro, eu não estava parindo, a situação era diferente, mas até que ponto o olhar de fortaleza sobre meu corpo e de outras pessoas ali não eram vistos assim?

"Pronunciado pelas bocas daqueles que detêm o poder médico, mesmo aquilo que não tem qualquer base científica torna-se científico, justificando, assim, formas discriminatórias e violentas de assistir e intervir. Falas como "mulheres pretas são parideiras por excelência", "negras são fortes, mais resistentes à dor", "negras têm mais leite", "negras são mais resistentes à anestesia", "elas não fazem o pré-natal direito", dentre outras, são reiteradamente pronunciadas, determinam assistência oferecida, sem qualquer crítica ou mesmo constrangimento. Reverberam entre as instituições, entre os profissionais. Ecoam na sociedade. Falas como essas atravessaram também nossos ouvidos. Ouvimos, mas o que escutamos foi racismo!" (CURI et al, 2020, p.160)

Minha pressão desceu para sete por seis, precisei ser monitorada, gemia de dor, não conseguia dormir, tinha dia que iam vários médicos internos e residentes no quarto, como se eu tivesse aceitado aquilo, como se minha doença e minha experiência deitada naquela cama, sem se mover, fosse um evento para o aprendizado deles. Mais uma pessoa preta, jogada no leito de um hospital, tendo o corpo marcado como um nada. Era como faziam as faculdades de medicina, com o estudo de cadáveres de pessoas pretas.

Até para ver a região íntima, chegaram vários médicos, nenhum me pediu permissão, porém a dor era tanta que eu não tinha condições de reclamar. Tanto que hoje eu digo que sou íntima de todos, porque todos me viram literalmente nua.

Me senti estranha, meus cabelinhos da cabeça começaram a cair, dei crise de choro e comecei a puxar todos os fios debaixo do chuveiro, minha irmã que estava me dando banho, não aguentou e me deixou sentada no banquinho debaixo do chuveiro no meio da minha dor por passar por tudo de novo.

Todos têm costumes, porém quando se entra no hospital há uma grande necessidade de se desfazer deles, porque você não entra como um sujeito, mas como paciente de tal leito. (Chiattonne, 1984 apud Campos, 1995). É o que Goffman (1961) diz sobre as instituições totais, enfatizando o aprisionamento do sujeito, a fim de excluí-lo da sociedade de forma temporária ou pelo resto da vida, o tornando submisso, portanto eu não podia ver o céu, não podia sair do quarto, não podia me comunicar com outras pessoas, a comida era horrível, não aguentava mais. Não podia receber visitas, mesmo que à distância. O lugar não pegava internet, ao menos pra me comunicar em casa. A televisão estava quebrada, não sentia ar puro, nada disso, durante um mês inteiro e alguns dias. Fiquei restrita a um quarto, a poucos metros quadrados. Por conta das dores, do medo da morte, parecia que era uma infinidade. Eu só fazia chorar. Fui furada tantas vezes, em uma delas, minha irmã começou a chorar junto porque a enfermeira levou muito tempo procurando a minha veia com a agulha enfiada dentro de mim, até hoje tenho marca disso.

Minha irmã perguntou a médica sobre a medicação que eu estava tomando e porque não tinha melhorado. A médica não sabia nada sobre mim e sobre minha irmã e deu uma resposta grossa, como se a gente não fosse entender, então não precisava explicar direito. Acontece que sabíamos a resposta, mas como ela era a médica, queríamos confirmar e foi com grosseria que a obtivemos, e ainda uma resposta totalmente errada por preguiça da explicação.

Perguntamos a outros profissionais que prontamente explicaram. Essa mesma médica perguntou como foi o transplante e eu disse que estava me sentindo mal e que esperava um dia ser grata porque naquele momento eu só sabia sentir raiva e ela fez um discurso de mais ou menos 30 minutos falando que eu escolhi estar ali, que ela sabia o que a gente sentia e fazia a parte dela, que eu passei por diversos profissionais pra fazer e que eu já estava ciente dos sintomas e não estava entendendo porque eu não tinha gostado, sendo que eu estava fazendo aquilo de forma gratuita. O tamanho do discurso para uma paciente estruturalmente abalada não é algo que deveria acontecer, como se eu tivesse que agradecer por tudo que ela tinha feito.

Estar nesse hospital me adoeceu muito porque a todo tempo eu me questionava se o meu sofrimento era válido e em qual momento eu teria que ser grata, ficava pensando que outras pessoas não tiveram essa mesma oportunidade. Acontece que eu estava ali porque moro em um país em que a saúde é gratuita e eu tenho direito a ter acesso. De fato, precisei me adaptar a isso.

5.2 A importância da psicologia no âmbito hospitalar

A psicologia foi muito desvalorizada nesses hospitais nos quais eu frequentei, mas os profissionais que eu tive contato, mostravam sempre que essa profissão tem seu lugar. As psicólogas só eram solicitadas quando os (as/es) médicos (as/es) precisavam ter o controle do paciente. (MORETTO, 2001) No meu caso mesmo, quando eu disse que não queria fazer o transplante, eles me encaminharam para a psicóloga, porque achavam um absurdo eu desistir de algo que na concepção deles ia me fazer bem. Eu estava destruída, o que ia me fazer bem era deitar e não ter nada da faculdade ou de saúde para resolver. Ainda bem que a psicóloga pôde entender isso.

Apesar dela ser uma mulher branca, ela conseguia me acolher. Eu falava da minha angústia sobre o cabelo, porque mulheres brancas também podem perder o cabelo durante o tratamento, mas a maneira como somos vistas quando ele cresce, traz insegurança, ele não cresce uniforme, não fica bonito como queremos. Relatava da maneira como me olhavam no hospital, do olhar que não era nem um pouco singular dos (as/es) médicos (as/es), que eu não aguentava mais olhar pro lado e ver gente branca sem entender minhas questões. E foi aí que ela apareceu com uma terapeuta ocupacional incrível, uma mulher preta, umbandista, pra fazer uma oficina de turbante comigo, acolhendo o que eu estava sentindo, olhando para meu corpo de outras formas. Essa é uma das grandes situações por parte da psicóloga, porque ela pôde entender seu papel enquanto mulher branca, sabendo que a demanda precisava de um suporte, ela solicitou a presença de alguém que iria entender muito bem o que eu estava sentindo. Isso é chamado de importância de ter figuras de representatividade nos lugares aos quais todos nós frequentamos.



Imagem 8 e Imagem 9- Oficina de turbante

Queria levar o perfume alfazema. A psicóloga disse que eu poderia levar tudo que me fizesse bem, mas com cautela. Eu fui e levei a alfazema. Ela disse que o pessoal no hospital

não acredita nessas coisas tradicionais, como o uso da alfazema, de folhas, de chás e que sempre há um embate para eles entenderem que cada paciente é diferente apesar dos sintomas serem parecidos. Sendo a função da (o/e) psicóloga (o/e) trabalhar no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, como está disposto em seu código de ética (Conselho Federal de Psicologia, 2005), como também estar atenta a dinâmica da instituição, repensando as estruturas de poder e se auto analisando para que não faça parte delas, possibilitando a amenização do sofrimento do sujeito, ajudando a promover um internamento mais leve e confortável para o paciente. Porém é muito difícil quando há pessoas na equipe que reforçam essas estruturas.

Lembro que presenciei uma cena super desconfortável com uma médica, no momento da coleta da minha medula, a psicóloga foi fazer a escuta e a médica perguntou quem tinha autorizado ela entrar, que depois a gente conversava, que aquela não era hora e que ela estava fazendo o trabalho dela. Eu fiquei em choque e na mesma hora tanto eu, quanto a psicóloga virou e disse “isso não é uma conversa, é um atendimento”. Toda respeitosa, a psicóloga se levantou e saiu da sala dizendo que voltaria. E eu fui e perguntei a médica “você não entende a importância de ter uma psicóloga aqui não?” e ela disse que sabia da importância mas que tinha hora pra fazer isso e que aquele não é o momento. Entramos em um grande embate, mas super tranquilo, até porque meu sangue do corpo inteiro estava correndo numa máquina que ela administrava, não sabia o que podia acontecer de tanta coisa que já vivenciei.



Imagem 10 e Imagem 11- Máquina de aférese que filtra o sangue e coleta a medula

No fim, ela não compreendeu e tentou fazer com que seu pensamento estivesse correto e eu quis encerrar a conversa porque vi que realmente se ela era médica, era óbvio que ela sabia mais (contém ironia), ela jamais ia dizer que estava errada.

Torna-se importante destacar que a psicologia é essencial nos hospitais, principalmente por ser um lugar que constantemente objetifica o paciente, sendo este alguém que possui uma subjetividade, que possui uma história, que tem família e amigos e outros afazeres na vida. A psicologia, como deve ser feita, tem o dever de ajudar no resgate disso e não permitir que este paciente seja objetificado, que há a existência da dor psíquica. Isso não significa que não há profissionais que reforcem a objetificação, mas pontuo aqui o que se espera verdadeiramente desse profissional, em sua atuação.

Durante todo esse processo, a acolhida da psicóloga e terapeuta ocupacional me ajudou a persistir durante o meu tratamento, ainda que eu viesse a estar mal com tudo que tinha acontecido durante os anos. Percebi que o saber médico sempre vai ser superior e que vai ser preciso muita luta para conseguirmos chegar até onde sonhamos.

O acolher da psicologia traz uma grande sensibilidade porque durante todo o curso, aprendemos a olhar o sujeito para além do diagnóstico que ele possui, para além dos problemas e acontecimentos em suas vidas e o que me causa medo, é ser sugada por essa estrutura de poder. As pessoas só querem ser ouvidas, querem ser enxergadas, mas infelizmente gente preta não é acolhida e por isso muitas vezes não tem o atendimento necessário para auxiliar no alívio de suas dores. Quando digo isso, não quer dizer que a psicologia é a profissão em que todos os profissionais sabem acolher e se desfazer dos preconceitos estruturais, mas ressalto que a psicologia tem o dever de estimular o bem estar para o paciente, contribuindo no desenvolvimento de recursos de enfrentamento, dando suporte emocional, ou seja, acolher, sem julgamentos o que o sujeito está sentindo.

O racismo provoca grandes adoecimentos psíquicos que fazem com que muitas pessoas se sintam não pertencentes a determinados lugares ou que sejam mesmo invisibilizados neles. Isto aconteceu comigo estando neste hospital. Eu não queria ser pertencente a ele, mas queria não ser objetificada e não queria ver colocarem minhas dores de forma invisível. Era no momento da escuta, que é a principal ferramenta da psicologia, que eu pude chorar e trazer toda dor que eu sentia, aliviando de formas imensuráveis a dor e ânsia que habitava no meu corpo, a dor que não era biológica, mas que existia. Essa psicóloga especificamente, pôde entender de fato aquilo que doía em mim, ela não sabia como doía mas entendeu que tudo

aquilo doía e por isso, ela tentava através de suas ferramentas, me ajudar a buscar o alívio e me fortalecer para enfrentar todo caos que estava sendo o transplante.

Ainda ficamos na expectativa da valorização desse profissional, para além de uma ferramenta da instituição que busca de forma incessante a tentativa de controlar o corpo do paciente a fim de que ele aceite o tratamento do jeito que o (a/e) médico (a/e) acha que deveria ser, mas sim como um profissional que ajuda na promoção do bem-estar, que preza pelo bom acolhimento emocional não invasivo e cuidadoso, entendendo o protagonismo do paciente que algumas vezes não está disposto em manter essa troca em determinados momentos, principalmente quando não sabe qual a função da psicologia naquele contexto.

Por isso a importância de se apresentar quando encontrar pacientes que não consigam compreender, como também pensar em outras possibilidades quando encontrar pacientes em contexto hospitalar que não verbalizam, que utilizam de outras linguagens para a comunicação, como a linguagem corporal. Ou que verbalizam mas não estão bem o suficiente para manter uma troca.

É importante que pensemos também sobre os settings terapêuticos nos hospitais, estes que não são apenas ambulatoriais, mas também que há a existência de atendimentos em leitos, que psicologia se faz onde há sujeitos e se há sujeitos, é possível sim fazer uma intervenção.

Encerro essa parte da discussão trazendo um trecho do livro “Quarto do despejo” de Maria Carolina de Jesus: “A vida é igual um livro. Só depois de ter lido é que sabemos o que encerra. E nós quando estamos no fim da vida é que sabemos como a nossa vida decorreu. A minha, até aqui, tem sido preta. Preta é a minha pele. Preto é o lugar onde eu moro.” (JESUS, 1960, p. 160.) Quando eu pude entender isso, voltei a vida!

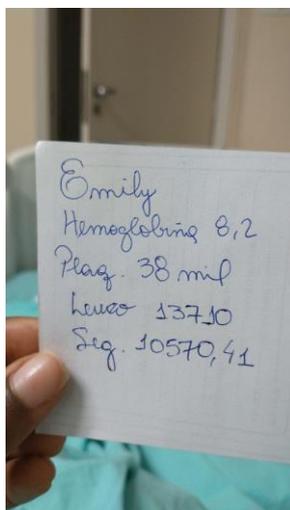


Imagem 12- Voltando à vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

NÃO TÃO FINAIS ASSIM

“Pra que te quero, asas
Se eu tenho ventania dentro?”
(Asas- Luedji Luna)

A vida proporciona tantos caminhos pra gente e muitos deles nos adoecem por inteiro. Nesses quatro anos de tratamento de forma ativa, digo isso, porque continuo em tratamento, afinal paciente transplantada precisa estar constantemente fazendo revisão no hospital, eu pude perceber o quanto a estrutura racista ainda se perpetua, ainda que hoje nós tenhamos discussões sobre o que é racismo e qual o papel das pessoas para fazer o movimento contrário.

Acontece que muitas dessas pessoas obedecem instituições hospitalares em que os cargos altos são ocupados por pessoas brancas que por muitas vezes não conseguem entender seu papel no movimento antirracista, porque a dor do racismo, esta não carrega, esta produz e produzir é muito mais fácil, já dizia o ditado que tanto escuto de minha avó, “quem bate esquece, quem apanha nunca esquece”.

Se tivéssemos grande maioria de profissionais implicados nessa luta, talvez eu e muitas (os/es) pacientes não precisassem passar por tantos caminhos adoeceadores produzidos pelo racismo nos hospitais, ou racismos que vive no cotidiano e na escola, que se intensifica em determinadas vivências, prejudicando o enfrentamento da doença.

Demorei muito para terminar esse trabalho de conclusão de curso, porque precisei retornar a diversos momentos de dores que me causam medo, que me provocaram por diversas vezes crises de ansiedade, que se não fosse a terapia que tenho acesso graças a UFRB, talvez eu não conseguisse continuar a escrever. Enfrentar e reconhecer as violências sofridas, machucam demais. E é por isso que o torna-se negro machuca, porque quando se torna, podemos perceber as violências e preconceitos ao redor, a todo instante, é preciso viver em luta para se desfazer dos estigmas postos sobre nós, pessoas pretas.

Precisei do meu quilombo pro enfrentamento de tudo isso, ainda bem que tive um, afinal nem todos tem uma rede de apoio para ajudar no processo de adoecimento. Afinal, estar nos hospitais, sendo este uma instituição total, que promove o aprisionamento do sujeito, buscando o controle dos corpos, dificultando a existência da subjetividade, é bastante difícil, pois para

esses lugares, apenas o cuidado biológico é válido, é tratar o que se vê, esquecendo das outras demandas que atravessam o sujeito.

“... parece ficar implícito na prática que o importante é apenas salvar a vida do paciente; o resto é adicional e mesmo desnecessário. Não interessam as demandas sociais e psicológicas, já que o paciente nada mais é que um corpo que médicos e enfermeiros são pagos para tratar. Temos com isso uma noção animalizada sobre a vida e a saúde, algo que os princípios do SUS combatem.” (LUNA, 2009, p.317)

Portanto, meu papel enquanto futura psicóloga, além de trazer com a minha pele preta a representatividade, é ter consciência dos espaços em que eu habito, sem esquecer em nenhum momento qual meu papel na instituição, qual meu papel diante do sujeito, afinal nadar contra maré é cansativo e promove angústias, que talvez sejam difíceis de bancar, mas que são necessárias para a promoção de um espaço acolhedor aos pacientes que chegam em busca de um tratamento humanizado, da forma que o SUS propõe, ainda que seja complicado, devido ao sucateamento do sistema, numa tentativa de terceirizar os serviços, mais uma vez tentando deixar de fora, as pessoas que o Jessé Souza nomeia como a ralé brasileira.

É importante estarmos atentos a dinâmica de constituição do sujeito, pensando na situação socioeconômica, como também emocional, fazendo valer seus direitos nas instituições e problematizando com a equipe de trabalho outros caminhos para intervenção deste sujeito, porque por vezes, muitos deles não sabem como reivindicar, quais ferramentas necessárias para isso, e principalmente, não sabem que estão sendo negligenciados, portanto não há denúncia.

Além disso, os próprios interessados, a ralé, por suas condições objetivas, que lhes aprisionam numa eterna busca por remediar as necessidades primárias da sobrevivência, são “amputados” politicamente, ou seja, além de não serem enxergados enquanto classe social, não conseguem articular politicamente suas reivindicações por melhoria no atendimento. Por ironia da “lógica do mundo” moderno, é necessário já ser reconhecido e tratado como indivíduo portador de direitos para de fato conseguir exigir direitos e mudanças. Uma pessoa que se habituou a não ser tratada como cidadã muitas vezes não sabe como exigir benefícios, que apesar de lhe serem garantidos em lei, exigiriam planejamento de ações, disciplina e autocontrole que ela não tem. (LUNA, 2009, p.327)

Por isso, precisamos ser sujeitos políticos e enfatizar que sim, um corpo preto é digno de acolhimento, é digno de cuidados, que este corpo tem história, tem caminhos, por vezes dolorosos, que precisam ser recebidos com atenção e cuidado, como toda pessoa em situação de doença, que a abordagem profissional seja acolhedora, levando a este sujeito um momento de cuidado com esse corpo, sem precisar de intervenções medicamentosas e uso da arrogância destinadas aos controle do sujeito.

Eu, nesse momento, me permito caminhar, vivenciar outras coisas, analisar meus caminhos, entendendo a potência que meu corpo tem, este que me permitiu sobreviver a tantos adoecimentos, estou em busca de grandes recomeços e que nestes, eu possa me debruçar na

resolução de outros problemas, comemorar outras vitórias, que não a da cura do estado de adoecimento biológico.

Recomeços muitas vezes geram medo, porque estamos começando de novo, depois de vivenciar tantas lutas e dores, porém recomeços são necessários, para que a vida continue, para que ela não pare, é surgir novamente depois da dor. “Recomeçar é uma constante na trajetória da vida. Uns ciclos se iniciam, alguns se encerram e outros simplesmente permanecem em aberto. Nem toda circunstância que nos ocorre precisa ser encerrada, mas sempre há espaço para um novo. Para o recomeço.” (LÔBO, 2021, p.9)

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFIA

AGUIAR, T. B. de.; FERREIRA, L. H. Paradigma Indiciário: abordagem narrativa de investigação no contexto da formação docente. **Educar em Revista**, Curitiba, v. 37, 2021.

ASSIS, M. **O Alienista**. São Paulo: FTD. (1882/1994)

BASAGLIA, F. (1985). **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal.

BERTOLINI, Jeferson. **O conceito de Biopoder em Foucault: apontamentos bibliográficos**. ISSN 1984-3879, SABERES, Natal RN, v. 18, n. 3, Dezembro, 2018, 86-100.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência*. Tradução de GERALDI, Gerald. Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Lingüística. **Revista Brasileira de Educação**, 19º Ed. 2002, pp. 20-28.

BORRET, RH; SILVA, MF; JATOBÁ, LR; VIEIRA, RC, OLIVEIRA, DOPS. “A sua consulta tem cor?” - Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade - um relato de experiência. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2020;15(42):2255. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2255](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2255)> Acesso em: 11 de março de 2022.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BRASIL. **Constituição Federativa da República do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 11 de março de 2022.

BRASIL. **Lei nº12.288, de 20 de julho de 2010**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm> Acesso em: 11 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde- Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1 ed, Brasília/DF, 2013.

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

BRASIL. **Em seus 12 anos, UFRB comemora maioria negra e pobre no ensino superior**. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2017. Disponível em: <<https://ufrb.edu.br/portal/noticias/4800-em-seus-12-anos-ufrb-comemora-maioria-negra-e-pobre-no-ensino-superior>> Acesso em: 26 de janeiro de 2022.

CERQUETANI, Samantha. Vidas negras importam? **UOL**, 18 de fevereiro de 2021. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/reportagens-especiais/saude-da-populacao-negra/>>. Acesso em: 27 de maio de 2022.

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia hospitalar : a atuação do psicólogo em hospitais** / Terezinha Calil. Padis Campos. São Paulo : EPU, 1995.

CARVALHO, Marco Antônio. 75% das vítimas de homicídio no país são negras, aponta Atlas da Violência. **O Estado de São Paulo**. 2019. Disponível em: <<https://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,75-das-vitimas-de-homicidio-no-pais-sao-negras-aponta-atlas-da-violencia,70002856665>> Acesso em: 11 de março de 2022.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. **A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014, p.1065-1076.

CLANDININ, D. Jean; CONNELLY, F. Michael. Pesquisa narrativa: experiência e história em pesquisa qualitativa. Tradução: Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILEEI/UFU. Uberlândia: EDUFU, **R. Educ. Públ. Cuiabá**, v. 21, n. 47, 2012, p. 663-667.

CONCEIÇÃO EVARISTO| ESCREVIVÊNCIA. **Leituras Brasileiras**. YOUTUBE, 2020, 23:18. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=QXopKuvxevY>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Código de ética profissional do psicólogo**. Resolução cfp nº 010/05. 2005

CRP-PR. **Caderno de psicologia e relações étnicos-raciais: diálogos sobre o sofrimento psíquico causado pelo racismo**/Bruno Jardini Mäder (org.)- Curitiba: CRP-PR, 2016.

CURI, Paula Land; RIBEIRO, Mariana Thomaz de Aquino; MARRA, Camilla Bonelli. **A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS**. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; Rio de Janeiro, 72 (no.spe.): 156-169. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v72nspe/12.pdf>. Acesso em: 04 de julho de 2022.

DICIONÁRIO inFormal (SP). **Nigrinha**. 2008. Disponível em : <https://www.dicionarioinformal.com.br/nigrinha/>. Acesso em: 05 de julho de 2022.

DOS SANTOS, Robson. Interações, poder e instituições totais: a narrativa de Primo Levi e a microsociologia de Erving Goffman. **Rev. Sociol. Polit.** 17 (34) • Out 2009, p. 236. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0104-44782009000300016> > Acesso em: 27 de janeiro de 2022.

EVARISTO, Conceição (2007). **Da grafia-desenho de minha mãe, um dos lugares de nascimento de minha escrita**. In: Alexandre, Marcos A. (org.) *Representações performáticas brasileiras: teorias, práticas e suas interfaces*. Belo Horizonte: Mazza Edições, p. 16-21.

FANON, Frantz. A mulher de cor e branco. **Pele negra, máscaras brancas** / Frantz Fanon ; tradução de Renato da Silveira . - Salvador : EDUFBA, 2008.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Rio de Janeiro: Vozes, 2009

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: Machado R, organizador. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal; 1984. p. 99-111.

FREYRE, G. **Casa grande & senzala**. Rio de Janeiro (RJ): José Olympio; 1969.

FURTADO, Rafael Nogueira Furtado; CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Rev. Subj.** vol.16, no.3, Fortaleza, 2016.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Coleção: Debates/ Direção: J. Guinsburg. Tradução: Dante Moreira Leite; Revisão: Antenor Celestino de Souza. Editora: Perspectiva, 1961.

HYDÉN, L. **Illness and narrative**. *Sociol Health Illn* 1997; 19(1):49-64

IBGE. **Informação Demográfica e Socioeconômica**, v. 12, n. 81, Complemento 2, Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=2101681>>. Acesso em: 11 de março de 2022.

IBGE, **Diretoria de pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por amostras de Domicílios Contínua, 2012-2019**, 2019a Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>>. Acesso em: 11 de março de 2022.

INFOSAJ, Tv Recôncavo. **Em Santo Antônio de Jesus, 100% dos mortos pela polícia foram negros, é o que diz pesquisa do Fórum Brasileiro de Segurança Pública em 2021; veja mais**, 2022. Disponível em: <<https://infosaj.com.br/em-santo-antonio-de-jesus-100-dos-mortos-pela-policia-foram-negros-e-o-que-diz-pesquisa-do-forum-brasileiro-de-seguranca-publica-em-2021-veja-mais/>> Acesso em: 24 de abril de 2022.

JESUS, Carolina Maria de. Quarto de despejo. São Paulo: Francisco Alves, 1960, p. 160.

KALCKMANN, Suzana; SANTOS; Claudete Gomes dos; BATISTA, Luís Eduardo; CRUZ, Vanessa Martins da. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde soc.** 16 (2). Ago, 2007 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>> Acesso em: 11 de março de 2022.

KILOMBA, Grada. **Memórias de plantação: Episódios de racismo cotidiano**. Trad. Jess Oliveira. 1, Ed. Rio de Janeiro: Cobogodó, 2019.

LOPES, F. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**. Saúde da População Negra no Brasil - contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2005.

LÔBO, Jéssica. Prefácio. NERI, Marília. **Outros caminhos** / Marília Neri; ilustração Laila Morgana. – Santo Antônio de Jesus, BA: Editora Bagageiro, 2021.

LUNA, Lara. “Fazer viver e deixar morrer”. Org. SOUZA, Jessé. **Ralé brasileira : quem é e como vive** / Jessé Souza; colaboradores André Grillo ... [et al.] — Belo Horizonte : Editora UFMG, 2009, p. 305-327.

MARQUES, Marília. **A cada 23 minutos, um jovem negro morre no Brasil', diz ONU ao lançar campanha contra violência.** G1 DF, 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/a-cada-23-minutos-um-jovem-negro-morre-no-brasil-diz-onu-ao-lancar-campanha-contra-violencia.ghtml>> Acesso em: 11 de março de 2022.

MBEMBE, Achille. Necropolítica*. Arte & Ensaios. **Revista do ppgav/eba/ufrj**, ed. 32, 2016.

MEIADO, Adriano Campos; FADINI, João Paulo. O papel do psicólogo hospitalar na atualidade: um estudo investigativo. **Rev. científica das Faculdades Integradas de JAHU**, 2014.

MINAYO, MCS. **O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 14th ed. São paulo: Hucitec; 2014.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MONTEZUMA, Márcia Amaral. **A clínica na saúde mental.** [S.l.: s.n.], s.d., p.133- 136.

NASCIMENTO, Abdias do. **O Genocídio do Negro Brasileiro: processo de um racismo mascarado.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978, pp.41 e 92.

QUEIROZ, Josiane Mendes de. Mulher Negra e a Escravidão: Entre Dilemas e Desafios. In: **Seminário internacional enlaçando sexualidades**, 5, 2017. Anais... Campina Grande (PB), 2017. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/enlacando/2017/TRABALHO_EV072_MD1_SA30_ID706_19072017171326.pdf> Acesso em: 11 de março de 2022.

RESK, Felipe. Negro tem 2,6 vezes maior risco de ser assassinado no Brasil, diz Atlas da Violência. **O Estado de São Paulo.** 2021. Disponível em: <<https://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,no-brasil-negro-tem-2-6-vezes-mais-chance-de-ser-assassinado-aponta-atlas-da-violencia,70003826150>> Acesso em: 11 de março de 2022.

ROCHA, Renan Vieira de Santana; CORREIA, Wesley Barbosa; TAVARES, Jeane Saskya Campos. Da biopolítica à necropolítica: veredas decoloniais entre Michel Foucault e Joseph-Achille Mbembe. **Anãnsi: Revista de Filosofia**, Salvador, v. 1, n. 2, 2020.

ROSA, Guimarães. **Grande Sertão: Veredas.** 1 ed. Editora: Nova Aguilar, 1994.

RUSSO, Renato ; LOBOS, Dado Villa; BONFA, Marcelo. Será. **In: RUSSO, Russo.** Legião Urbana. EMI-Odeon, 1985.

SEIXAS CT et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface (Botucatu).** 2019; 23:e170627 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.170627>> Acesso em: 15 de março de 2022

SILVA, Ana Célia da. A desconstrução da discriminação no livro didático. **Superando o Racismo na escola.** 2ª edição revisada / Kabengele Munanga, organizador. – [Brasília]:

Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2005, p. 21-34.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. A pesquisa científica. **Métodos de pesquisa**/Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira (Orgs); coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009, p- 31-42.

SISMMAC. A cada 23 minutos morre um jovem negro no Brasil. **Além dos muros da escola**. 2020. Disponível em: <<https://sismmac.org.br/noticias/10/alem-dos-muros-da-escola/8938/a-cada-23-minutos-morre-um-jovem-negro-no-brasil>> Acesso em: 11 de março de 2022.

SOARES, Lissandra Vieira; MACHADO, Paula Sandrine. “**Escrevivências**” como **ferramenta metodológica na produção de conhecimento em Psicologia Social**. *Psicologia Política*, 17(39), 2017, p. 203-219.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro**. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1983, p. 6.

TRINDADE, Cristiano Santos. **A importância do acolhimento no processo de trabalho das equipes de saúde da família**. NESCON- Curso de Especialização em atenção básica e saúde da família. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2303.pdf>> Acesso em: 31 de janeiro de 2022.

UNIVERSIDADE Livre Feminista. **Me gritaram negra, poema de Victoria Santa Cruz**. 2015. Disponível em: <<https://feminismo.org.br/me-gritaram-negra-poema-de-victoria-santa-cruz/18468/>> Acesso em: 14 de junho de 2022.