

EDUCAÇÃO POPULAR E RACISMO NO CAMPO DA SAÚDE

Popular education and racism in the health field

Gabriel Nascimento Felix
Graduando em Psicologia
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Contato: felix-gn@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0174-3169>

Resumo: Neste estudo teve por **objetivo** analisar a comunicação de caráter pedagógica entre profissional/usuário, a implicação do racismo estrutural que se encontra presente nesta práxis e sua implicação no vínculo. *A priori*, será imprescindível conceituar o racismo estrutural e teorizar sua implicação no âmbito na saúde, também a prática da educação em saúde como artifício à promoção do cuidado ético-político. Ademais, enquanto artifício presente nos atendimentos, que tensiona com o racismo estrutural e o sofrimento ético-político, será tentada uma articulação teórica que sustentará o objetivo. Assim, será feita uma breve contextualização do racismo estrutural, pela obra de Silvio Almeida, *Racismo Estrutural*, e a educação popular como práxis formativa de cuidado e vinculação respeitosa e empática, presente na obra de Paulo Freire, *Educação como prática da liberdade*. A **metodologia** realizada foi através de um trabalho teórico-conceitual de cunho epistemológico sobre os consultórios, apresentando as falhas dialógicas na comunicação, o sentimento de inferiorização do negro, a produção de um sofrimento fruto do antidiálogo paulofreiriano e as formas de resistências e ludibriações contra hegemônicas. No desenvolvimento será discorrido a experiência do racismo no campo da saúde como formadora concreta de um sofrimento ético-político, que orienta a relação hierárquica de poder geradora de vergonha, afeto que traduz um sentimento norteador à inferioridade. Sobretudo, um impacto na subjetivação dos usuários e profissionais negros, a saber das possíveis implicações do racismo no campo da saúde. Nos **resultados e discussões** foi percebido a possível ausência de um caráter pedagógico na comunicação entre profissional/usuário e a produção de um sofrimento específico à está a liabilidade, qualificada por um racismo estrutural que obstrui a vinculação, através de desconfiabilidade, antidiálogo e verticalidade. Na **consideração final**, dada a ênfase ao referencial bibliográfico paulo freiriano e fanoniano, os quais propõem princípios na comunicação em saúde utilizando-se de horizontalidade, dialogicidade e promoção de autonomia, propor o antirracismo como instrumento possível para o estabelecimento de vínculo com teor ansiogênico mínimo e de maior eficácia na práxis pedagógica nos atendimentos. Em adjunção, maior confiabilidade na vinculação terapêutica e, desta maneira, maior êxito frente às queixas, mesmo que, estritamente, biológicas. Também, o artigo considera o recurso político como engrenagem para o avanço identitário em prol de uma consolidação de equidade maior no tratamento clínico.

PALAVRAS-CHAVE: Racismo. Educação popular. Atendimento médico. Sofrimento ético-político.

Abstract: The **objective** of this study was to analyze the pedagogical communication between professional/user, the implication of structural racism present in this praxis, and its implication on the therapeutic bond. Primarily, it will be essential to conceptualize structural racism and theorize its implication in the realm of health, as well as the practice of health education as a means to promote care. Furthermore, as an instrument present in healthcare services, which would tensionate structural racism and ethical-political suffering, a theoretical articulation between the elements will be necessary to support the objective. A brief contextualization of structural racism will be provided, drawing from Silvio Almeida's work, "**Racismo Estrutural**," and popular education as a formative praxis of caring and respectful empathetic connection, as presented in Paulo Freire's work, "**Educação como prática da liberdade**". The **method** will be carried out through a theoretical-conceptual work of epistemological nature regarding medical care in clinics, presenting dialogical failures in communication, the feeling of black inferiorization, the production of suffering resulting from the lack of dialogue in the spirit of Paulo Freire and the way there's resistance towards oppression. The **development** will elaborate on the intersectional experience as a concrete formative factor of ethical-political suffering, which guides the hierarchical power relationship that produces shame, an affection that translates a feeling of direction towards inferiority. Above all, an impact on the subjectivation of the black users and professionals, in light of the possible implications of racism in the therapeutic bond, will be discussed. In the **Results and discussions**, the absence of a pedagogical character in the communication between professional/user will be perceived, as well as the production of a specific suffering related to this liability, characterized by structural racism that obstructs bonding through distrust, lack of dialogue, and verticality. In the **final consideration**, emphasis will be given to the Paulo Freirean and Fanonian bibliographic references, which propose principles in health communication using horizontality, dialogicity, and promotion of autonomy, suggesting anti-racism as a possible instrument for establishing bonds with minimal anxiety-inducing content and greater efficacy in pedagogical praxis in healthcare services. Additionally, greater reliability in therapeutic bonding and, thus, greater success in addressing complaints, even if strictly biological. That is, the article also considers political resources as gears for identity advancement towards a greater consolidation of equity in treatment.

KEYWORDS: Racism. Popular education. Medical care. Ethical-political suffering.

Introdução

A preceito da discussão acerca da introdução do racismo na comunicação e educação em saúde, *a priori*, é requisitada a conceitualização do que é denominado de racismo. Também, em qual tangenciamento este conceito se converge com o termo "racismo estrutural". Portanto, Almeida infere que "o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam".¹ Dito isso, é notável que a raça se expressa como categoria de condição fundante na discussão do racismo. E que, a partir, da hierarquia racial, ou seja, na estruturalização de uma humanidade categorizada em raças com sistema de

¹ Almeida, S. Racismo Estrutural, p. 22.

valor atribuído, a relação sistemática de discriminação se estabelece ornamentando privilégios para um grupo específico em detrimento de outros.

Dessa maneira, o conceito de raça impera uma contextualização histórica. A universalidade, construção fictícia europeia, é impulsionada pelo iluminismo, período histórico do século XVIII, fomentado por uma disputa política em prol da dominação discursiva pela racionalização e que utilizou como ferramenta fundamental a racialização. Isto é, “o iluminismo constituiu as ferramentas que tornariam possível a comparação e, posteriormente, a classificação, dos mais diferentes grupos humanos com base nas características físicas e culturais”.² Portanto, como postula Almeida, “O homem do iluminismo não é apenas o sujeito cognoscente do século XVII celebrizado pela afirmação cartesiana penso, logo existo: é também aquilo que se pode conhecer; é sujeito, mas também objeto do conhecimento” (ALMEIDA, 2019, p. 18-19). Dito isso, este “Homem” é configurado, sobretudo, por uma tentativa de intelectualização da experiência humana, visando discernir-se do absolutismo vigente. E nele foi incutido um seriado imagético, construído por um mosaico de características homólogas a figura de maior poder político: o homem branco, burguês, heterossexual, cisgênero, sem deficiências e sem patologias seja do plano físico ou mental. Àqueles que se discernem deste imagético não são beneficiados por uma semiótica iluminista, a qual tem “(...) em suas múltiplas facetas e diferenças enquanto ser vivo (biologia), que trabalha (economia), pensa (psicologia) e fala (linguística)”.³

Dito isso, a correlação entre raça e racismo é elucidada como uma ferramenta etnico-política que se perpetua e adentra uma dimensão organizadora da sociedade.

Desse modo, pode-se concluir que, por sua conformação histórica, a raça opera a partir de dois registros básicos que se entrecruzam e complementam: como característica biológica, em que a identidade racial será atribuída por algum traço físico, como a cor da pele, por exemplo; como característica étnico-cultural, em que a identidade será associada à origem geográfica, à religião, à língua ou outros costumes, “a uma certa forma de existir (ALMEIDA, 2019, p. 21-22).

Visto isso, em deslize inevitável consequente da História, tratamos do que Almeida (2019) denomina de “racismo estrutural”. Isto é, mencionado que, consoante a ótica da racialização, verificar as dimensões que o racismo contamina é analisar que ele está sobreposto à esfera individual, enraizado nos pilares do modo de socialização da sociedade. Essa definição ajuda a compreender que as instituições são racistas e que a sociedade foi erguida sob os alicerces das desigualdades. O racismo estrutural, segundo o autor,

² Idem, *Ibidem*.

³ Almeida, S. *Op.cit.*, p. 19.

transcende o âmbito da ação individual, e, segundo, ao frisar a dimensão do poder como elemento constitutivo das relações raciais, não somente o poder de um indivíduo de uma raça sobre outro, mas de um grupo sobre outro, algo possível quando há o controle direto ou indireto de determinados grupos sobre o aparato institucional (ALMEIDA, 2019, p. 31).

Desse modo, se faz necessário apreender a discussão de racismo estrutural, ao propor a correlação com o conceito de “campo” que, segundo Bourdieu (1983, p. 89), são “espaços estruturados de posições (ou de postos) cujas propriedades dependem das posições nestes espaços (...)”. O campo da saúde, portanto, se manifesta a partir das relações daqueles que o compõem. Dito isso, se houver um negro nesse campo, é viável a inferência da inscrição do racismo estrutural. Nessa direção que se estabelece um parâmetro de análise estrutural do racismo, como “uma posição que sujeitos que ocupam esta posição foram sistematicamente privilegiados no que diz respeito ao acesso a recursos materiais e simbólicos, gerados inicialmente pelo colonialismo e imperialismo, e que se mantêm e são preservados na contemporaneidade” (SCHUCMAN, 2012, p. 23).

Os estudos estruturalistas de Lévi-Strauss nos permitem a validação de uma ação gerenciada por uma estrutura, que em instância de incidência máxima, anula a individuação sobre premissa do “suporte de estruturas que agem em seu lugar” (SAFATLE, 2017, p. 28). Nos indivíduos, se é reiterado uma ausência de gerenciamento autônomo completo em uma conduta realizada. Portanto, a conduta é outrora parcialmente quista outrora maiormente inconsciente, dado que “o inconsciente é a linguagem (enquanto ordem que organiza previamente o campo de toda experiência possível)” (SAFATLE, 2017, p. 30). É nisto, que se faz inconsciente, que a estrutura age mais incidentemente, propondo tanto uma falsa noção de desresponsabilização quanto um agir “não intencional”. Em contexto, visto a estrutura racista do campo da saúde, quero dizer, que comumente o profissional e o próprio usuário podem ser involuntariamente racistas e/ou afetados pelo racismo. Contudo, o atravessamento por uma ameaça à integridade é, interseccionalmente, exacerbada sob o usuário, visto que a figura do profissional detém maior poder. Com isso digo que, sim, um profissional da saúde negro sofre racismo no seu campo de atuação, entretanto, o usuário negro é ainda mais violentado. Vejamos *a posteriori*.

Campo da Saúde e Racismo

A socialização no campo da saúde inicia-se no contato do usuário com o profissional, que adjetiva a patologia do primeiro para além de sua aparição ora estritamente física ora

estritamente mental. Isso nos evidencia que há, de certo modo, uma tangência nesse contato que surpasse a materialidade genealógica da patologia, que, então, faz-se adentrar na dimensão do subjetivo. Quero dizer, “O corpo é imaginante e memorioso, de forma que suas afecções atuais são originadas na interação de nosso corpo com outros corpos, no passado e no presente e estão presentes na mente na forma de imagens, emoções e ideias” (ESPINOSA, 1957, livro II, *APUD* SAWAIA, 2001, p. 129).

O poder biomédico concedido pela instituição do Hospital antecede a necessidade de um cuidado paliativo e terapêutico por parte do enfermo. Quero dizer, para Canguilhem (1943), o patológico, contra-força do vitalismo dominante, ou seja, da forma performática normativa de uma expressão de bem-estar que condiz com a estrutura social, inclina-se também aos ideais morais e éticos que impõe ao enfermo o desejo de “voltar ao normal”. É a institucionalização desse desejo, no Hospital, que faz com que esse espaço propriamente detenha, em disposição concreta, a expectativa essencial do enfermo: performar normativamente. É a partir, desse jogo pendular, dialético entre normal e patológico, que a figura do profissional cristaliza uma posição hierárquica de poder, aquele que porta a “cura”.

Apesar de que a condição de enfermo, para Canguilhem (1943), detenha uma norma de vida inferiorizada, performando sua inferioridade no exercício de sua patologia, a cura, de caráter sociológico, representaria o poder de normatizar algo. Ora, é de supor que a cura possivelmente signifique pôr em validação uma *nova* forma de exercício da expressão de enfermidade, que por sua vez, ao ser aceita na socialização e individuação, tornaria-se uma prática moral e ética permitida. Assim, na tentativa de promoção da saúde, existe a manutenção e retaliação de interesses que partem dos processos de socialização e individuação e, portanto, da formação dos laços sociais no *ethos* (ética-moral) e na *politeia* (política). Contudo, é nesse hiato entre o indivíduo e o social que se sustenta o compromisso social e, também, nesse mesmo interstício que se manifesta o sofrer. Desta maneira, o elemento ético-político é síncrono ao modo de sociabilidade nos atendimentos, na assunção hierárquica pressuposta em uma posição do profissional face ao enfermo. E, nessa direção, o sofrer, produto do laço, é de caráter ético-político.

O sofrimento é a dor mediada pelas injustiças sociais. É o sofrimento de estar submetida à fome e à opressão, e pode não ser sentido como dor por todos. É experimentado como dor, na opinião de Heller, apenas por quem vive a situação de exclusão ou por “seres humanos genéricos” e pelos santos, quando todos deveriam estar sentindo-o, para que todos se implicassem com a causada humanidade.⁴

⁴ Sawaia, Bader. *As Artimanhas Da Exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social*, p. 104.

Justamente pela conduta racista sutilmente presente na própria estrutura dos laços sociais do contemporâneo desde a interferência colonial sob os corpos, razões (filosofias, espiritualidades, etc) e culturas africanas, o poder conferido à figura do profissional, condensado na cura, mais fomentou uma patologização do negro que lhe sanou de seu adoecimento. É isto que o médico negro, Fanon, relata em sua práxis profissional que, até hoje, ressoa no contemporâneo.

O que quer dizer que, ao lado de pessoas normais que se comportam sadiamente, segundo uma psicologia humana, existem outros que se comportam patologicamente, segundo uma psicologia inumana. E acontece que a existência desse tipo de homens determinou um certo número de realidades, para a liquidação das quais queremos aqui contribuir (FANON, 2008, p. 45).

É nessa direção que se inscreve no Hospital, campo de socialização extra e intra-espacial, um ofício de normatização da vida. E, que não se desvinculando do racismo estrutural, não escapa a incumbência racista de patologizar o modo de viver do negro. As questões, norteadoras para o artigo, são: de que jeito? E como a educação popular responde a isto?

É praticado no campo da saúde, pelo profissional que é “tão pouco científico quanto o investigador que negligencia o controle das condições que podem afetar seu experimento”⁵, um modo operacional escasso de intercâmbio de saberes entre usuário e profissional por uma negligência em considerar uma horizontalidade na comunicação. Portanto, subjaz uma verticalidade que, segundo Paulo Freire, culmina no antidiálogo, isto é, não há comunicação, faz-se comunicados (FREIRE, 1967). Não obstante, é exposto a ausência de criticidade da práxis da educação em saúde inexorável à diagnosticção. E, ainda, se é articulado a irredutibilidade da participação do usuário a meras respostas simplistas, que não dizem de uma totalidade biopsicossocial do sujeito. O impacto disso é um silenciamento simbólico, “(...) impondo ao homem mutismo e passividade, não lhe oferece condições especiais para o desenvolvimento ou a “abertura” de sua consciência (...)” (FREIRE, 1967, p. 54) sobre seu processo de adoecimento. Ora, isso “ (...) faz de quem recebe a assistência um objeto passivo, sem possibilidade de participar do processo de sua própria recuperação” (FREIRE, 1967, p. 56). Em cadência, suscita-se uma precipitada e inconsiderável oferta de medicamentos. Esses profissionais, destarte,

Defendem uma democracia sui generis em que o povo é um enfermo, a quem se aplicam remédios. E sua enfermidade está precisamente em ter voz e participação. Toda vez que tente expressar-se livremente e pretenda participar é sinal de que continua enfermo, necessitando, assim, de mais “remédio”. A saúde, para esta

⁵ Peabody, F. The care of the patient, p. 877-882.

estranha democracia, está no silêncio do povo, na sua quietude” (FREIRE, 1967, p. 54).

A objetificação do usuário, quando este é negro, retoma uma acuidade maior visto o imaginário racista do negro intelectualmente infantil (FANON, 2008). Dito isso, portanto, é delimitado ao negro uma “paternalização”, como relata Fanon (2008, p. 44),

Não estamos exagerando: um branco, dirigindo-se a um negro, comporta-se exatamente como um adulto com um menino, usa a mímica, fala sussurrando, cheio de gentilezas e amabilidades artificiosas. Não observamos este comportamento em apenas um branco, mas em centenas; nossas observações não se concentraram em apenas uma categoria mas, valendo-nos de uma atitude essencialmente objetiva, quizemos estudar este fato junto a médicos, agentes de polícia, empreiteiros nos canteiros de obras.

Sem embargo, a infantilização, ocasiona um senso de urgência da saída do negro dos consultórios. É caricaturizado a imagem do negro, transmitindo-o um sentimento de vergonha, estes que são apresentados “(...) como sentimentos morais generativos e ideologizados com a função de manter a ordem social excludente, de forma que a vergonha das pessoas e a exploração social constituem as duas faces de uma mesma questão”⁶, que implica no seu desejo de saída iminente. Essa estruturação respalda um sentimento recorrente de exclusão includente:

A sociedade exclui para incluir e esta transmutação é condição da ordem social desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão. Todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações, que se desdobram fora do econômico (SAWAIA, 2001, p. 8).

Afinal, é do *ethos* e da *politeia* que se tece a práxis da saúde e que é feito os laços sociais que ditam e ordenam o diálogo ou anti-diálogo paulofreiriano, em conseguinte, as manifestações possíveis nas relações de poder. “Em síntese, Espinosa apresenta um sistema de ideias onde o psicológico, o social e o político se entrelaçam e se revertem uns nos outros, sendo todos eles fenômenos éticos e da ordem do valor” (SAWAIA, 2001, p. 101). Desse modo, a saber, as relações de poder podem interferir nas afecções do corpo, ao mesmo tempo as ideias dessas afecções, aumentando ou diminuindo, secundarizando ou reprimindo-as (ESPINOSA, 1957: 144). Isto possibilita no espaço dos atendimentos uma peculiaridade própria ao dinamismo psicossocial, que pode recair na dominação ético-política do usuário, em especial o negro. Também, uma dificuldade de respeito do usuário visto o corpo do profissional negro. Então, pode-se ocasionar uma insegurança na confiabilidade da assertividade do processo de diagnóstico, resultando em processos ansiogênicos e o acréscimo de queixas retificadas pelo antidiálogo, por ambas as partes.

⁶ Idem, Op.cit., p. 102.

Não meramente, é percebido na literatura uma indiferença da consideração histórica-social da racialidade e dos impactos desta na vida do negro, a qual consolida um acréscimo ao processo de imposição simbólica de passividade pré-definida sob o usuário, que é, frequentemente, vertical e antidialógica. Ou, nesta recusa da aderência do tratamento, advinda do usuário racista ao profissional negro. Nesse sentido, Paulo Freire pensa em uma descolonização crítica dos sujeitos.

Por uma nova sociedade, que, sendo sujeito de si mesma, tivesse no homem e no povo sujeitos de sua História. Opção por uma sociedade parcialmente independente ou opção por uma sociedade que se “descolonizasse” cada vez mais. Que cada vez mais cortasse as correntes que a faziam e fazem permanecer como objeto de outras, que lhe são sujeitos (FREIRE, 1967, p. 35).

Re(existência), Saúde e Educação

A permanência da produção maquínica do sofrimento ético-político, em especial, a corpos negros, não à toa, se fixa na continuidade do modo de viver específico e gramático às instituições normativizadoras da vida. Contudo, não ingenuamente, nos é concebido que o tensionamento reorganizador das relações sociais produz transformação, ao adentrarmos, segundo Freire (1967) em uma fase de “consciência transitória”. O fator de impenhência para isso se deve, dentre muitas outras variáveis, à consciência histórica e à coletividade.

A instauração do conflito afetivo adjunto a hierarquização identitária é instigada pela desresponsabilização do Estado, enquanto instituição designada a mediação das relações de poder, e que, não ao acaso, individualiza o sofrimento ético-político. A reiteração da economia como constituinte fundamental para a exclusão emana a culpabilização individual, por uma consonância neoliberal (JUNIOR, 2022), na inscrição subjetiva da impossibilidade de auto-gestão de si como análogo ao fracasso. Mesmo a saber que a ausência de recursos materiais-capitais, retroalimentada pelo sofrimento ético-político, restringe o exercício da autonomia e, em consequente, da própria articulação com a subversão e resistência política. A autonomia envolve muito mais que um simples poder de escolha, porque o contexto social, as relações interpessoais, o posicionamento socioeconômico e geográfico, muitas vezes, restringem a ação. Ora,

(...) a discriminação atua diferenciando, entre os grupos étnico-raciais, as probabilidades de acesso aos ativos econômicos e mecanismos favorecedores à mobilidade social ascendente: empregos, crédito, propriedades, terra, educação formal, acesso às universidades, qualificação profissional, treinamentos no emprego (job-training) (ALMEIDA, 2019, p. 103-104).

Por isso, Sawaia propõe, em contramão, uma perspectiva em que “A exclusão vista como sofrimento de diferentes qualidades recupera o indivíduo perdido nas análises

econômicas e políticas, sem perder o coletivo. Dá força ao sujeito, sem tirar a responsabilidade do Estado”.⁷ Em casos de exclusão social e opressões estruturadas e sistemáticas, a autonomia é muito mais um artigo de discurso que de prática efetiva, somente acessada a partir de atos emancipatórios. Portanto, para que se alcance uma posição autônoma é preciso desmembrar tais restrições. Dito isso, a participação social e em comunidade nos evidencia uma alternativa, “na qual o ‘nós’ se sobrepõe ao ‘eu’ de cada um, sem que haja, no entanto, perda de identidade do sujeito” (MORETTO, 2007, p.31).

A desrealização da responsabilidade do Estado em prover uma normatividade que inclua os processos raciais no campo da saúde não meramente ultrapassa a alienação das sociedades (FREIRE, 1967), também a noção individualizada de conformidade social. Afinal, o sujeito “(...) não é uma mônada responsável por sua situação social e capaz de, por si mesmo, superá-la. É o indivíduo que sofre, porém, esse sofrimento não tem a gênese nele, e sim em intersubjetividades delineadas socialmente”.⁸ A reorganização, enquanto ato de (re)existência, daqueles que se compreendem prejudicados pelos modos de sociabilidade hegemônicos perpassa a conscientização de si, do outro e do coletivo, isto é, “O estado e as palavras são igualmente expressões da prática dos homens, e conscientizar é assumir a consciência deste fato” (FREIRE, 1967, p. 19). Desta maneira, é uma constante luta, que como diz Bourdieu,

(...) a luta coletiva pela subversão das relações de forças simbólicas – que tem em vista não a supressão das características estigmatizadas mas a destruição da tábua dos valores que as constitui como estigmas – que procura impor senão novos princípios de di-visão, pelo menos uma inversão dos sinais atribuídos às classes produzidas segundo os antigos princípios, é um esforço pela autonomia, entendida como poder de definir os princípios de definição do mundo social em conformidade com os seus próprios interesses (BOURDIEU, 1989, p. 124-125).

Deste modo, a conjuntura socioeconômica que tanto nos impossibilita, restringe de autonomia, sucumbe, mesmo que lentamente, à construção política de uma identidade. A isto, Antônio da Costa Ciampa (2002) denomina de construção de uma Identidade Política que rompe com o dualismo, integrando diferença e igualdade visando a emancipação coletiva. Isto envolve a coletivização da luta e estabelecimento de vínculos a partir de ideias ou causas comuns, sem que sejam impostas normatividades. Assim cada sujeito, de fato, exerce autonomia e constroi laços comunitários, ao tempo em que se individualiza.

A comunicação na saúde que preceitua um diálogo, concebido por Paulo Freire, que permite que o negro integre uma dialética entre o Eu e o Outro e, concomitantemente, sua

⁷ Sawaia, Bader. As Artimanhas Da Exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social, p. 98.

⁸ Sawaia, Bader. Op.cit., p. 101.

apropriação do seu processo de adoecimento, como postula Fanon (2008), circunscreve a luta antirracista no campo da saúde. A comunicação que compreende as relações de poder e a utilização do corpo e instituições como possíveis dispositivos normatizadores de afetos assíduo a posição social sustenta a possibilidade de uma relação edificada no diálogo que compõe a garantia de empatia crítica e histórica, ou seja,

(...) uma relação horizontal de A com B. Nasce de uma matriz crítica e gera criticidade (Jaspers). Nutre-se do amor, da humildade, da esperança, da fé, da confiança. Por isso, só o diálogo comunica. E quando os dois pólos do diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé um no outro, se fazem críticos na busca de algo. Instala-se, então, uma relação de simpatia entre ambos. Só aí há comunicação” (FREIRE, 1967, p. 107).

Não tão somente, a representatividade é um fator descomunal para o entrave do tensionamento social em prol de uma transformação sociopolítica assídua como os interesses dos oprimidos (FREIRE, 1967). Todavia, “Ainda que essencial, a mera presença de pessoas negras e outras minorias em espaços de poder e decisão não significa que a instituição deixará de atuar de forma racista”⁹. O caráter da representatividade capilariza a identificação dos oprimidos a posições de maior poder política e socioeconômico, também reconfigura o campo, alternando o sujeito negro pendularmente entre as posições de profissional e cliente, de Eu e Outro (FANON, 2008). Entretanto, não é suficiente face às contradições da própria alienação de raça (FANON, 2008) e às hegemonias coisificantes (FREIRE, 1967). A denúncia de furos, fruto de incompatibilidades concretas que tangenciam o coletivo e individual, da dialética exclusão/inclusão e do fracasso no manutenário das ideologias hegemônicas são fundamentais para a efetivação das transformações sociais. Pois, o sistema político-econômico entra e se modifica, sobretudo, em tempos de crise. Àqueles não justificados por esse sistema, nesses interstícios críticos, podem encontrar a esperança.

O sistema de regulação entra em colapso, o que resulta em conflitos entre instituições estatais, independência de órgãos governamentais que passam a se voltar uns contra os outros e funcionar para além de qualquer previsibilidade, direção governamental e estabilidade política. Passa a não ser mais possível convencer as pessoas de que viver sob certas regras é normal, e a violência estatal torna-se um meio de controle social recorrente (ALMEIDA, 2019, p. 122).

Considerações Finais

Dito isso, é avaliado que a comunicação que estabelece um diálogo paulofreiriano e anti-racista pode ser promotor de um tratamento profilático e terapêutico mais eficaz, reprodutor de menos contingentes ansiogênicos e uma promoção de confiança maior na

⁹ Almeida, S. Racismo Estrutural, p. 32.

relação profissional de saúde/usuário. Também, é considerável a produção de corpos representativos para o assujeitamento de indivíduos historicamente conscientes, com finalidade de exigir maior aplicabilidade daquilo que se é empregado, como uma prática humanizadora, no campo da saúde. Para tanto, também, esse artigo se propõe a identificar as desdobraduras do racismo que interpela em todas as configurações sociais que se envolvem no campo da saúde. É de grande valor, a investigação de processos psicossociais que reivindicam as posições dos sujeitos oprimidos e racializados e que rompam com o maniqueísmo usual entre profissional/usuário.

É, a partir desta preocupação, em revelar as dinâmicas relacionais que estão subalternizadas, que a Psicologia e Pedagogia fornecem instrumentos para leitura de processos gerais e também específicos deste dinamismo. Assim, compreender a que tipo de sofrimento as pessoas negras podem enfrentar no contexto da saúde é tão importante quanto saber quais respostas revolucionárias estas estão construindo para sua afirmação e (re)existência no mundo. Isto tem impacto não somente epistêmico, mas prático.

Referências

ALMEIDA, S de. Racismo Estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro ; Pólen, 2019.

BOURDIEU, P. O campo científico. Tradução: Paula Montero e Alícia Auzmendi. São Paulo: Ática, 1983.

BOURDIEU, P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. Disponível em: <<https://farofafilosofica.com/2016/12/06/pierre-bourdieu-17-livros-paradownload-em-pdf/>>. Acesso em 07 set. 2023.

CANGUILHEM, G. Le normal et le pathologique. Paris: Presses Universitaires de France, 1943.

WANDER, L.P. O Método da Observação Participante: Contribuições e aplicabilidade para pesquisas no campo religioso brasileiro. *Revista Aulas*, São Paulo, n.4, jun. 2007.

CIAMPA, A. C. Políticas de Identidade e Identidades Políticas. In: DUNKER, C. I. L.;

PASSOS, M.C. Uma psicologia que se interroga – ensaios. São Paulo: Edicon, 2002.

ESPINOSA, B. Ética. 3 ed., São Paulo: Ed. ATENA, 1957.

FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1967.

FANON, F. Pele negra, máscaras brancas. Tradução: Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

LEMOS, F. C. S. et al. Práticas de medicalização: problematizações conceituais a partir de Michel Foucault. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, v. 9, n. 2, p. 232–244, 28 jul. 2020.

MBEMBE, A. *Crítica-da-razão-negra*. Tradução: Marta Lança. Lisboa: Editora Antígona, ed. 1, 2014.

MORETTO, V. P. *Planejamento: planejando a educação para o desenvolvimento de competências*. Petrópolis, RJ : Vozes, 2007.

PEABODY, F.W. The care of the patient. *JAMA* 1927; 88 (2):877-882.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S.. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 1, p. 90–97, jan. 2008.

SAFATLE, V.; JÚNIOR, N.; e DUNKER, C (Org.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. São Paulo: Autêntica, 2020.

SAWAIA, B (ORG.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 3 ed., 2001.

SCHUCMAN, Lia Vainer. *Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo": raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana (Versão corrigida)*. 2012. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-21052012-154521/>. Acesso em: 28 ago. 2024.