

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**ANDRÉA MOREIRA CHAGAS**

**COMUNIDADE POPULAR, POPULAÇÃO NEGRA,  
CLÍNICA E POLÍTICA: Um outro olhar**

**Niterói (RJ)**

**2010**

**ANDRÉA MOREIRA CHAGAS**

**COMUNIDADE POPULAR, POPULAÇÃO NEGRA,  
CLÍNICA E POLÍTICA: Um outro olhar**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em psicologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.-Dr.<sup>a</sup>. Cristina Mair Barros Rauter

**Niterói (RJ)**

**2010**

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Profª.-Drª. Cristina Mair Barros Rauter – Orientadora UFF

---

Prof.-Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira – UFF

---

Prof.-Dr. Jaílson de Souza e Silva – UFF

---

Profª.-Drª. Maria Helena Zamora – PUC/RJ

***Dedico este trabalho a minha filha, Anna  
Carolina. Que o caminho seja brando a  
seus pés...***

## AGRADECIMENTOS

Meu desafio na pesquisa foi traduzir os afetos que experimento na relação com o campo de trabalho. Sinto que as palavras não dão conta de expressar a intensidade das vivências. O mesmo ocorre quando penso em agradecer às pessoas que contribuíram direta ou indiretamente. Na construção desta dissertação, foi uma grande alegria ter Cristina Rauter como orientadora. Por dois anos, pude contar com seu acolhimento e incentivo, com sua suavidade e ética, bem como seu olhar atento sobre tantas questões difíceis que discutimos. Agradeço por sempre me lembrar, com carinho e preocupação, que deveria seguir com os textos, independente de como sopravam os ventos.

Ao Kito (Marco Antônio Guimarães) meu pai-padrinho, amigo e referência profissional. Agradeço pela construção de um meio ambiente bom o bastante, que me possibilitou chegar até esse momento. Muito obrigada! Para você, todo amor que houver nessa vida.

Agradeço aos meus pacientes queridos, sem os quais este trabalho não seria possível. Durante esses anos, muitas pessoas muito importantes para mim compartilharam suas vidas, apresentaram suas casas, famílias, as comunidades com as quais me encantei, lembrando-me todos os dias da importância de viver uma vida que vale a pena.

A Daisaku Ikeda, meu mestre da vida, pela dedicação e empenho em prol da construção de uma sociedade mais justa para todos. Suas orientações me direcionam e me encorajam a seguir em defesa da vida e da dignidade humana.

Dedico agradecimentos muito especiais à amiga Ana Brum, então coordenadora no Posto de Saúde Mangueira, por abrir as portas do caminho que escolhi para seguir. Ana é minha maior referência no cuidado em saúde coletiva. A ela, meu respeito e afeto infinitos.

À minha mãe, pelo exemplo de força, coragem, parceria e superação, que muitas vezes me inspiram no atendimento a outras mulheres.

Ao meu pai, que ficou na torcida do seu modo – mas eu sabia que estava lá.

Às minhas tias Didi e Helda, pelo amor e dedicação durante todos os anos em que estiveram comigo nesta existência.

Ao meu tio Bené, que me deixou como herança a alegria e o gosto por problematizar sobre as relações sociais.

À minha avó, que nunca entende porque tenho que “estudar tanto e subir morro”, mas mesmo assim, me telefona diariamente para desejar boa sorte com o trabalho e dizer que me ama.

Aos meus familiares, em especial à minha prima querida Gabriela Pena, que compartilhou leituras e interesse em relação à população afrodescendente. E à minha Tia Ivone (ya ya), pela torcida de sempre.

Aos professores do curso da Pós-Graduação de Psicologia da UFF, esse coletivo super especial, pela generosidade e entusiasmo com que exercem suas práticas.

Aos amigos queridos do Grupo Tecendo Memórias Futuras/Oriaperê, amigos que me ajudaram a tecer um outro olhar sobre mim, em especial aos que estiveram mais próximos acompanhando esse trabalho; Adriana Sampaio, Ângela Podikameni, Conceição Evaristo, Maria da Conceição Nascimento, Jorge Oliveira, Louise Silva, Roberto Borges, Sandra Almada, Sílvia Carvalho, Umberto Alves, Valéria Conceição Silva e Wannia Cidade.

À equipe do Instituto de Psicossomática Psicanalítica Oriaperê, pelas horas de supervisão e pelo interesse de todos em dividir as situações apresentadas.

Às colegas queridas do curso de Mestrado: Anabela Marcos, Ana Cláudia Camuri e Raquel Siqueira.

Ao grupo Flor de Lótus, do Departamento de Saúde da Soka Gakkai, em especial a Nazareth Solino. Agradeço pela amizade, generosidade, solidariedade e por ser uma referência na minha vida profissional e na prática budista.

Aos amigos do GT de Relações Raciais do CRP/RJ: Andris, Celso Vergner, Maria da Conceição Nascimento, Roberta Frederico, Karina e Herculano. Nossos encontros foram momentos muito especiais para compartilhar as emoções de nossa prática.

Aos amigos de todos os momentos, Claudine Aune, Eve D'Amours, Marcela Mendoza, Hildeberto Martins, Lannia Simão Bellizzi, Inês Fortunato, Regina Ferro Lago, Sônia Marinho, Verônica Fortin e Virgínia Montojos.

Ao amigo Umberto Alves, por me incentivar a escrever sobre a prática na Mangueira, quando o curso de mestrado ainda era um lugar distante em meus pensamentos.

Aos colegas de trabalho que fizeram parte do caminho de construção dessa prática. Em especial à Cintia Maia, Ierê Ferreira, Glória Rodrigues, Marcela Mendoza, Martha Matinez, Susana de Deus, Lenora Mendes Louro (in memorian).

Agradeço ao maior amor do mundo, minha filha Anna Carolina. Meu tesouro, meu potinho de ouro, minha esperança, minha fonte incessante de energia. Nestes dois anos, minha filha demonstrou, mais do que nunca, o que significa cumplicidade. Foram muitas noites dormindo com a luz acesa, com o barulho do teclado, sempre demonstrando que compreendia a importância do momento. Muito obrigada, meu amor. Termino esta pesquisa afirmando o que digo para você: o caminho é trabalhoso, mas essencialmente alegre.

Encerro desculpando-me por possíveis omissões e dedicando a todos os amigos e parceiros a citação de abertura desta dissertação. Muito obrigada!

*“A história às vezes nos dá umas colheres de chá. Mas nunca para os sentimentos. Ela faz seu jogo, sem se preocupar com nossas esperanças e nossas decepções. Já que é assim, o melhor é ir logo tomando partido e não apostar muito na volta obrigatória de suas estações. Mesmo porque, na verdade, nada nos garante que a esse inverno não sucederá um novo outono ou até um outro inverno ainda mais rude! E, no entanto, não consigo deixar de pensar que estão se preparando em surdina, outros encontros com novas ondas de generosidade e de invenções coletivas, com a vontade inédita dos oprimidos de sair de si mesmos, para deter as políticas mortíferas dos poderes vigentes e para reorientar as finalidades da atividade econômica e social, em direção a vias mais humanas, menos absurdas.”*

*Felix Guattari – Para passar os anos de inverno*



## RESUMO

As comunidades populares, ocupadas majoritariamente pela população negra, são historicamente descritas como ameaças à sociedade. A partir desta visão, justificou-se a segregação desses espaços da cidade, sempre relacionadas aos riscos à saúde, à marginalidade e à violência. Tendo como referencial teórico o pensamento de Deleuze, Guattari e Winnicott, o presente trabalho propõe a intervenção no campo psi, por meio de uma aposta clínica-política que possibilite desnaturalizar a discriminação racial no Brasil. Esta ainda tem como agravo a peculiaridade de ser negada e silenciada, o que dificulta afirmar sua existência nas práticas cotidianas e promover seu enfrentamento. Compreendendo a discriminação racial como um dos elementos que compõe o processo de subjetivação e a vivência do racismo como produtora de sofrimento psíquico inestimável, torna-se prioritário exercitar novos modos de olhar esta temática, sobretudo as práticas profissionais que norteiam nossas ações.

**Palavras-chave:** Comunidades Populares; Produção de Subjetividade; Clínica-política; Saúde da População Negra; Racismo

## ABSTRACT

Popular communities, populated mostly by black people, are described through the history as a threat to society and, from this view was justified for the separation / segregation of city spaces, always related to health risks, marginality and violence. Having the theoretical thinking of Deleuze, Guattari and Winnicott, this paper proposes to intervene in the psi through a bet-clinical policity that allows to denaturalize racial discrimination in Brazil, which has the peculiarity of the grievance to be denied and silenced, making it difficult to affirm its existence in everyday practices and intervene to confront. Understanding racial discrimination as one of the elements that make up the process of subjectivity and the experience of racism as producing invaluable psychological distress, becomes a mandatory exercise, new ways of looking at the issue and especially on the professional practices that guide our actions.

**Keywords:** Popular Communities; Production of Subjectivity; Clinic policy; Black Population Health, Racism

## SUMÁRIO

**Agradecimentos**

**Resumo**

**Abstract**

<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>1 COMUNIDADES POPULARES NA CIDADE MARAVILHOSA</b>	17
1.1 SERVIÇOS DE SAÚDE E POPULAÇÃO NEGRA	28
<b>2 SOCIEDADE BRASILEIRA E RACISMO: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS</b>	35
<b>3 CLÍNICA: UM OUTRO OLHAR</b>	49
3.1 MANGUEIRA, A PRIMEIRA ESTAÇÃO	49
3.2 VIGÁRIO GERAL: TRUPE DA SAÚDE, SUBJETIVIDADE E ARTE	74
3.3 COMPLEXO DA MARÉ: ENCONTROS SEM FRONTEIRAS	88
3.4 STA. TERESA: O TOQUE DE NOSSAS MÃOS	103
3.5 UM OUTRO OLHAR	115
<b>REFERÊNCIAS</b>	120

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AP – Área Programática

CAP – Coordenação de área programática

CIEP – Centros Integrados de Educação Pública

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPP – Instituto Municipal Pereira Passos

GRESEP – Grêmio Recreativo Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira

MSF – Médicos sem Fronteiras

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

SEPPIR – Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SUS – Sistema Único de Saúde

SMS – Secretaria Secretária Municipal de Saúde

## INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto da minha vivência em comunidades populares no Rio de Janeiro, onde iniciei minha prática profissional, em 1997. No cotidiano destes espaços, muitos elementos despertaram minha atenção, entre eles a sonoridade local. Uma mistura de samba, forró, funk e hip hop, somada aos hinos evangélicos, e todos tocados com volume suficiente para marcar presença. Como dizem seus moradores, “tudo junto e misturado”. Estes espaços me encantam pela criatividade, alegria, receptividade ao trabalho, pela força das pessoas que apostam na vida apesar das adversidades. A poesia que ali compartilho não vejo nas manchetes dos jornais

Estes espaços foram inaugurados há 113 anos e ocupados como forma de resistência da população que buscava dar continuidade à vida na cidade. Uma história que se mistura com a da população negra. Não por acaso, quando Tarsila do Amaral retrata o morro da Favela, apresenta-o como espaço ocupado pela população negra.



Figura 1 – Tarsila do Amaral, 1924

Ao longo dos anos, este grupo tem permanecido nos estratos mais empobrecidos da sociedade, o que poderíamos compreender como sinal evidente de racismo. Porém, a ideia de democracia racial, reforçada pelo poder hegemônico, corrobora para que essas evidências se diluam em outros aspectos, dificultando ou não permitindo uma análise mais ampla da realidade social. Podemos perceber que a diferença racial, na sociedade brasileira, traduz-se em desigualdade social. Entendendo a clínica como inseparável da política, torna-se uma questão para ser pensada também no cuidado do profissional psi. O presente trabalho busca contribuir para esta reflexão.

Como ocorre nos diferentes espaços da cidade, nas comunidades populares também encontramos dificuldade em afirmar a presença do racismo e compreendê-lo como um agravo à saúde. No curso de psicologia, encontramos raras referências bibliográficas sobre o racismo, o que parece refletir um dos aspectos marcantes do racismo no Brasil: o silenciamento. Reconhecemos a escassez sobre a temática racial e destacamos a importância dos autores que discutem o tema, cujas obras estão presentes nesta pesquisa.

Em sua dissertação, também apresentada no programa de pós-graduação de psicologia da UFF, Nascimento (2005) aponta para a dificuldade de encontramos referências bibliográficas que discutam a questão racial na prática psi e a importância da psicologia se implicar efetivamente com a questão racial. Afirma que:

As pessoas com as quais trabalhamos – brancas ou negras – têm um histórico que as torna discriminadoras ou discriminadas, pessoas que têm preconceito ou que sofrem por causa deles. Ambas fazem parte da mesma realidade.

Ao longo dos anos trabalhando em ambulatórios públicos, foi possível atender a pessoas de diferentes faixas etárias, conhecer um universo diferenciado e perceber a maleabilidade desse trabalho. Entendendo a maleabilidade como um campo relacional de cuidado, que busca inserir no atendimento, como um instrumento para favorecer que situações difíceis de serem tocadas possam ser acessadas e cuidadas/elaboradas, fui construindo o que neste trabalho é nomeado de “um outro olhar”. Entendo que

muitas questões chegam à prática clínica – ou não – dependendo da escuta do profissional para a questão.

Exemplo prático disso, em saúde pública, é a violência doméstica em relação a mulheres e crianças. Quando o tema foi sendo reconhecido como um agravo presente na sociedade brasileira, tornou mais presente a prática do cuidado. Podemos pensar que a violência racial também poderá ser incluída efetivamente no cuidado em saúde, à medida que tivermos profissionais compreendendo que o racismo é um problema de saúde e está presente na sociedade em que vivemos.

Neste trabalho, compreendemos o racismo como uma questão que atravessa a vida de todos, brancos e negros. Estamos submetidos ao mesmo modo de subjetivação capitalista, que busca apagar expressões de singularidade e homogeneizar posturas, distanciando as pessoas e criando fronteiras entre espaços sociais diferenciados.

A implicação com o tema, como já mencionei, se deve à minha vivência nas comunidades populares, territórios da minha escolha profissional e, também, à minha vivência enquanto afrodescendente, que me favoreceu a compreensão de situações que tive que enfrentar. Compreendo o estudo como uma contribuição à possibilidade de ressignificar vidas, assim como ressignificar minha própria vida e, como acontece com algumas famílias nordestinas e negras, uma possibilidade de contar uma nova história.

Enquanto finalizava este trabalho, minha filha me ajudava a organizar a impressão. Minha mãe, que nos observava, comentou: “Que boa sorte a da Carol, ajudar a mãe num trabalho de mestrado. Nós duas, filha, nunca chegamos perto de viver algo assim”. Minha mãe falava dela mesma e da minha avó, que nunca chegaram a frequentar uma escola. Mulheres negras como tantas outras que ficaram impedidas de viver uma trajetória que é comum e natural para outros grupos favorecidos socialmente.

Este trabalho está dividido em três partes. A primeira tem como título “Comunidades Populares na cidade maravilhosa”. Nela, temos como objetivo apresentar a produção desse espaço que se relaciona com a pressão para a “limpeza” da cidade requerida/imposta pelo modelo de saúde da época. Era o movimento

higienista, que mantinha um discurso ancorado na higiene e na ordem/disciplina, contando com o apoio das classes dominantes e dos políticos da época.

Nesta primeira parte, também apresentamos exemplos de notícias, em épocas distintas, que demonstram os esforços midiáticos alinhados a um projeto de cidade excludente. As notícias que associam pobreza a criminalidade são construtoras de um imaginário social negativo em relação às comunidades populares e seus moradores. Concordamos com Sovik (2010, p. 44) “as narrativas dos meios de comunicação não servem apenas para reiterar verdades consagradas, mas para adaptá-la às frequentes explosões de violência no cotidiano”.

Há notícias que levam ao entendimento público de que os riscos em relação à segurança na cidade são produzidos pelos moradores das comunidades populares – em sua maioria, negros. Em um destes exemplos, apresento uma manchete no jornal O Globo em 12 de agosto de 2008 que trazia o seguinte título, em referência ao Complexo do Alemão: “Bem vindo ao Inferno”. Enquanto finalizava esse trabalho, ocorria uma intervenção policial em conjunto com as forças armadas na localidade. Dois anos, em outra intervenção, a manchete de 29 de novembro de 2010 do jornal O Globo Online trazia uma declaração do secretário de segurança pública José Mariano Beltrame: “O Alemão era o coração do mal”.

Entendo que essas notícias reatualizam o entendimento que o Complexo do Alemão, uma comunidade popular, é o espaço que deve ser temido pela sociedade, afirmando-o como um espaço de guerra. Conforme está sendo tratado nesse episódio pelo poder público e pela mídia em geral. O discurso de guerra legitima arbitrariedades, abusos de poder em relação aos moradores das áreas atingidas pela atuação das forças de segurança. Nestes momentos, sofrem uma série de violações de direitos básicos. São revistados ao saírem de suas casas e ao voltarem a elas; tem seu direito de ir e vir cerceado.

Tais episódios atualizaram questões que apresento nesta dissertação. Discuto a formação da primeira comunidade, o morro da Favela, atualmente, o morro da Providência, que fica na área Central do Brasil. Menciono a força policial alinhada ao exercito imprimindo suas ações naqueles espaços sobre seus moradores; em 2010, assisti ao vivo, pela televisão, os policiais e soldados entrando pela comunidade, com



tanques e o veículo blindado apelidado de “caveirão”. Foram aplaudidos pela sociedade, que em alguns momentos até questionou porque não se atirava nos rapazes e homens que corriam descalços, numa fuga que parecia cena de filme. Era vida real, diante de nossos olhos, mostrando como algumas vidas tem valor facilmente descartado. E essas vidas são da população pobre, sobretudo negra.

Não estamos ignorando a violência nem que os índices de criminalidade no Rio de Janeiro são muito altos – inaceitavelmente altos – e que o projeto de polícia comunitária, atualmente designado “Unidade de Polícia Pacificadora (UPP)”, é um caminho importante, com a inclusão da participação comunitária e com políticas públicas. Também não ignoramos a precariedade dos serviços públicos oferecidos pelo Estado à população do Complexo do Alemão, que conta atualmente com apenas duas escolas públicas.

Entendemos que as informações mencionadas em relação ao Complexo do Alemão não se restringem a esse território. Mesmo que assim fosse, não seriam menos importantes, mas interferem no imaginário social em relação a todas as comunidades populares e seus moradores.

O último ponto abordado busca compreender a relação entre o Estado responsável pelas ações de “limpeza” e “higiene” como “cuidado” em saúde pública, e a produção das comunidades populares na cidade. Atualmente, os serviços de saúde estão presentes nestes territórios por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Porém, ainda percebemos dificuldades no acolhimento referente às especificidades da população negra, apesar de esta ser maioria nesses espaços.

Na segunda parte do trabalho, com o título “Racismo e sociedade brasileira: desafios contemporâneos”, destacamos o mito da democracia racial como determinante na invisibilidade em relação às desigualdades sociais sofridas pela população negra. Compreendemos, por meio de estudos que relacionam cor de pele e qualidade de vida, que as interseções de local de moradia, gênero, faixa etária e educação formal provocam impacto negativo sobre a população negra (LOPES, 2005).

Ainda nesta parte, mostramos dados de diferentes pesquisas que ajudam a visualizar um panorama da saúde da população negra no Brasil, assim como o percurso da luta da sociedade civil negra, sobretudo pelo movimento de mulheres

negras, no processo que culminou na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua transformação em lei.

Na terceira parte, cujo título é “Clínica: um outro olhar”, nosso objetivo é apresentar através do mapeamento do território – iniciado na comunidade da Mangueira, posteriormente em Vigário Geral, Complexo da Maré e Santa Teresa (Prazeres) – nossa escolha metodológica para a construção de “um outro olhar”. A aposta clínica é inspirada no método cartográfico (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009) na clínica peripatética (LANCETTI, 2009) e na clínica winnicottiana, e optando pelo uso de situações clínicas e relatos. Nesta caminhada, escolhi como companhias o pensamento e os conceitos de Deleuze e Guattari, assim como de Donald Winnicott. Neste momento do trabalho, também interrogamos os lugares vividos no desenvolvimento da prática psi, a relação com a população, instituição, equipe e território.

Não pretendemos reforçar a ideia de “identidades” como comumente é compreendida nos movimentos sociais, nos quais há incentivo para a afirmação do que seria uma “identidade negra”. Entendemos que a ideia de identidade costuma ser reforçada com referências pré-estabelecidas e cristalizadas. Decidimos, portanto, pelo uso de “devir”, como nos propõe o pensamento filosófico de Deleuze e Guattari. O devir não é concebido como o resultado de transformação, de passagem de forma, estado ou de um termo a outro. É o próprio processo. Nossa proposta não é colocar em oposição brancos e negros, mas apostar que ambos possam escapar de representações sociais e de posições estereotipadas.

“Um outro olhar”, embora tenha sido definido no fim da pesquisa e compreendido como o manejo/intervenção desta aposta clínica, está presente e vai sendo apresentado durante todo o trabalho, em que é evidenciado como um setting diferenciado, construído em fina sintonia com a população atendida.

## 1 COMUNIDADES POPULARES NA CIDADE MARAVILHOSA

Não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas.  
Gilles Deleuze

O presente trabalho apresenta uma proposta de intervenção em saúde mental dirigida à população afrodescendente moradora das comunidades populares. Esses territórios são as formas de habitação que apresentam maior expansão e consolidação na cidade do Rio de Janeiro nos últimos dez anos (IBGE; 2000; 2002; 2007). Segundo dados do Instituto Municipal Pereira Passos (IPP), em 2009 foram registradas 1.020 comunidades populares distribuídas pela cidade.

O crescimento destes espaços encontra-se diretamente relacionado à desigualdade social e a pobreza em que vivem milhões de pessoas, que são em sua grande maioria de descendência negra.

O território que deu origem ao nome “favela” em 1897, na cidade do Rio de Janeiro, estava localizado no centro da cidade, próximo à Central do Brasil, entre os bairros do Santo Cristo e da Gamboa.

O Morro da Favela ficava na região próxima ao cais do porto, que se apresentava como possibilidade de trabalho para a população moradora nessa localidade. Posteriormente, espaços com habitações semelhantes foram denominados da mesma forma.

A escolha deste território e localização pode ser compreendida como uma estratégia criativa encontrada pela população para se inserir no mercado de trabalho e garantir a sobrevivência. Para Souza e Silva (2006, apud FELIX, 2006):

Estes espaços foram construídos como exercício de cidadania, como afirmação de direitos. Mesmo as favelas mais precárias são territórios onde os pobres afirmaram presença. Isto não significa dizer que os cidadãos menos favorecidos devam sempre encontrar sozinhos suas possibilidades de vida. Essa seria não só uma posição cômoda, mas também profundamente discriminatória e socialmente irresponsável.

O Morro da Favela era descrito pelo poder hegemônico e pela mídia da época como “uma vergonha para a sociedade civilizada” conforme o Censo Maré de 2000 (ABREU, 1989, p.16), o oposto do que se buscava construir como imagem da cidade do Rio de Janeiro. O investimento do governo era construir uma imagem “positiva”, “limpa” da cidade, que representasse uma sociedade próspera e desenvolvida. Uma imagem que estimulasse o comércio exterior, favorecendo o processo de expansão industrial (ZALUAR, 1998). Diante desse projeto de cidade:

[...] a favela apresentava-se como um espelho invertido da civilização (ZALUAR, 1998) e oposta aos anseios por uma cidade moderna, ordenada, civilizada e limpa. Colaborou para a construção deste estigma o fato de a lei de então classificar de vagabundo todo aquele que não tivesse domicílio certo [...], o que incluía, é claro, os moradores das favelas, pois suas casas não eram consideradas residências fixas, mas sim de caráter provisório. Como se não bastasse, ainda ocupavam terrenos de terceiros (SILVA, 2005, p. 30).

Grande parte da população que foi ocupar o Morro da Favela habitava anteriormente moradias chamadas de cortiços. Estes eram espaços coletivos, adaptados, Casas grandes onde moravam muitas famílias sem condições sanitárias mínimas, expostas a vários tipos de doenças (ABREU, 1989).

O risco da proliferação de doenças infecto-contagiosas sustentava o discurso de Cândido Barata Ribeiro<sup>1</sup>, primeiro prefeito do Distrito Federal. Ele era médico de formação e atuava na profissão antes de ocupar a função na prefeitura da cidade. Questionado sobre as medidas sanitárias que impedissem a propagação da febre-amarela em relação aos cortiços respondeu: “Só vemos um conselho a dar a respeito dos cortiços: a demolição de todos”. Como tais ideias vinham ao encontro do que parte

---

<sup>1</sup> Cândido Barata Ribeiro nasceu em Salvador/Bahia em 11 de março de 1843. Formou-se em Medicina em 1867 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro recebendo o grau de doutor após a defesa da tese **Das causas e tratamento da retenção urinária**. Pouco depois de formado partiu para São Paulo e, na cidade de Campinas, clinicou por alguns anos, quando fundou a escola de crianças pobres. Em 1877 retornou ao Rio de Janeiro e inscreveu-se para o concurso de professor da Faculdade de Medicina, onde se formou como o primeiro catedrático da Clínica Pediátrica Médico-Cirúrgica, cargo que exerceu até 1910. Foram particularmente importantes seus estudos práticos sobre o pé torto congênito, a tuberculose óssea e articular, as deformidades raquíticas com a utilização combinada ou não com aparelhos gerados. Na vida política, esteve à frente da Prefeitura do Distrito Federal. Disponível em <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/view.htm?inford=910&editionsectionid=110>>. Acesso em 2009

da sociedade já pensava, Barata Ribeiro foi eleito. Assim, o prefeito e seus eleitores, alegando razões estéticas e higiênicas (SILVA; BARBOSA, 2005) estavam de acordo com a extinção de tais espaços da cidade.

Este olhar estigmatizante sobre a condição de saúde da cidade do Rio de Janeiro impediu que se enfrentasse os reais problemas sanitários da época. Os problemas de saúde de toda a população estavam relacionados à precariedade das condições sanitárias da cidade e à desigualdade social vivida por grande parte da população pobre e, principalmente, pela população negra.

Com o discurso direcionado à saúde e ao bem-estar da sociedade brasileira, Barata Ribeiro ordenou, em 26 de janeiro de 1893, que fosse colocado abaixo o principal cortiço da época, conhecido como “cabeça-de-porco”. A entrada principal deste cortiço foi invadida por autoridades policiais e sanitárias, a despeito do destino que teriam seus moradores. O prefeito assumiu, pessoalmente, o andamento da operação “bota abaixo”<sup>2</sup>, acompanhado do exército, de policiais e de cerca de 140 operários. Conforme Chalhoub (1996, 123), com a destruição do cortiço “cabeça-de-porco”, anunciava-se “o fim da era dos cortiços, e a cidade do Rio de Janeiro entraria para o século das favelas”.

Talvez por não contar com a criatividade dessa população de reinventar novos modos para manter sua permanência no centro da cidade, o prefeito autorizou que os moradores retirassem os pedaços de madeira dos “restos do cabeça de porco” para usá-los em futuras construções. Esta possibilidade foi compreendida pelo prefeito como benfeitoria do Estado para com essa população. Conforme relatos da época, a maioria das famílias utilizou a madeira na construção dos barracos no morro que existia atrás do cabeça de porco, que veio a ser conhecido como Morro da Favela (CHALHOUB, 1996).

O cabeça-de-porco era ocupado basicamente por soldados que chegaram à cidade após a Guerra de Canudos, índios, imigrantes pobres e negros (ZAMORA,

---

<sup>2</sup> Esta operação ficou conhecida como bota abaixo devido a característica da ação em demolir/colocando abaixo os casebres e cortiços.

1999). De acordo com diferentes dados<sup>3</sup>, neste cortiço moravam aproximadamente 2.000 pessoas (CHALHOUB, 1996), que foram desalojadas de suas habitações. Fez-se presente uma ação em que o Estado exercia o controle sem que tivessem sido criadas medidas de ordem política e social para preservar a dignidade desta população.

Os investimentos políticos no processo de reforma urbana na construção da “nova cidade” tiveram continuidade na gestão do prefeito Francisco Pereira Passos<sup>4</sup>, que assumiu o cargo em 30 de dezembro de 1902. De acordo com informações publicadas no do Jornal do Brasil (CHALHOUB, 1996, p.96):

[...] Pereira Passos assume a prefeitura do Distrito Federal da cidade do Rio de Janeiro com o propósito de extirpar os velhos hábitos e tornar a cidade mais civilizada. O novo prefeito decretou uma série de leis. O Rio era então uma cidade fétida e assolada pelas doenças, apelidada às vezes de “cemitério de europeus”. E o objetivo do prefeito era transformar o Rio numa capital nos moldes franceses, a exemplo da Belle Époque [...] Para tornar realidade o sonho de uma capital da República conforme os novos tempos, a prefeitura avisou também que seriam demolidos todos os imóveis existentes em locais onde seriam executadas obras. Os proprietários que ao amanhecer, encontrasse um aviso de desapropriação na porta deveriam sair dali o mais rápido possível.

Em março de 1904, foi determinada a demolição de 641 cortiços, desalojando aproximadamente 4.000 pessoas. As reformas urbanas no Rio de Janeiro em 1902 e 1906 foram o marco dessa gestão, com projetos urbanos para transformar a cidade. Acompanhando o processo de reforma urbana, podemos compreender como esses projetos segregacionistas têm relação direta com a ocupação dos morros da cidade (ZALUAR, 1998). Estes projetos urbanos previam o desalojamento da população pobre moradora dos cortiços e casebres das adjacências da cidade, sem oferecer quaisquer alternativas de moradia.

Nesse período, o Rio de Janeiro enfrentava graves problemas sociais, acentuados pelo rápido e desordenado crescimento. Após a abolição, a cidade passou

---

<sup>3</sup> Disponível em <[http://www.italiamiga.com.br/noticias/artigos/cabeca\\_de\\_porco.htm](http://www.italiamiga.com.br/noticias/artigos/cabeca_de_porco.htm)> e <<http://www.favelatemmemoria.com.br/publicue/cgi/cgilua.e>>

<sup>4</sup> Francisco Pereira Passos (nascido em Pirai dia 29 ago. 1836 e falecido em 12 mar. 1913) foi um engenheiro brasileiro e prefeito da cidade do Rio de Janeiro entre 1902 e 1906, nomeado pelo presidente Rodrigues Alves. Estudou na França de 1857 ao final de 1860, onde assistiu à reforma urbana de Paris, promovida por Haussmann. A estada em Paris exerceu profunda influência em Passos, que iria dedicar-se à engenharia ferroviária e ao urbanismo.

a receber grandes contingentes de imigrantes europeus, atraídos pelas oportunidades de trabalho assalariado. Entre 1872 e 1890, a população duplicou, passando de 274 mil para 522.000 habitantes (FIOCRUZ, 2011). O crescimento demográfico e o aumento da pobreza agravaram a crise habitacional que perdurava desde meados do século XIX (FIOCRUZ, 2011).

A entrada dos estrangeiros no país atendia aos anseios da elite brasileira, que buscava construir um país com a cor dos países europeus. Nesta época, o censo de 1872 indicava que 55% da população era negra (BENTO, 2001). A ideia de branqueamento da cidade era sustentada pelas teorias raciais que afirmavam que a população branca era superior intelectualmente.

As teorias raciais colocavam um problema para todo o país, incluindo o Rio de Janeiro. Como o país iria construir uma imagem próspera e com credibilidade para o exterior, com uma população majoritariamente negra? Para Bento (2001, p. 29 e 33):

[...] Era necessário inventar outro Brasil, um país branco. Os cientistas e os políticos de então resolveram trazer muitos imigrantes europeus para cá, estimular a miscigenação, para a população ir branqueando, branqueando [...]. Dali algumas décadas, o país seria branco. E complementa a autora, [...] Aos portadores da pele branca pertencia o futuro do Brasil.

Para que a estratégia de branqueamento fosse colocada em prática, medidas incentivando a vinda dos imigrantes foram providenciadas, incluindo a divisão do custo das passagens, que eram pagas pelo Brasil. Entre 1871 e 1920, cerca de 3.390.000 imigrantes chegaram ao Brasil. Vale lembrar que este número é próximo dos 4 milhões de africanos trazidos entre 1520 e 1850 (AZEVEDO, 1987; BENTO, 2001).

Com a abolição da escravidão, em 1888, a população negra continuou a experimentar uma ausência de estratégias políticas que contribuíssem efetivamente para a integração deste grupo na sociedade como um todo. De acordo com Lobo (2009, p. 74) : “Não houve instituição mais duradoura, mais persistente e mais conservadora no Brasil o último país do mundo a extingui-la a escravidão atravessou incólume quatro séculos da história brasileira”.

O fim da escravidão havia deixado boa parte da população negra numa posição de marginalidade. Sem emprego nas antigas fazendas, ex-escravizados se dirigiam às cidades, onde eram discriminados na busca de alguma ocupação remunerada. Sendo assim, o retorno às fazendas, ou a permanência nelas era o que ocorria em grande parte dos casos, tendo como consequência o surgimento de novas formas de dominação e exploração para os ex-cativos (ALMADA, 2009).

Podemos compreender que não foi pensada ou promovida pelo país, desde essa época, a inclusão efetiva da população negra na sociedade brasileira, no mercado de trabalho, nos serviços de educação, saúde, moradia, etc. Esta população continuou a viver à margem da sociedade. Apesar dessa realidade, os recém-libertos buscaram novos modos de vida para viabilizar sua permanência na cidade. O espaço de moradia foi parte importante deste processo.

Durante um evento em que era discutido o lugar da favela na cidade, o rapper MV Bill (SILVA; BARBOSA, 2005, p. 145), morador da comunidade Cidade de Deus, refletindo sobre políticas sociais fez a seguinte colocação:

[...] Antes de entrar na questão de políticas sociais e da segurança nas favelas, preciso deixar claro que, para mim, é difícil falar de favela sem antes falar de escravidão. Com o fim da escravidão, formam-se duas sociedades: a que tem o “lado bom” e a que tem o “lado podre”. E no “lado podre” estão as prostitutas, os traficantes, os pretos, os pobres, os desdentados, os nordestinos e todos aqueles que foram excluídos da sociedade brasileira”.

Concordando com MV BILL, seguimos na tentativa de melhor compreender este espaço e a população negra nele inserida.

Desde o início da sua formação, há 112 anos, as comunidades populares são vistas de forma homogênea, por meio de estereótipos que não contribuem efetivamente para uma análise aprofundada e diferenciada da realidade social, econômica, política, cultural; enfim, em sua complexidade e pluralidade.

As diferentes descrições produzidas pelos jornais em mais de um século de ocupação dos espaços populares na cidade têm em comum a manutenção do olhar negativo dirigido a estes espaços. Um olhar reducionista e generalizante das



comunidades, que favorece a estigmatização e o preconceito em relação a estes territórios e seus moradores.

Algumas notícias que foram publicadas na época das primeiras ocupações desses espaços, podem ser apresentadas como exemplo dessa situação:

Ali é impossível ser feito o policiamento porquanto, nesse local, foco de desertores, ladrões e praças do Exército, não há ruas, os casebres são feitos de madeira e cobertos de zinco e não existe, em todo o morro, um só bico de gás, de modo que para a completa extinção dos malfeitores apontados torna-se necessário um grande cerco, (...) de pelo menos 80 praças devidamente armados.

Jornal do Brasil 4/11/1900

O ilustre Dr. Passos, ativo e inteligente Prefeito da Cidade, já tem as suas vistas de arguto administradoras voltadas para a “Favela” e em breve providências serão dadas de acordo com as leis municipais, para acabar com esses casebres. É interessante fazer notar a formação dessa pujante aldeia de casebres e choças no coração mesmo da capital da República, eloquentemente dizendo pelo seu mudo contraste a dois passos da Grande Avenida, o que é esse resto de Brasil pelos seus milhões de quilômetros. Everardo Backheuser, engenheiro da Prefeitura, publicado na revista Renascença, 1905.

Aquelas ruas, como é sabido, ficam próximas ao morro da Favela, local em que se acoitam os maiores desordeiros, vagabundos e gatunos, a gente da pior espécie, também disseminados pelo morro da Favela e pelas diversas ruas adjacentes

Jornal do Commercio, 1905

É o lugar onde reside a maior parte dos valentes da nossa terra, e que, exatamente por isso – por ser o esconderijo da gente disposta a matar, por qualquer motivo, ou, até mesmo, sem motivo algum –, não tem o menor respeito ao Código Penal nem à Polícia, que também, honra lhe seja feita, não vai lá, senão nos grandes dias do endemoniado vilarejo.

Jornal O Correio da Manhã 1909

Não é de surpreender o fato de os pretos e pardos prevalecerem nas favelas. Hereditariamente atrasados, desprovidos de ambição e mal ajustados às exigências sociais modernas, fornecem em quase todos os nossos núcleos urbanos os maiores contingentes para as baixas camadas da população.

Jornal Distrito Federal, 1949.

Estes exemplos mostram o investimento midiático histórico (MATTOS, 2008) em associar comunidades populares, pobreza e criminalidade. Desde o início da ocupação desses espaços seus moradores são marginalizados, vistos como os maiores responsáveis pela criminalidade na cidade do Rio de Janeiro.

As comunidades populares são descritas de diferentes formas como ameaça à sociedade, em especial à segurança e à saúde. Isto pode ser evidenciado nas palavras de Mattos (2008, p.16):

[...] enquanto o Rio de Janeiro se modernizava, as favelas iam consolidando a sua condição de territórios das “classes perigosas” na grande imprensa. Desde o início do século XX, as favelas eram associadas às imagens de perigo nos jornais cariocas”, esses dispositivos sociais simulam “padrões consensuais de conduta”.

O desalojamento dos moradores de favelas era noticiado pela mídia, em alguns momentos de forma explícita e, em outros, nem tanto,. Quando era trazida uma ideia diferente ou seja, contra o desalojamento, esta era compreendida como uma perigosa precipitação da Prefeitura, não como uma manifestação de sensibilidade social por parte do jornal, durante o já avançado processo de reformulação urbana da capital. No entanto, o discurso dramático a favor dos “pobres operários ‘[...] que desesperadamente lutam para a subsistência de suas famílias” (MATTOS, 2008, p.160), ao atuar no plano da caridade, da ajuda e da filantropia, estava muito distante do reconhecimento dos direitos e da humanidade dos habitantes das favelas.

“Direitos humanos” diziam respeito às elites. Porém, como nos mostra a história, os segmentos pauperizados e percebidos como marginais sempre estiveram fora dos direitos à vida e à dignidade. Para este grupo, os direitos humanos previstos para todos as pessoas sempre foram negados conforme Coimbra (2003, p. 236 in apud VILELA; CEREZZO; RODRIGUES, 2003,12:.

[...] se não entendermos os direitos humanos como objeto natural, já dado, obedecendo a determinados modelos que lhe seriam inerentes, podemos produzir outros direitos humanos: não mais universais, absolutos contínuos e evolutivos. Produzir sim e porque não? –, a afirmação de direitos locais, descontínuos fragmentários, processuais em constante movimento e devir, múltiplos como as forças que se encontram no mundo.

As comunidades populares, ao longo da história e ainda na contemporaneidade, são descritas nos diferentes meios de comunicação com o discurso da ausência. Traduzidas potencialmente como lugares construídos e constituídos pela falta de educação, saúde, segurança e cidadania, elas ocupavam, e ainda ocupam, um espaço no imaginário social como localidades produtoras de miséria e violência.

As observações utilizadas frequentemente pela mídia e pelos órgãos públicos reforçam o entendimento negativo a respeito destes espaços e de seus moradores na cidade do Rio de Janeiro (SOUZA E SILVA, 1999). Nessa perspectiva, Sodré (1999, p.

45) diz que os meios de comunicação “forjam esquemas dominantes de percepção e de significação do mundo; criam existências, vidas, mortes, mocinhos, bandidos, heróis e vilões; enfim, poderosos e eficientes processos de subjetivação.”

A mídia tem sido um instrumento importante na produção e na manutenção do processo de marginalização dos espaços populares, apresentando-os como espaços negativos e perigosos. Nosso entendimento é reforçado por notícias como a do jornal O Globo em 12/10/2008 que trazia como manchete: “Bem-vindo ao inferno”. Uma referência ao Complexo do Alemão, mais especificamente ao tiroteio ocorrido na madrugada do dia anterior, com a entrada da polícia na comunidade.

Na edição do Jornal **O Globo** do dia 13.10.2008, a manchete era referente a um campeonato de futebol. Não havia, nem no interior do jornal, notícia sobre o Complexo do Alemão. Dessa forma, a vida no local havia retomado a invisibilidade para a sociedade brasileira. Mas, para os moradores desta e de outras comunidades, os efeitos de reportagens que reforçam os estigmas continuam a existir como dispositivos produtores e construtores de subjetividades.

Em outra reportagem, no dia 13 de julho de 2009, o **Jornal do Brasil** trazia como manchete “A violência desce o morro”, referindo-se ao crescimento de assaltos registrados “nos asfustos da cidade” nos últimos meses. De acordo com entrevista do deputado estadual Marcelo Freixo (2007)<sup>5</sup>.

[...] o novo inimigo público é aquele que sobrou de uma sociedade de mercado. É aquele que está desorganizado, desassistido. É identificado pela cor de pele e pelo local de moradia. Se o cara é negro e foi morto pela polícia, não precisa de investigação, né? Ele já é considerado bandido. Hoje, a essência da luta de classe passa pela questão dos direitos humanos. Falam que estamos em guerra e na guerra tudo vale. Para haver guerra, é necessário um território. No território do inimigo não existe parâmetro legal. E que território é esse? É a favela. É aí que eu digo que a imprensa tem papel fundamental, porque noticia a “guerra do Rio”. E quando se absorve de forma inquestionável que estamos em guerra, você naturaliza e aceita uma série de coisas que a guerra traz, inclusive a morte. E de preferência a morte de quem não é igual a você. [...] Mais do que a porta da fábrica, a porta da favela é a maior trincheira da luta de classes hoje. E quantas vezes eu já não escutei que direitos humanos são os direitos de defesa do bandido? Na verdade, o que se nega não é fato de ter direito, é o fato de ser humano. Como você não considera que ele tenha os compromissos éticos que você tem, você o anula. E aí se torna inadmissível que ele tenha um conjunto de direitos.

---

<sup>5</sup> Entrevista em 10.12.2007. Disponível em <<http://www.fazendomedia.com/novas/entrevista20071210.htm>>. Acesso em 12 out. 2011.

As informações sobre as comunidades populares revelam uma tendência mantida ao longo do tempo em retratar estes territórios a partir de aspectos que o revelam apenas negativamente. No entanto, uma definição adequada desses espaços deveria considerar as desigualdades da cidade e suas contradições como um todo.

Nas observações cotidianas sobre as práticas da mídia em geral, em relação às comunidades populares e a população negra, sentimos dificuldade em encontrar informações positivas. A violência é comumente afirmada, enquanto ações que mostram a criatividade e a positividade dessa população, que poderiam construir um outro registro, são inviabilizadas. A tirinha de humor a seguir do jornal **O Globo** de 21/09/2010 expõe a questão racial (DAHMER; 2010, Caderno B)



Entendemos que essas notícias e outras com o mesmo enfoque são produtoras dos estigmas se dirigem a estes territórios e a seus moradores. Informações como estas mencionadas, com grande destaque à violência local, apresentada na mídia representada por jornais como *O Globo* e *Jornal do Brasil*, ou as que reforçam a relação entre pobreza e criminalidade, são os grandes construtores sociais de um modo de olhar negativo e do medo (MALAGUTTI, 2003) das comunidades populares, por parte de outros segmentos da população, que se reafirma ao longo dos anos na sociedade brasileira.

Malagutti (2003, p. 21) enfatiza como as práticas de difusão do medo no Brasil são introduzidas como dispositivos para neutralizar e disciplinar a população empobrecida:

[..] O fim da escravidão e a implantação da República (fenômenos quase concomitantes) não romperam jamais aquele ordenamento. Nem no ponto de vista sócio – econômico, nem do cultural. Daí as consecutivas ondas da rebelião negra, da descida dos morros. Elas são necessárias para a implantação de políticas de lei e ordem. A massa negra, escrava, liberta, se transforma num gigantesco Zumbi que assombra a civilização; dos quilombos ao arrastão das praias cariocas.

Uma das preocupações deste trabalho é contribuir para a visibilidade dos efeitos das produções midiáticas que descrevem com grande negatividade as comunidades populares e seus moradores. E também pensar esses efeitos sobre a produção de subjetividade da população moradora desses espaços, sendo em a sua maioria construída pela população negra. Conforme Coimbra (2011):

[...] formas de existir e viver no mundo são construções competentes advindas de diferentes equipamentos sociais. Dentre estes, gostaria de chamar a atenção para a mídia, pelo poder que hoje possui, numa sociedade globalizada como a nossa. As diferentes faces da violência presentes nos centros urbanos são interpretadas por muitos como se originando, principalmente, das favelas e periferias. Tais visões têm sido competentemente produzidas e fortalecidas também pelos meios de comunicação de massa que, cotidianamente, apontam serem esses locais – onde predominam a fome e a miséria – os espaços da desordem, do crime, da marginalidade, da bandidagem. Esses locais devem ser evitados, e mesmo isolados, porque perigosos. Um dos mais eficazes aparelhos, hoje responsável pela forma como interpretamos e concebemos o mundo, é a mídia.

## 1.1 SERVIÇOS DE SAÚDE E POPULAÇÃO NEGRA

Pensando na produção das comunidades populares, poderemos compreender o quanto o setor responsável pela saúde do Estado esteve intimamente relacionado ao processo de construção desses espaços na cidade. No entanto, essa relação parece ter ficado silenciada ao longo dos anos. De acordo com Valladares (1989, 84):

[...] Resgatar o discurso sobre a pobreza implica, necessariamente, considerar: em primeiro lugar a questão da saúde e da necessidade de higienização da cidade tais quais aparecem no discurso médico higienista do século XIX:” Valladares prossegue [...] Assim como ocorreu em alguns países europeus foi a questão sanitária–higienista que propiciou, no Brasil, o despertar

para as precárias condições de vida de amplos segmentos da população. Caracterizado como verdadeiro “inferno social” o Rio era a capital das epidemias (febre amarela, peste, cólera e varíola) e de outras doenças fatais como a tuberculose, que não poupavam nem os recém – chegados da Europa nem os residentes locais, adultos ou crianças). A propagação das doenças relacionava-se diretamente às catastróficas condições de higiene, às quais estava submetida grande parte da população

No fim do século XIX e início do XX, no que se refere a saúde, temos a marca da entrada de um modo que se propõe a organizar a saúde da população, regulando seus hábitos. De acordo com Oliveira (2008, p. 76):

No começo do século XX o Estado brasileiro passou a desempenhar com maior rigidez o seu papel de regulador e normatizador do que se considera higiene naquela época (a criação de hábitos saudáveis, para manter ou adquirir um corpo e uma mente sadios). O Brasil buscou como modelo higienista o que se realizava na Europa uma concepção de higiene moldada por uma espécie de “moralidade sanitária” e uma educação em saúde que envolvia, com prioridade, o “patrulhamento sanitário” dos “desregrados”.[...] O discurso higienista dos médicos foi a ferramenta da burguesia para disciplinar a horda dos pobres “anti-higiênicos”. Não é a toa, que até hoje o “cheiro de pobre” e a “sujeira de pobre” ainda parece ser uma verdade obrigatória e sinônimo de “desorganização social”, agente etiológico das doenças, e cabe aos médicos “controlar” esses perigos!

Todo movimento em prol desse modelo disciplinar de atenção em saúde foi, convencionalmente, nomeado “movimento higienista”. Reunia intelectuais, médicos sanitaristas e estudiosos da higiene que, em comum, tinham o desejo de intervir nas condições de saúde coletiva da população brasileira. Conforme Josephson (apud VILELA; CEREZZO; RODRIGUES, 2003, p. 121), “no processo de modernização das elites se têm início um processo de medicalização e intervenção sem fronteiras no corpo social”. A medicina e o Estado estabelecem uma aliança: o Estado aceita medicalizar suas ações políticas e reconhece o valor político das ações médicas um acordo estabelecido a partir do entendimento das questões relativas a salubridade (VILELA; CEREZZO; RODRIGUES, 2003).

O movimento higienista se solidifica após a Revolta da Vacina (BRASIL, 2011). O Rio de Janeiro, na passagem do século XIX para o século XX, era uma cidade de ruas estreitas com saneamento precário sendo um foco de doenças como febre-

amarela, varíola, tuberculose e peste<sup>6</sup>. Os navios estrangeiros faziam questão de anunciar que não parariam no porto carioca e os imigrantes recém-chegados da Europa morriam às dezenas de doenças infecciosas.

Ao assumir a presidência da República, Francisco de Paula Rodrigues Alves instituiu como meta governamental o saneamento e a reurbanização da capital da República. Para assumir o comando das reformas, nomeou Francisco Pereira Passos para o governo municipal. Este, por sua vez, chamou os engenheiros Francisco Bicalho e Paulo de Frontin para realizarem, respectivamente, as reformas do porto e do Centro.

Rodrigues Alves nomeou ainda o médico Oswaldo Cruz para o saneamento. Para combater a peste, ele criou brigadas sanitárias que cruzavam a cidade espalhando raticidas e ordenando que o lixo fosse removido. Em seguida, os alvos foram os mosquitos transmissores da febre-amarela. Finalmente, restava o combate à varíola. Autoritariamente, foi instituída a lei de vacinação obrigatória.

A população, humilhada pelo poder público autoritário e violento, não acreditava na eficácia da vacina. Os pais de família rejeitavam a exposição das partes do corpo a agentes sanitários do governo. A vacinação obrigatória agravou a insatisfação popular que já existia em relação ao Estado devido ao “bota-abaixo”. Durante uma semana, a população enfrentou as forças policiais e do exército até que fosse totalmente reprimida. De 10 a 16 de novembro de 1904, o episódio transformou a recém-reconstruída cidade do Rio de Janeiro numa praça de guerra, com barricadas erguidas e confrontos generalizados.

Neste período, também se articula um encontro com universitários e profissionais diversos para a discussão da nacionalidade brasileira com foco nas questões sociais e biológicas. Como resultado do encontro, foram tirados pontos que deveriam ser cuidados pela sociedade eugênica. São eles: 1 – os estudos sobre hereditariedade; 2 – educação moral, higiênica e sexual (a educação sexual englobava a luta pela normatização do casamento); 3 – orientações para leis de imigração e

---

<sup>6</sup> A peste é uma doença infecciosa aguda que se manifesta sob três formas clínicas principais: bubônica, septicêmica e pneumônica. O agente etiológico é a bactéria *Yersinia pestis*, transmitida pela picada de pulgas infectadas. A peste pneumônica é transmitida por gotículas bronco-pulmonares expelidas pela tosse. Os vetores envolvidos na transmissão da doença no Brasil são os siphonapteros ou pulgas. Disponível em <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em 15 set 2011.

contenção e confinamento dos “indesejáveis sociais”: doente físico e portadores de comportamento patológico (OLIVEIRA, 2002).

A biologia era utilizada de modo truncado e parcial, apenas para afirmar as ideias eugênicas, legitimando preconceitos. Em 1923, foi criada pelo psiquiatra Gustavo Riedel a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), com o objetivo de melhorar a assistência aos doentes mentais, visando à eugenia e a educação dos indivíduos. Antes de fundar a LBHM, o psiquiatra havia criado um ambulatório de profilaxia ao lado da Colônia Engenho de Dentro.

No decorrer dos anos de trabalho, outros psiquiatras saíram da prática tradicional e começaram a atuar no domínio cultural que era situado fora da Psiquiatria dizendo-se higienistas, pois, segundo Costa (2007, p. 47): “a eugenia foi o artefato que permitiu aos psiquiatras dilatar as fronteiras da Psiquiatria e abranger, desta maneira, o terreno social”.

Passados mais de cem anos da abolição da escravidão e do início da ocupação das comunidades populares, a população negra ainda vive a ausência de dispositivos de cuidados em saúde. Conforme Oliveira (2001,14), “[...] só há muito pouco tempo, é que brasileiros vêm cuidando da população negra doente e até hoje o acesso dessa população aos serviços médicos de boa qualidade é dificultada”.

Após a abolição oficial da escravatura, foram muitos os anos de luta e denúncias sobre a fragilidade do modelo brasileiro de democracia racial. A fundação da Frente Negra Brasileira, em 1931, permitiu que as questões e demandas de classe e raça entrassem na arena política brasileira, fortalecidas, posteriormente, pelo Movimento Social Negro, que atua desde a década de 1970.

As décadas de 1930 e 1980, foram marcadas pela eclosão de inúmeros movimentos sociais no mundo que manifestaram aos chefes de Estado a insatisfação dos negros em relação à sua qualidade de vida. Assumiram proeminência na luta dos negros dos Estados Unidos contra as regras de segregação racial, impostas no país e a dos negros sul-africanos, contra o sistema do *apartheid*.

No que se refere à saúde no Brasil, a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constituiu um marco na luta por condições dignas de saúde para a população brasileira, uma vez que nesse encontro fica garantido que a saúde é um direito



universal de cidadania e dever do Estado. Nesta conferência, o Movimento Social Negro participou, ao lado de outros movimentos, em especial o Movimento pela Reforma Sanitária, do processo de elaboração e aprovação das propostas. Como principal desdobramento da conferência e conquista fundamental dos movimentos sociais, a Assembleia Nacional Constituinte introduziu o sistema de seguridade social na Constituição Federal de 1988, do qual a saúde passou a fazer parte como direito universal, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual, a ser provido pelo Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1988).

As primeiras inserções do tema Saúde da População Negra nas ações governamentais, no âmbito estadual e municipal, ocorreram na década de 1980 e foram formuladas por ativistas do Movimento Social Negro e pesquisadores. Na década de 1990, o governo federal passou a se ocupar do tema, em atenção às reivindicações da Marcha Zumbi dos Palmares, realizada em 20 de novembro de 1995, o que resultou na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI) e do Subgrupo Saúde.

Em 1996, o GTI organizou uma mesa-redonda com o tema Saúde da População Negra. Neste encontro, foram efetivadas as seguintes propostas: 1) a introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos; 2) a elaboração da Resolução CNS nº 196/96, que introduziu, dentre outros, o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos; e 3) a recomendação de implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme.

Como desdobramento das lutas políticas pela representação das questões raciais em 23 de março de 2003 foi criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003, como órgão de assessoramento direto da Presidência da República, com *status* de ministério, representando uma efetiva conquista do Movimento Social Negro. A SEPPIR (BRASIL, 2003) tem como atribuição institucional: “Promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, por meio do acompanhamento e da coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentre os quais o da Saúde, e outros órgãos do governo brasileiro”.

Após a conquista da SEPPIR, esforços foram mantidos para garantir que as questões relacionadas à saúde da população negra fossem inseridas como prioridade entendidas como questão de equidade, conforme está previsto em um dos princípios do SUS<sup>7</sup>. Em 18 de agosto de 2004, no encerramento do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, foi assinado Termo de Compromisso entre a SEPPIR e o Ministério da Saúde, referenciado nas formulações advindas de ativistas e pesquisadores negros, contidas no documento “Política nacional de saúde da população negra: uma questão de equidade”. Durante o seminário, foi instituído oficialmente o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde, tendo como função assessorar o Ministério da Saúde na elaboração e desenvolvimento de políticas, programas e ações voltadas para a adequação do SUS e as necessidades da população negra.

O processo de construção de uma política de saúde<sup>8</sup> para a população negra compreende que o racismo no campo da saúde deve ser enfrentado pelo SUS. Sendo

---

<sup>7</sup> Princípios do SUS: **Universalidade** : “A saúde é um direito de todos”, como afirma a Constituição Federal. Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover *atenção* à saúde, ou seja, é impossível tornar todos sadios por força de lei. **Integralidade** : A atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria. **Equidade**: Todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam. Por isso, enquanto a Lei Orgânica fala em *igualdade*, tanto o meio acadêmico quanto o político consideram mais importante lutar pela *equidade* do SUS. Este é **um princípio de justiça social porque busca diminuir desigualdades. Isto significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.** **Controle Social**: Esse princípio, foi melhor regulado pela Lei nº 8.142. Os usuários participam da gestão do SUS através das **Conferências de Saúde**, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis, e através dos **Conselhos de Saúde**, que são órgãos colegiados também em todos os níveis. Nos Conselhos de Saúde ocorre a chamada **paridade**: enquanto os usuários têm metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores outro quarto. **Descentralização político-administrativa**. O SUS existe em três níveis, também chamados de **esferas**: nacional, estadual e municipal, cada uma com comando único e atribuições próprias. Os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde; as transferências passaram a ser “fundo-a-fundo”, ou seja, baseadas em sua população e no tipo de serviço oferecido, e não no número de atendimentos. Hierarquização e regionalização. Os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade; o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados apenas quando necessário. Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contra-referência entre os serviços de saúde, melhor a sua eficiência e eficácia. Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência, ou seja, é responsável pela saúde de uma parte da população. Os serviços de maior complexidade são menos numerosos e por isso mesmo sua área de abrangência é mais ampla, abrangência a área de vários serviços de menor complexidade. Disponível em <[www.saude.rio.rj.gov.br](http://www.saude.rio.rj.gov.br)>. Acesso em 15 set. 2011.

<sup>8</sup> [www.saude.gov.br / saúde da população negra](http://www.saude.gov.br/saude-da-populacao-negra)

assim, em novembro de 2006, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou, por unanimidade, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que definiu os princípios, objetivos e responsabilidades de gestão pública sobre a melhoria das condições de saúde desta população. Incluindo “ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como gestão participativa, participação popular e controle social, esta política nacional (2009) reconhece a presença do racismo institucional e o descreve:

[...] a impossibilidade de determinadas instituições de oferecerem serviços com igual qualidade a pessoas de diferentes origens raciais. O racismo institucional se apresenta nas práticas e comportamentos discriminatórios no cotidiano das instituições colocando pessoas de determinados grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pela ação das instituições e organizações.

Em 2008, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (gestores do nível federal, estadual e municipal) e a mesma foi divulgada no **Diário Oficial da União** em maio de 2009. Atualmente essa Política é lei conforme aprovação do Estatuto de Igualdade Racial (Lei 12.288, de 20 de julho de 2010) que entrou em vigor no dia 20 de outubro de 2010, tornando-se um dos principais mecanismos legais para o enfrentamento das desigualdades raciais (BRASIL, 2009, p. 20).

## 2 SOCIEDADE BRASILEIRA E RACISMO: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

*O silêncio oculta o racismo brasileiro.  
Silêncio institucional.  
Silêncio público e silêncio privado.  
Silêncio a que nos habituamos”  
Ricardo Henriques*

O racismo se define pelo conjunto de práticas que se baseiam na superioridade de um grupo populacional sobre outro, produzindo condições sociais desfavoráveis, no que diz respeito ao acesso a bens materiais e culturais, ao trabalho, educação, saúde, habitação digna e outros aspectos relacionados ao bem-estar social. As desigualdades não operam somente na restrição de direitos básicos, elas também expõem a população negra a diversos fatores de risco social intimamente ligados à saúde (CRIOLA, 2008).

Na sociedade brasileira, o racismo se justifica e se mantém por intermédio do mito da “democracia racial”, segundo o qual acredita-se que o Brasil, devido à ausência de conflitos raciais explícitos, como ocorreu nos Estados Unidos e na África do Sul, é um país onde não há obstáculos à ascensão social do negro, ou seja, que o Brasil seria “uma nação sem raça”. Era essa a imagem passada para o exterior e para a sociedade brasileira: a de que fazíamos parte de um território democrático no quesito racial.

Para Costa (2007), a ideologia da democracia racial, permitiria a integração social de muitos mestiços devido a seus traços físicos e por uma situação econômica mais próxima da população branca. Sovik (2010) destaca que o discurso da mestiçagem permitia para os que falavam numa perspectiva branca, “brincar de ser populares”.

Os negros continuavam a ser excluídos, porque apenas como mestiços seriam aceitos socialmente. Sendo assim, podemos compreender que mesmo quando aceitos, estão numa categoria de exceção, o que não favorece a vivência efetiva de pertencimento social.

Conforme relatou Milton Santos:

[...] Ser negro no Brasil é, pois, ser objeto de um olhar enviesado. A chamada boa sociedade parece considerar que há um lugar predeterminado, lá em baixo, para os negros e assim tranquilamente se comporta. Logo tanto é incômodo haver permanecido na base da pirâmide social como haver “subido na vida”. Ainda segundo o mesmo autor “No caso do Brasil, a marca predominante é a ambivalência com que a sociedade branca dominante reage, quando o tema é a existência, no país, de um problema negro. Essa equivocação é, também, duplicidade e pode ser resumida no pensamento de autores como Florestan Fernandes e Octavio Ianni, para quem, entre nós, feio não é ter preconceito de cor, mas manifestá-lo.”<sup>9</sup>

O mito da democracia racial persiste nos dias de hoje, atravessando diversos discursos que demonstram empenho em negar, ou minimizar, a necessidade efetiva da criação de medidas que venham a interferir positivamente na desigualdade vivida pela população negra. Para Carneiro (2003), raça é um conceito eminentemente político. Os argumentos que reiteram as ideologias presentes no senso comum que elogiam a mestiçagem, e a crítica ao conceito de raça, cumprem um papel histórico de impedir a construção de uma sociedade mais justa.

Durante a confecção desta pesquisa, fui questionada numa disciplina do curso de mestrado porque estava pensando nos efeitos do racismo e a prática psi, quando existiam inúmeras formas de violência nas comunidades populares. Com relação a essa questão podemos pensar: O racismo não é violência? O sentimento de não pertencimento reatualizado ao longo da vida não seria produtor de sofrimento psíquico? Não deveria o profissional psi se preocupar com o racismo? Como os efeitos do racismo poderão aparecer na prática do cuidado clínico, enquanto os técnicos não compreendem efetivamente a relevância de trabalhos com a temática racial? Entendo que a população negra deve ser cuidada, não por mais uma especialidade, mas deverá ser adequadamente atendida pelas especialidades já existentes nos diferentes serviços públicos e privados.

Quando analisamos as condições de vida da população brasileira não restam dúvidas quanto à existência do racismo, mas ainda é uma luta afirmar a sua existência e a necessidade de criação de formas de enfrentamento.

De acordo com Nascimento (2005, p. 51):

---

<sup>9</sup> [http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id\\_articulo=527](http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=527)

O racismo” à brasileira” tem uma existência camaleônica, transmuta-se sob o manto da hipocrisia geral que se utilizando de um arsenal de justificativas nega a prática de qualquer ato discriminatório de natureza racial. O incômodo é muito grande porque contraria aquilo que é fortemente defendido como uma característica de nossa sociedade, qual seja a de uma sociedade democrática onde as pessoas podem circular livremente.

Conforme Marquez (1996) O disfarce da “democracia racial’ escondeu a realidade dos morros, das disparidades no acesso à educação, ao trabalho e a tantos outros campos do dia-a-dia do país. O Brasil a se aproximar dessa situação com a gradual desconstrução da “fantasia do paraíso racial”:

Há ainda um longo caminho a percorrer na desconstrução do preconceito racial. É uma questão importante na sociedade brasileira e ainda um desafio afirmar a sua existência entre nós. Dados de uma pesquisa do Instituto Datafolha, do jornal Folha de S. Paulo, mostram um percentual que varia de 3% a 26% dos brasileiros – entre 550 mil e 47 milhões de pessoas – são, ou assumidamente racistas, ou cultivam no seu imaginário ideias associadas à inferioridade inata dos negros ( Folha de São Paulo, 24/11/2008).

No Brasil as amostras dos dados econômicos em relação a população branca e negra tornam evidentes a desigualdade que é muitas vezes negada. A população negra representando 49,8% da população brasileira (IPEA, 2011), corresponde a 65% da população pobre e 70% da população em extrema pobreza. Os brancos representam 54% da população total, mas 30% dos pobres e extremamente pobre (HENRIQUES, 2003,p.42). De acordo com Sovik (2010, p. 50):

A branquitude é atributo de quem ocupa um lugar social no alto da pirâmide, é uma prática social é o exercício de uma função que reforça e reproduz instituições, é um lugar de fala para o qual uma certa aparência é condição suficiente. A branquitude mantém uma relação complexa com a cor da pele, formato do nariz e tipo de cabelo.

Para Nei Lopes (2007), um dos agravantes do racismo no Brasil é o fato deste não ser discutido abertamente:

O Brasil é um país extremamente racista. E passa por ser “bonzinho” porque dissimula esse racismo [...] As coisas agora começam a mudar um pouquinho, com os negros disputando também os bons lugares. Mas aí, a briga começa a ficar feia. O racismo existe porque, um dia, alguém achou que havia uma hierarquia dentro dos grandes grupos humanos. Que uns eram melhores e

mais bem desenvolvidos que outros. Houve até quem desenvolvesse teorias científicas sobre isso. Principalmente procurando mostrar que quanto mais fossem brancas, de cabelos lisos e narizes afilados, as pessoas seriam mais aristocráticas e mais inteligentes que as demais. E a partir desse argumento, os “civilizados” dominaram os “selvagens”, contando-se entre estes principalmente os negros e os índios. Mas hoje a ciência sabe que essa hierarquia não existe, do ponto de vista científico, ocorrendo apenas circunstâncias históricas, sociais e econômicas que determinam o maior ou menor desenvolvimento dos povos. Pessoas menos esclarecidas, entretanto, continuam pensando como os antigos. Essas são as pessoas racistas. E elas estão em todos os lugares, influenciando muito.

Em 4 de novembro de 2009, durante manifestação promovida por organizações não governamentais na Central do Brasil para cobrar mudanças na política estatal de segurança pública, uma mulher que chamarei aqui de Maria, que perdeu o filho de 16 anos em uma comunidade popular, o Morro do Gambá, na Zona Norte do Rio, em 2002, deu seu desabafo (ABDALLA, 2009):

Apesar da Princesa Isabel ter nos libertado, essa política de extermínio ainda nos quer colocar prisioneiros. Presos na dor de perder nossos filhos, na insegurança. Quando descemos para trabalhar não sabemos se vamos voltar. Quando meus netos vão para a escola, a gente não sabe se uma bala os vai achar.

A fala de Maria representa a dor de uma mãe que perdeu o filho e o medo de uma avó. Denuncia as dificuldades vividas pelas famílias pobres da cidade e expõe o desafio de sobreviver na cidade sendo negro, de manter uma “liberdade” concedida. Apesar do esforço do poder hegemônico em organizar num único bloco toda a população empobrecida da cidade, sustentada pelo mito da democracia racial, esta mulher parece sentir que algo a diferencia dos demais. A lembrança da princesa Isabel faz pensar que ela sinta a diferença relacionada à cor da sua pele.

Podemos compreender o mito da democracia racial como um dos dispositivos responsáveis por promover em diferentes aspectos a invisibilidade das questões relacionadas às especificidades vividas pela população negra, incluindo aquelas relacionadas à saúde e mais especificamente à saúde mental.

Para Eloi Ferreira de Araújo, ministro-chefe da Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), ainda irá demorar 65 anos para que o Brasil possa ser

considerado um país com oportunidades iguais para negros e não-negros (Jornal O Dia, 2010):

O racismo é uma das práticas mais odiosas presentes nas relações humanas. No Brasil, nossa história nos trouxe uma forma de desenvolvimento bem desigual, por conta do processo de escravidão que o país experimentou há cerca de 380 anos. Isto gerou um processo de exclusão e invisibilidade dos negros, colocando-os em posições inferiores na pirâmide social, numa condição de menores acessos a moradia, estudo e mercado de trabalho [...] Há pouco tempo, uma mulher tentou furar a fila na minha frente no supermercado e eu questionei. Ela veio dizendo: 'Olha a sua cor da sua pele e olha a minha?'. Estas coisas todas mexem com o nosso orgulho.

A escolha pelo recorte em relação à saúde da população afrodescendente para o desenvolvimento do presente trabalho se deve à importância do desenvolvimento de práticas de cuidado em saúde direcionadas a este grupo de brasileiros. De acordo com Kabengele Munanga (2003, p. 9):

O preconceito racial é um fenômeno de grande complexidade. Por isso, costumo compará-lo a um iceberg cuja parte visível corresponderia às manifestações do preconceito, tais como as práticas discriminatórias que podemos observar através dos comportamentos sociais e individuais. Práticas essas que podem ser analisadas e explicadas pelas ferramentas teórico-metodológicas das ciências sociais que, geralmente exploram os aspectos e significados sociológicos, antropológicos e políticos, numa abordagem estrutural e/ou diacrônica. À parte submersa do iceberg correspondem, metaforicamente, os preconceitos não manifestos, presentes invisivelmente na cabeça dos indivíduos, e as consequências dos efeitos da discriminação na estrutura psíquica das pessoas.

Neste trabalho, escolhi por nomear os territórios da minha pesquisa como Comunidades Populares e não como Favelas, devido ao estigma criado em relação ao nome favela. Enquanto a designação "Comunidades Populares" parece favorecer a inclusão dos laços sociais e a multiplicidade cultural existentes nesse território, o nome Favela está muito associado aos estigmas negativos que foram e continuam sendo produzidos na tradução desses espaços na cidade ao longo dos anos. No dicionário Aurélio, favela é apresentado como "o conjunto de habitações populares, em geral toscamente construídas e usualmente deficientes de recursos higiênicos". Com esta forma de entendimento seria difícil conseguir apontar para outros modos de vida que considero fundamentais para o desenvolvimento de qualquer trabalho nesse espaço.



Seria ingenuidade ou mesmo um erro negligenciar as dificuldades vividas pela população moradora deste território. Porém, considero importante o investimento na construção de um olhar – “para além da falta” – que possa valorizar a diversidade desse espaço. Mesmo compreendendo que minha escolha por determinada nomenclatura está ligada à minha relação com este território, considerarei importante discutir com os moradores deste espaço a terminologia que deveria utilizar na minha dissertação.

Com esse entendimento, fui consultar as mulheres do grupo “Toque de Mão”, formado por onze mulheres negras artesãs moradoras das comunidades do bairro de Santa Teresa, no centro do Rio de Janeiro.

Evidencia-se, desta forma, a escolha metodológica utilizada nesta pesquisa, que consiste na utilização de atendimentos realizados nesses espaços, com o objetivo de relacionar teoria e prática, desta forma dando melhor visibilidade e compreensão ao trabalho desenvolvido.

Em meus encontros semanais, perguntei como nomeiam o lugar onde moram (Este grupo sabe da minha pesquisa e muitas vezes pergunta sobre o desenvolvimento do trabalho). Obtive como respostas<sup>10</sup>:

Helda – Eu chamo de Comunidade. Comunidade parece comunhão, como às vezes eu tenho com minha vizinha. Favela é presídio, que fica um em cima do outro sem direito a nada só a sofrer. Gosto de pensar em chamar de Localidade, como ouvi noutro dia num encontro. Um rapaz chamou a comunidade dele de Localidade. Acho que poderia chamar também de condomínio porque é perto do asfalto. Porque não é condomínio?

Conceição – Favela é quando tem barraco só, é horrível. Comunidade entra também as casas melhores com tijolo e as que o chão que tem piso.

Selma – Favela é tudo preto e branco é triste. Comunidade é colorido.

Nazareth – Chamo de Comunidade é assim como falam Comunidade Popular. Acho menos agressiva comunidade, favela é lugar de um povo que não tem direito a sobreviver.

Ivone – Favela não tem serviço de água, luz, gás, coleta de lixo, comunidade tem.

---

<sup>10</sup> O nome de todas as mulheres foi alterado. O procedimento será o mesmo em relação a todas as pessoas mencionadas nesse trabalho.

Didi – Favela é lugar negativo de gente agressiva, violenta, lugar de favelado é um nome muito pesado. Comunidade é um lugar que já foi melhorado.

Gabriela – Comunidade ameniza, é um nome mais bonito.

As respostas dadas sobre o entendimento dessas mulheres em relação ao nome de seu espaço de moradia foram determinantes para sustentar a escolha. O termo comunidade me parece permitir a construção de um entendimento plural, como diz Sodré (1999):

[...] Comunidade ressoa a afinidade (territorial, linguística, religiosa, etc) que leva por isso mesmo os indivíduos a se diferenciarem originalmente uns dos outros, no interior do mesmo grupo e depois, de grupos diferentes. Ou seja, antes de ser o locus dos assemelhamentos ou das identidades estáveis, a comunidade é um operador de diferenciação, algo suscetível de gerar uma relação social.

Cada mulher explicou sua escolha do modo de nomear o espaço de moradia. Houve um entendimento comum nas falas de que Favela é um lugar negativo e também é negativa a imagem do morador deste espaço. Aproveitamos o encontro para discutir como é produzido o entendimento atualmente incorporado por elas e também pelo imaginário social.

O racismo se apresenta como uma forte expressão de desigualdade que afeta grande parte da população do país. O Brasil é o país com a segunda maior população negra do mundo, abaixo apenas da Nigéria. Uma projeção das tendências da última década sugere que, em algum momento de 2008, a população negra será mais numerosa que a branca. Se as tendências de fecundidade continuarem como nos últimos anos, a partir de 2010 o Brasil será um país com maior população negra do que branca. (Desigualdades raciais, racismo e políticas públicas: 120 anos após abolição, IPEA, 2008)

Em relação a saúde, as desigualdades se apresentam nos dados epidemiológicos que mostram a diminuição da qualidade e da expectativa de vida da população negra (PORTAL DA SAÚDE, 2011). Conforme mostra Cunha (2001) negras e negros “apresentam níveis mais baixos de instrução, residem em áreas com menos serviços de infra-estrutura básica, sofrem maiores restrições ao acesso a serviços de

saúde e, quando dispõe dele, deparam-se com menor qualidade e “resolutividade” relativa.

Ou seja, essa parte da população brasileira vivência, em quase todas as dimensões de sua existência, situações de exclusão, marginalidade e/ou discriminação sócio econômica, o que a coloca em posição de maior vulnerabilidade diante de uma série de agravos à saúde”.

Os dados do IPEA (2002) mostram que de cada dez pobres, seis são negros. Enquanto 22% de brancos são considerados pobres, este percentual na população negra é de 47%. Em 2001 a renda domiciliar *per capita* entre homens e mulheres brancos era de R\$ 482,10 enquanto para famílias chefiadas por homens e mulheres negros era de R\$ 208,60. Ou seja, a renda dos brancos costuma ser o dobro da renda dos negros, relação que tem se mantido com estabilidade ao longo dos anos. Nos dados referentes a educação, a taxa de analfabetismo é duas vezes maior entre os pretos, assim como existe diferença de dois anos nas médias de anos de estudo em prejuízo para a população negra.

Os negros brasileiros já correspondem a 49,8% da população, de acordo com a terceira edição da Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011). Na população masculina, porém, já são maioria desde 2.005, representando 51,1% da população contra 48,1% dos brancos. A ideologia do racismo na história da sociedade brasileira transformou diferença em desigualdade (IPEA, 2008): “O racismo, o preconceito e a discriminação operam sobre a naturalização da pobreza, ao mesmo tempo em que a pobreza opera sobre a naturalização do racismo, exercendo uma importante influência no que tange à situação do negro no Brasil”.

Considerando que a discriminação racial é estruturante das relações socioculturais brasileiras e que os processos de subjetivação se constroem a partir e no interior destas relações, os dados abaixo ajudam a evidenciar como a população negra é exposta a diferentes situações de vulnerabilidade, inclusive subjetiva.

Conforme Perpétuo (2001, in PNDS, 1996), as enormes desigualdades sociais, econômicas e a falta de acesso aos serviços de saúde expõem as mulheres negras a uma situação de risco.

Barbosa (2001), Martins (2001) e Batista (2003) mostram alto índice de mortalidade das mulheres negras quando comparado ao de mulheres brancas. Pesquisa de Perpétuo (2000) e Chamcham (2000) (in. Werneck e Dacach, 2004) corroboram esses dados quando evidenciam que mulheres negras tiveram menos chances de passar por consultas ginecológicas completas, consultas de pré-natal e de fazer exames ginecológicos no período pós-parto.

Leal e cols. (2004) mostram que no município do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2001, o atendimento em maternidades públicas mostrou que mais que o dobro das gestantes negras não recebeu anestesia em comparação com as brancas. A mesma pesquisa aponta que, enquanto 30% das gestantes brancas não foram informadas sobre os sinais de parto, informações que são fornecidas durante as consultas do pré-natal, esse percentual foi de 37,5% entre as negras.

Analisando o perfil da mortalidade de homens negros e brancos, Batista (2005) mostra que quando se compara a taxa da mortalidade entre esses dois grupos, os negros morrem mais que os brancos. Batista, Escuder e Pereira (2004), pesquisando causas de óbitos em São Paulo mostra, em ordem decrescente de importância, do que negras e brancas morrem:

- brancas/os: neoplasias, aparelho circulatório, aparelho respiratório, sistema nervoso, congênitas, perinatal, aparelho geniturinário, aparelho digestivo, endócrinas e nutricionais, ossos, pele, doenças do sangue;
- pretas/os: causas externas, infecciosas, mal definidas, transtornos mentais, gravidez e parto, endócrinas e nutricionais;
- pardas/os: causas externas, infecciosas, transtornos mentais, gravidez e parto, perinatal;
- outros: neoplasias, aparelho circulatório, aparelho geniturinário, aparelho respiratório, endócrinas e nutricionais.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), enquanto a população branca vive, em média, até os 71 anos, a negra morre aos 66. Indicadores

do Ministério da Saúde também apontam que os negros morrem mais que os brancos de hanseníase, tuberculose, câncer de próstata e câncer cervico-uterino

A população negra apresentou maior risco de morte por causas externas, e mais acentuadamente por homicídios que a população branca. A morte por homicídio caracteriza-se por maior frequência e risco no sexo masculino, negro, idade de 15 a 39 anos, uso de arma de fogo e centros urbanos.

Segundo a característica de raça/cor, observa-se predomínio de pessoas negras (69,3%) entre as vítimas de maus-tratos, variando de 45,5% nos atendimentos por violência psicológica a 81,8% nos atendimentos decorrentes de negligência. As vítimas mais frequentes de negligência e violência física eram pessoas do sexo feminino e negras. A ocorrência de violência sexual foi registrada somente entre as mulheres, predominando a de cor negra.

O risco de morte por causas associadas ao álcool foi maior para a população negra para ambos os sexos e em todas as faixas etárias, com maior discrepância entre as taxas específicas de mortalidade antes dos 40 anos de idade. Mulheres pretas apresentaram em média risco de morrer quase cinco vezes.

Em 2000 a taxa de mortalidade das mulheres negras de 10 a 49 anos, por complicações de gravidez, parto e puerpério, foi 2,9 vezes maior que apresentada por mulheres brancas (BATISTA, ESCUDER; PEREIRA, 2004). Pesquisa (WERNECK; DACACH; 2005). realizada em 2004 mostra que 5,1% das gestantes brancas atendidas em maternidades públicas no Rio de Janeiro no período de 1999-2001 não receberam anestesia no parto normal, em relação às mulheres negras temos um índice de 11,1% dos casos (BRASIL, 2004).

Em relação à saúde da mulher negra, Oliveira (2001) é categórica:

Por mais paradoxal que possa parecer, a abordagem da saúde da população negra no Brasil só consegue se impor enquanto discurso, isto é: só nos ouvem quando nos reportamos ao fato inegável que o marco das nossas reflexões e ações políticas em saúde nada tem a ver com a vida, mas com a morte, pois há fortes evidências que encabeçamos todas as estatísticas de “mortes à-toa e antes do tempo”, em todas as faixas etárias. Há maior crueldade e prova de racismo do que a desigualdade da população negra perante a morte, já que mortalidade precoce e afrodescendentes no Brasil revela omissão dos governos, discriminação de classe e indiferença racial/ética?

Todas essas informações, registradas por órgãos públicos de atendimento à população brasileira, reforçam a importância/necessidade de construirmos práticas no cuidado em relação a saúde que tratem da especificidade vivida pela população negra, como analisam Batista, Escuder e Pereira (2004, p. 38):

Esses dados evidenciam que há uma morte branca que tem como causa as doenças, que um dia nos tomam a todos como um fim inexorável do existir, e que há uma morte negra que não tem como causa as doenças, e que provoca anos impedidos de viver, doenças, sofrimento físico, psíquico e mortes todos evitáveis. Há uma morte negra que não tem causa em doenças; decorre de infortúnio. É uma morte insensata, que bule com as coisas da vida, como a gravidez e o parto. É uma morte insana, que aliena a existência em transtornos mentais. É uma morte de vítima, em agressões de doenças infecciosas ou de violência de causas externas. É uma morte que não é morte, é mal definida. **A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita** (grifo nosso) (BATISTA; PEREIRA, p. 38, 2004).

Os gráficos apresentados a seguir evidenciam diferenças referentes aos dados epidemiológicos em relação da saúde da população negra comparada a saúde da população branca, no Estado do Rio de Janeiro. Eles estão distribuídos por A.P (área programática, forma oficial adotada na assistência à saúde no Município do Rio de Janeiro). As diferenças foram notificadas comparando os dados referentes a saúde da criança e da mulher negra e população branca, conforme o Gráfico 1.

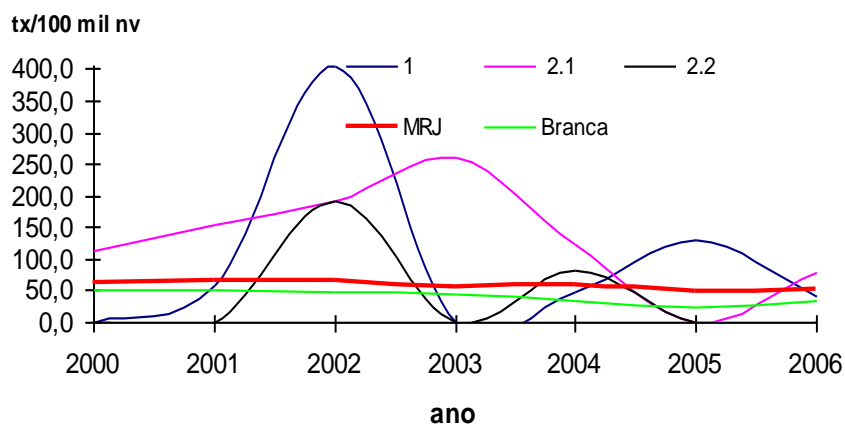


Gráfico 1 – Taxa de mortalidade materna para raça/cor parda/preta, branca e total – Rio de Janeiro (2000-2006)

Fonte: BRASIL (2009)

A seguir os gráficos 2, 3, 4 e 5 mostram o percentual de violência com mortes, segundo a diferença em relação a cor/raça apresentando causas mal definidas e violentas:

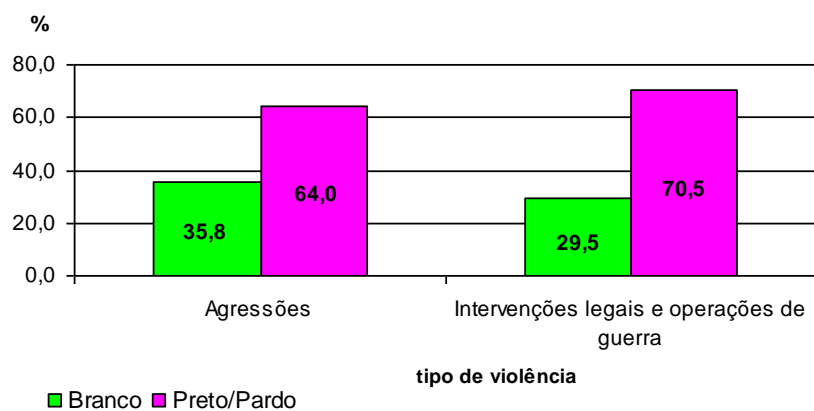


Gráfico 2 – Mortes de residentes na cidade do Rio de Janeiro por agressão e intervenção legal segundo cor (2006)

Fonte: BRASIL (2009)

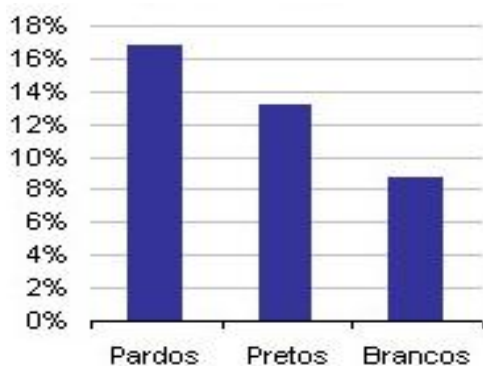


Gráfico 3 – Proporção de óbitos com *causa mortis* mal definida

Fonte: BRASIL (2009)

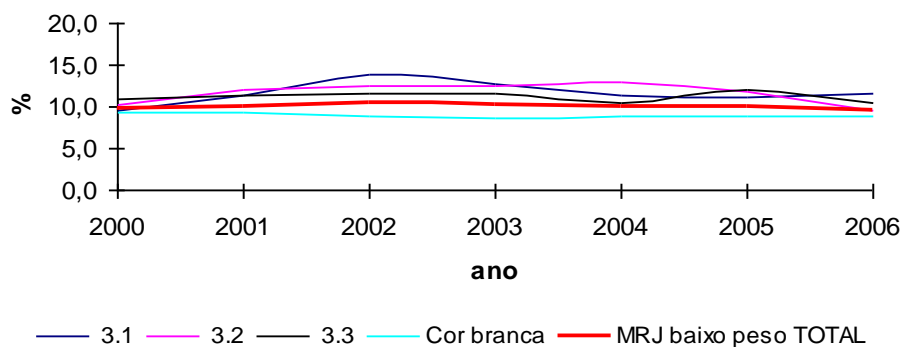


Gráfico 4 – Proporção de nascidos vivos da cor parda e preta com baixo peso e por Ap de Residência e média do minicípio e de recém-nascidos de cor branca (200-2006)

Fonte: BRASIL (2009)

**Distribuição percentual das mortes de residentes na Cidade do Rio de Janeiro por Causas Mal Definidas e Causas Violentas segundo Raça/Cor no ano de 2006.**

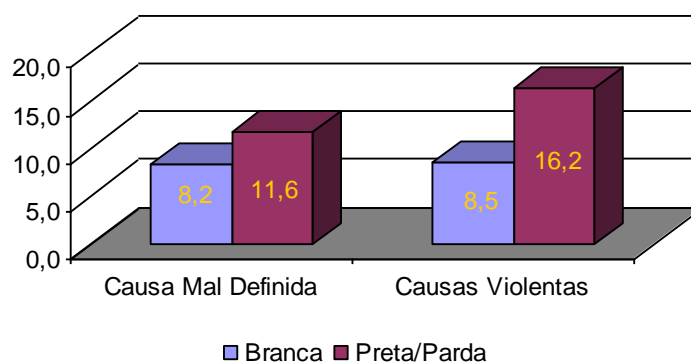


Gráfico 5 – Distribuição percentual de mortes de residentes na cidade do Rio de Janeiro por causas mal definidas e causas violentas segundo raça/cor (2006)  
Fonte: BRASIL (2009)

As publicações do IPEA mostram que os mecanismos de discriminação racial no Brasil não apenas influenciam na distribuição de lugares e oportunidades, mas reforçam a composição racial da pobreza.

Vão mais longe, afirmando que “o racismo, o preconceito e a discriminação operam sobre a naturalização da pobreza, ao mesmo tempo em que a pobreza opera sobre a naturalização do racismo, exercendo uma importante influência no que tange à situação do negro no Brasil” (IPEA, 2008).

Em relação à pobreza, estudos revelam que os negros correspondem a cerca de 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre, representando 45% da população brasileira. Os brancos correspondem a 54% da população total, mas somente 35% dos pobres e 30% dos extremamente pobres (HENRIQUES, 2003 apud OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2005 em CRIOLA, 2007):

O baixo nível de renda, tanto individual quanto domiciliar percapita, restringe as liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno seja deficiente, desgastante e gerador de doença. Em 2001, mais de 32 milhões de negros com renda de  $\frac{1}{2}$  salário mínimo eram potencialmente demandantes de serviços de assistência social e viviam, em sua maioria, em lugares com características indesejáveis de habitação .



Mesmo nas comunidades populares, onde há grande concentração de população de baixa renda, a população afrodescendente, sendo maioria, ocupa lugar de menor poder econômico. Vive muitas vezes em condições que ferem a dignidade humana, experimentando também neste território diferentes formas de violência, como a provocada pela discriminação racial, sem espaço para que essas vivências tenham visibilidade e possam ser cuidadas.

### 3 CLÍNICA: UM OUTRO OLHAR

#### 3.1 MANGUEIRA, A PRIMEIRA ESTAÇÃO

*Em Mangueira a poesia  
Num sobe e desce constante  
Anda descalça ensinando  
Um modo novo da gente viver  
De sonhar, de pensar e sofrer  
Sei lá não sei, sei lá não sei não  
A Mangueira é tão grande  
Que nem cabe explicação*  
(canção de autoria de Paulinho da Viola  
e Hermínio Bello de Carvalho)

O território é antes de tudo lugar de passagem  
(DELEUZE; GUATTARI, 1997)

Para começar a dar visibilidade às reflexões construídas no contato com meu campo de pesquisa, que neste trabalho chamarei de “um outro olhar”, começo a descrever minha trajetória nesse território, apresentando situações clínicas e outras experiências que poderão melhor explicitar as possibilidades de produção de potencialidades a partir do encontro entre profissional, população e território. Em alguns momentos, utilizo relatos da experiência, concordando com Barros e Kastrup (2009, p. 73) que:

[...] relatos são exemplos de como a escrita, ancorada na experiência, performatizando os acontecimentos, pode contribuir para a produção de dados de uma pesquisa. Ao escrever detalhes do campo com expressões, paisagens e sensações, o coletivo se faz presente no processo de produção do texto. Nesse ponto, não é mais sujeito pesquisador a delimitar seu objeto. Sujeito e objeto se fazem juntos emergem de um plano afetivo.

A escolha por este território é proveniente da minha relação com as Comunidades Populares, que começou a ser construída em 1997, quando iniciei minhas atividades profissionais numa unidade de saúde na Vila Olímpica da Mangueira. Ingressei nesta unidade ainda na graduação, por meio do estágio de extensão oferecido pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Com o término do estágio e muitas negociações, passei a ser a primeira psicóloga contratada

em 1999, após dezesseis anos de funcionamento da Unidade. Até este momento, o serviço de psicologia era realizado somente por estagiários da UERJ num convênio entre a Vila Olímpica da Mangueira e o Instituto de Psicologia.

As atividades do serviço de psicologia eram direcionadas para a participação nos grupos de gestantes e hipertensos. Com o tempo, passei a realizar atendimentos clínicos individuais, familiares e interconsultas com a assistente social. A unidade de saúde tinha profissionais nas especialidades de médico clínico geral, pediatra, ginecologista, odontólogo, enfermeira, assistente social e técnicos de enfermagem. Todos os técnicos trabalhavam numa rotina padrão, com consultas pré-agendadas. A população que buscava atendimento (busca denominada demanda livre) em alguns momentos era atendida, mas na maioria das vezes era encaminhada para marcações futuras.

A unidade de saúde iniciou suas atividades em 1984 como centro médico financiado e orientado técnica e politicamente pela Golden Cross<sup>11</sup>, empresa privada que mantinha o convênio para a realização do trabalho. Era coordenada a partir de uma visão medicocentrada, voltada para a doença, numa lógica que entendia o trabalho realizado como filantropia e os moradores como receptores de benesses assistenciais. Em janeiro de 2000, houve uma mudança relativa ao convênio que viabilizava a execução do projeto Saúde da Vila Olímpica, que era representado pela unidade de saúde. Nesse ano, o Grêmio Recreativo Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira (GRESEP) assinou convênio com a Secretária Municipal de Saúde.

Com a mudança do convênio, a coordenação da unidade foi substituída, e o restante da equipe técnica, mantido integralmente. O mesmo grupo que trabalhava na unidade quando centro de saúde Golden Cross permaneceu na equipe do Posto de Saúde Mangueira/SMS-RJ. A mudança do convênio trouxe nova orientação no cuidado à saúde, solicitando que fosse deixado de lado o modelo privado de assistência, para a incorporação do modelo de saúde pública, orientado pelo SUS.

---

<sup>11</sup> Golden Cross é uma empresa com grande empreendimento em planos de saúde privados. Nesta Unidade por meio de parceria com a Vila Olímpica, ficava com a função de cumprir com o recurso dos pagamentos dos técnicos e com as orientações técnicas para o trabalho.

A mudança de paradigma diversas inovações gerenciais, organizacionais e corporativas, entre elas a permeabilidade das portas da unidade. Como veremos adiante, deixar de lado o antigo modelo assistencial não foi tarefa simples, mas era necessário para que novas práticas em saúde pública pudessem ser construídas.

A enfermeira Ana Brum assumiu a função de coordenadora do posto de saúde. Funcionária da Secretaria Municipal de Saúde cedida a esta unidade, era uma pessoa com experiências anteriores em saúde coletiva e que se preocupava com a construção de vínculos com a comunidade. Buscava a sensibilização da equipe e a aproximação com o campo, mantendo reuniões semanais com o grupo. Uma nova perspectiva foi iniciada no trabalho a partir dessa orientação. No período anterior, não havia reuniões com a equipe técnica para discutir as práticas.

Entre as mudanças implantadas no serviço, a que provocou maior impacto devido à multiplicidade de ações que demandou foi a implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). A implantação desse programa foi solicitada pela secretária municipal de Saúde. Neste período, fora iniciado o processo de implantação deste modelo de cuidado à saúde, desenvolvido no território na cidade do Rio de Janeiro. O PACS Mangueira foi o primeiro a ser implantado na cidade.

Para viabilizar o desenvolvimento do PACS foram contratadas vinte e três pessoas para ocupar o cargo de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Este número foi definido em função das áreas da comunidade que deveriam ser cobertas pelo programa. O pré-requisito para seleção era de que todos fossem moradores da comunidade da Mangueira. A entrada desse grupo foi um marco da nova engrenagem do trabalho.

As pessoas selecionadas para o cargo de ACS entre os moradores passaram por um processo seletivo extenso, não foram indicações de lideranças comunitárias. Isto representou uma diferença significativa no modo de organização das relações na comunidade. Esta postura contribuiu para validar a participação popular por meio de um processo organizado pela coordenação da unidade e seus profissionais de saúde junto com as lideranças locais. Também gerou maior credibilidade nos moradores da Mangueira em relação à legitimidade do processo de escolha dos ACS, que seriam os futuros elos entre a comunidade e o serviço.

O processo seletivo começou com inscrição regionalizada pelas quatro mais importantes áreas da Mangueira (Chalé, Telégrafo, Buraco Quente e Candelária), seguida de prova escrita, nos moldes de concurso com data agendada em final de semana, cartão de inscrição e crachá. A prova foi realizada no Centro Integrado de Educação Pública (CIEP) Nação Mangueirense. Após a seleção da prova escrita, houve entrevista eliminatória. A última etapa foi o treinamento introdutório com oficinas observadas com objetivo de classificar titulares e suplentes.

Diversas negociações com as lideranças locais – reuniões e atropelos, idas e vindas às regiões da comunidade – foram estabelecidas para explicitar o processo seletivo dos ACS e afirmar sua transparência. Estávamos envolvidos num processo pactuado e legítimo, possibilitando a primeira troca efetiva entre usuários e profissionais e o primeiro esboço de uma prática focada no controle social<sup>12</sup>.

Diante deste novo modelo de atenção à saúde, tornou-se evidente um problema institucional: a relutância de vários profissionais em acompanhar o processo de mudança na proposta da assistência, interrogando suas práticas e refletindo sobre o papel de uma Unidade de Saúde Pública, investindo desse modo na construção de um novo modelo de cuidado. Para outros profissionais, entre os quais me incluo, abriu-se um novo caminho. A porta da Unidade se abriu e por ela saí, a descobrir um “mundo verde e rosa”, assim como para construir as bases do que, neste trabalho, chamo de “um outro olhar”.

Seguindo a ordem de prioridades para a implantação do programa PACS, toda equipe realizou um treinamento introdutório em serviço. O primeiro momento aconteceu dentro do P.S Mangueira, com a participação de profissionais de áreas diversas da Secretária Municipal de Saúde. O segundo momento aconteceu na comunidade.

A capacitação no território tinha como objetivo conhecer o campo e construir um mapeamento de toda área que seria coberta pelo programa PACS. Este mapeamento

---

<sup>12</sup> Entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a participação ou controle social na saúde destaca-se como de grande importância, pois é a garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas de saúde. Controle social também pode ser definido como a “[...] capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade [...]”. É “[...] toda ação controladora da sociedade sobre o estado, objetivando as políticas de saúde [...]” controle social “é a produção de necessidades da vida por seus próprios protagonistas. É acima de tudo partilhar poder. Construção de um processopolítico pedagógico de conquista da cidadania e fortalecimento da sociedade civil”.

deveria conter todos os elementos que faziam parte do território, como praça, comércio, espaços religiosos, escola, creche, outros lugares onde ficam as crianças, que poderia ser a casa da explicadora<sup>13</sup> etc. Este trabalho tinha a função de montar, segundo minha compreensão, uma cartografia da comunidade, para que elementos de sua cultura fossem acessados e pudessem contribuir para a construção de futuras intervenções que envolvessem a intersetorialidade<sup>14</sup>.

Conforme orientação do Ministério da Saúde, o enfermeiro é o profissional com responsabilidade direta de supervisionar o trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nesse momento, o trabalho do PACS em Mangueira assumiu um diferencial proposto pela coordenadora da Unidade e o serviço de psicologia passou a dividir com a enfermagem o acompanhamento do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Entendemos que esta foi uma aposta adequada e que encontra suporte em autores que defendem um novo formato para a assistência em saúde, como Lancetti (2009, p. 49) quando diz que “a estratégia da família é uma praxis na qual a saúde e a saúde mental se articulam de tal modo que saúde e saúde mental chegam a fundir-se.”

Em Mangueira, além do mapeamento realizado nos moldes previstos pelo Ministério da Saúde, ampliamos nossa proposta, acrescentando entrevistas com moradores antigos que pudessem contar sobre a ocupação daquela área. Entendíamos que era essencial a escuta dos moradores sobre suas vivências no território antes de construir intervenções coletivas.

Com esse entendimento, dividimos a equipe e fomos para a comunidade. Eu também levava comigo nesta minha ida, conceitos propostos por Winnicott, e por Deleuze e Guattari, como o de meio ambiente bom o bastante, capacidade de se

---

<sup>13</sup> Explicadora é uma função muito comum nas comunidades não é necessariamente uma função exercida por uma pessoa com formação de professor, mas é ocupada por alguém que tem a função de estudar com as crianças.

<sup>14</sup> A intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Disponível em <[www.saude.rio.rj.gov.br](http://www.saude.rio.rj.gov.br)>. Acesso em 21 set. 2011.

identificar, preocupação materna primária<sup>15</sup>, holding, manejo, espaço potencial e cartografia, conceitos que serão descritos mais adiante, e que me permitiram tanto uma forma de entrar em contato com o campo de trabalho quanto a escuta e a absorção do significado dos elementos por ele apresentados.

O mapeamento foi iniciado em 2000. Fomos acompanhados pelo representante da associação dos moradores da Candelária<sup>16</sup>, César, que conduziu o trabalho de forma muito cuidadosa. Nosso guia não se limitou a direcionar o percurso dentro da comunidade, começando a apresentar as formas cuidadosas e respeitadas, com as quais muitas relações se organizam nesse espaço. Seguiu durante o caminho mostrando a comunidade, apresentando pessoas e também orientando sobre as entrevistas.

Em uma dessas orientações, ressaltou que se alguém fosse à casa de D. Zica, teria de ir também à de D. Neuma<sup>17</sup> “senão tem confusão!”. Seguiu alertando que teríamos de tomar cuidado para não “causar ciúme entre elas”. Devido à proximidade de onde estávamos, fomos primeiro para à casa de D. Neuma, que nos recebeu com muita simpatia e disposição para falar com orgulho de sua comunidade.

---

<sup>15</sup> A “mãe suficientemente boa” no início da vida do bebê encontra-se num estado natural de profunda identificação com o seu bebê, nomeado como “preocupação materna primária”. Este estado é caracterizado pela vivência de um processo regressivo natural vivido pela mãe, que permite que, mesmo ela sendo adulta, possa “sentir” como se fosse o bebê, vivendo um campo paradoxal, natural neste momento. Para o pensamento de Winnicott a preocupação materna primária será o que irá possibilitar que a mulher possa traduzir e atender as necessidades do bebê que ainda não podem ser verbalizadas. Este estado é iniciado ainda no final da gravidez e continua a existir por algumas semanas após o nascimento, depois deste período, a intensidade inicial irá diminuindo gradativamente, embora os cuidados com o bebê continuem a ser oferecidos. A experiência de ser atendido de forma satisfatória irá permitir que o bebê experimente um equilíbrio, vivenciando o que Winnicott denomina de “linha de continuidade de ser”, não sendo permitido que o bebê experimente situações além de sua possibilidade de suportar. A adaptação ativa da mãe constrói um clima de confiabilidade entre a criança e o mundo, possibilitando que a realidade externa não venha a se apresentar de forma invasiva, não deixando que o bebê tenha sua “continuidade de ser” interrompida e reaja criando defesas. Segundo Abran, J. (2000) “No contexto da teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott, é a adaptação da mãe às necessidades do bebê que o torna capaz de ter uma experiência de onipotência. Esta experiência cria a ilusão necessária a um desenvolvimento saudável”.

<sup>16</sup> Candelária é o nome de uma área da Comunidade da Mangueira que se divide em Candelária, Chale, Buraco Quente, Olaria e Telégrafo.

<sup>17</sup> Dona Zica era o pseudônimo de Euzébia Silva do Nascimento e Dona Neuma era Neuma Gonçalves da Silva, ambas foram duas grandes damas da escola de samba Estação Primeira de Mangueira, que além de terem sido personagens importantes da cultura do samba, atuaram na implantação de projetos sociais na comunidade. Dona Zica, viúva do compositor Cartola é uma das fundadoras da escola de samba Mangueira, este último morreu em janeiro de 2003, aos 89 anos. Já Dona Neuma, que morreu em junho de 2000, aos 78 anos foi fundadora da ala mirim e da ala das baianas da Estação Primeira, além de criadora de um método de alfabetização popular que é reconhecido pelo MEC.

D. Neuma começou contando sobre a construção da Vila Olímpica da Mangueira e sobre as pessoas envolvidas na sua obra. Depois, falou da ocupação da comunidade e das vivências da população negra. Contou como os negros sambistas eram marginalizados, as dificuldades e perseguições policiais que sofriam os que faziam capoeira e eram considerados “malandros”.

Ela prosseguiu contando as dificuldades de praticar uma religião de matriz africana. “As coisas aconteciam, mas às escondidas”. Algumas festas duravam o dia todo. Em primeiro lugar, eram feitas as obrigações – parte dos rituais do candomblé – e depois continuavam a festa com a roda de samba. Explicou que o espaço da religião e da música eram importantes para manter a “alegria” do seu povo. D. Neuma lembrou e comentou nessa conversa a proximidade entre os bairros da Comunidade da Mangueira e a Quinta da Boa Vista, onde morava a nobreza e destacou as desigualdades sociais vividas, desde essa época, pelos moradores desses bairros.

Observando o interesse que eu demonstrava diante de sua fala ela me questionou: “Porque tanta admiração, se você é doutora estudada?” Respondi que não lembrava de uma aula de história mais interessante do que a que ela estava me proporcionando e que ela me surpreendia ao me apresentar situações que iam muito além das questões que havia pensado em formular. De fato, D. Neuma, me encantou contando histórias que superaram as expectativas com relação àquela visita. Em sua resposta para a minha pergunta sobre a formação da comunidade, demonstrou grande entendimento político em relação à população negra que fora ocupar aquele espaço, apresentando o morro da Mangueira como um espaço de resistência e afirmação dessa população.

Dona Zica não chegou a falar diretamente sobre a formação da comunidade. Ela gostava era de falar de Cartola<sup>18</sup>, de suas músicas, da vida do casal. Levou-me até o

---

<sup>18</sup> Cartola nasceu no bairro do Catete, no Rio de Janeiro. Tinha oito anos quando sua família se mudou para Laranjeiras e 11 quando passou a viver no morro da Mangueira, de onde não mais se afastaria. Desde menino participou das festas de rua, tocando cavaquinho – que aprendera com o pai – no rancho Arrepiados (de Laranjeiras) e nos desfiles do Dia de Reis, em que suas irmãs saíam em grupos de “pastorinhas”. Passando por diversas escolas, conseguiu terminar o curso primário, mas aos 15 anos, depois da morte da mãe, deixou a família e a escola, iniciando sua vida de boêmio. Após trabalhar em várias tipografias, empregou-se como pedreiro, e dessa época veio seu apelido, pois usava sempre um chapéu para impedir que o cimento lhe sujasse a cabeça, o qual chamava de cartola.



jardim – As rosas não falam – explicando o motivo do título da música de grande sucesso. Contou que se incomodava muito com o tempo que o marido despendia cuidando das rosas e ele respondeu em poesia, com a letra “Queixo-me às rosas, mas que bobagem, as rosas não falam simplesmente as rosas exalam o perfume que roubam de ti...”

Foi uma visita repleta de romance, suavidade e poesia. Buscava trazer a conversa para a formação da comunidade, mas ela continuava a direcioná-la para as muitas músicas compostas por Cartola, sempre contando histórias que resultavam numa nova letra. Entendi que aquele encontro seria diferente do anterior com D. Neuma. Dona Zica, não trazia um olhar politizado, mas era feita de uma outra riqueza cultural, mostrando a criatividade de um compositor negro que só conseguiu ter sua música gravada aos 66 anos de idade, após passar por uma série de privações ao longo da vida. Falamos sobre um morador apaixonado pela comunidade da Mangueira, com a vida intimamente ligada à criação da escola de samba. Um homem com importância indiscutível para a cultura daquela comunidade e para a música brasileira.

“Um outro olhar” foi se construindo no campo de intervenção de uma clínica política através das respostas apresentadas por D. Neuma e D. Zica. Éramos um grupo formado por quatro técnicos (dois médicos, uma enfermeira e uma psicóloga), mas as respostas delas foram principalmente direcionadas a mim, mesmo quando as perguntas eram feitas por outros profissionais do grupo, atitude que compreendo estar relacionada com o interesse que eu demonstrava pelo que estavam nos apresentando. No contato com D. Zica, terminada a entrevista, também feita pelo mesmo número de técnicos, ela convidou somente a mim para ficar e aguardar o bolo que ela iria acabar de fazer. Sua atitude talvez tenha se devido ao fato dela perceber que eu me interessava por Cartola e seu valor cultural e político para a comunidade e para o povo negro. Como nosso encontro durou de meio-dia às 17 horas, ao chegar na Unidade, fui chamada à atenção pela coordenadora devido o tempo que levei na atividade fora da

---

Em 1925, com seu amigo Carlos Cachaça, que seria seu mais constante parceiro, foi um dos fundadores do Bloco dos Arengueiros. Da ampliação e fusão desse bloco com outros existentes no morro, surgiu, em 1928, a segunda escola de samba carioca. Fundada a 28 de abril de 1928, o G.R.E.S Estação Primeira de Mangueira teve seu nome e as cores verde e rosa escolhidos por ele. A partir de 1961, já vivendo com Eusébia Silva do Nascimento, a Zica, com quem se casou mais tarde, sua casa tornou-se ponto de encontro de sambistas.

Unidade. Ela entendeu que eu corria o risco de perder o foco, por ter me alongado muito no encontro.

Após as visitas no território, organizamos as informações no campo, e começamos a construir outra etapa do trabalho, agora direcionado aos Agentes Comunitários de Saúde. Este grupo estava em sua primeira ação na área da promoção da saúde. Era uma novidade o fato de integrarem a Unidade de Saúde, espaço que até então frequentavam como usuários dos serviços. Este processo estava inaugurando um novo tipo de relação tanto para os agentes, como para os técnicos e a população. Era minha função como psicóloga, criar e conduzir algumas oficinas nesse processo de implantação do trabalho.

A primeira oficina que fiz com os ACS tinha como objetivo começar a pensar/compreender as possibilidades de intervenção no trabalho que seria realizado por este grupo. Partindo do reconhecimento que estávamos todos atravessados pelo samba, tendo a Mangueira como nossa empregadora, escolhi usar o samba, valorizando-o e incorporando-o também como linguagem para conduzir o trabalho. Compreendendo a importância da percepção e da linguagem se articularem na prática clínica.

Começamos esse trabalho utilizando o samba “Exaltação à Mangueira”, que é uma espécie de hino para a escola e para a comunidade, para dar o tom do nosso trabalho:

*Mangueira teu cenário é uma beleza  
Que a natureza criou, ô...ô...  
O morro com teus barracões de zinco,  
Quando amanhece, que esplendor,  
Todo o mundo te conhece ao longe,  
Pelo som de teus tamborins  
E o rufar do seu tambor, Chegou, ô... ô...  
A mangueira chegou, ô... ô...*

*Mangueira, teu passado de glória,  
Está gravado na história,  
É verde-rosa a cor da tua bandeira,  
Pra mostrar a essa gente,  
Que o samba é lá em Mangueira !”*  
(canção de autoria de Enéas Brites da Silva  
e Aloísio Augusto da Costa)

Nesta oficina, os agentes tiveram como tarefa pensar sobre os elementos que poderiam fazer parte da comunidade para que o seu cenário fosse realmente “*uma beleza*”, como diz a letra. Durante o desenvolvimento do trabalho tivemos o samba tocando grande parte do tempo, ao fundo. Alguns ACS cantarolavam, enquanto preparavam um grande cartaz onde se destacavam as áreas para as quais seriam direcionadas as prioridades no trabalho, áreas de maior risco por motivos diversos e que poderiam contar com a rede de apoio local para potencializar as ações e outros. Nesse trabalho, tivemos algumas pistas de como a linguagem do campo quando valorizada e incorporada na prática é um instrumento que potencializa a construção de novas formas de intervenção. Nesta oficina, foi possível que os ACS deixassem de lado a postura defensiva que vinham mantendo desde a entrada no serviço.

A intervenção acima descrita buscou criar um ambiente com características de um meio-ambiente bom o bastante (WINNICOTT, 1990)<sup>19</sup>, identificado com a população alvo e que pudesse acolher e assim facilitar a emergência do potencial criativo dos ACS. A vivência num meio ambiente acolhedor permitiu que eles cantassem e criassem um mapa que chamou atenção pela criatividade, representada pelo colorido e as formas que escolheram para desenhar os aparelhos da comunidade.

O mapa construído pelos ACS nesta oficina chamou a atenção das duas coordenadoras da Secretaria Municipal de Saúde, que acompanhavam o processo de implantação. Elas elogiaram em diferentes ocasiões o material produzido pelo grupo e, posteriormente, pediram emprestado para apresentar em outros espaços onde seria implantado o programa PACS.

Nessa oficina, a incorporação da linguagem do campo de trabalho foi através do samba, que construiu para os ACS um “meio-ambiente bom o bastante”, valorizando e potencializando suas capacidades criativas.

---

<sup>19</sup> Conforme Guimarães e Podkameni (2010), “Winnicott vai denominar de meio ambiente bom o suficiente às atitudes de uma mãe “comum”, atitudes onde, ao mesmo tempo ela é capaz de perceber/compreender/atender as necessidades solicitadas pela criança, e é capaz de apresentar limites condizentes com a possibilidade da criança “digeri-los”. A dinâmica que se estabelece entre a capacidade de identificação do meio ambiente maternante, os limites impostos pela realidade sociocultural, assim como o momento cronológico da vida da criança, é o elemento que intermedeia o limite, ou ‘falta’.”

A situação de escuta cuidadosa, com características de *holding* que se fizeram presentes nas situações clínicas com D. Neuma e D. Zica e que percebia e valorizava a singularidade de cada uma delas, foi construída como parte da aposta clínica como “um outro olhar”. Uma postura clínica que busca afirmar, valorizar e respeitar a vida, dialogando com as diferenças.

Situações práticas são outro aspecto importante da metodologia deste trabalho, que exemplificaremos com as situações clínicas. Segue nossa aposta de escapar de um modelo de atendimento produtor de análises modeladoras, centradas nos modelos universais (RAUTER, 2009).

Dessa forma, buscamos refletir sobre o significado e a importância da construção de *settings* diferenciados no cuidado em saúde mental, nos espaços das comunidades populares.

Entendemos que a presença de “um outro olhar” pode ser viabilizada em atendimentos individuais, grupais, em visitas domiciliares, em atendimentos interdisciplinares, em contatos nas associações de moradores, templos religiosos, e demais núcleos que constituem as redes desse território. Podemos pensar que o atendimento psicológico com esta abordagem singular favorece a vivência da identificação (WINNICOTT, 2000) e do pertencimento, porque a um só tempo compreende a pluralidade da clientela atendida, assim como reconhece e valoriza seus códigos singulares e sua cultura.

Nossa proposta de trabalho também se orienta no sentido de sensibilizar os profissionais de saúde para a questão da discriminação racial e sua repercussão sobre a saúde e a saúde mental da população negra.

A aposta clínica com “um outro olhar” se constrói tendo como referencial teórico o pensamento de Winnicott, o pensamento de Deleuze e Guattari e propõe um modo de fazer a clínica onde o psicólogo enquanto cartógrafo está (BARROS; KASTRUP, 2009, p. 74):

[...] imerso no plano das intensidades, lançado ao aprendizado dos afetos, se abre ao movimento de um território. No contato, varia, discerne variáveis de um processo de produção. Assim, detecta no trabalho de campo no estudo e na escrita, variáveis em conexão, vidas que emergem e criam uma prática coletiva

A aposta inspira-se também numa clínica, como propõe Rauter (2009, p. 95):

[...] Não pensamos a prática clínica como técnica sustentada por um corpo teórico do qual esta seria “aplicação”. Não se trata também de propor uma nova técnica terapêutica que viesse resolver os problemas das demais técnicas. Trata-se de problematizar a prática clínica, de propor estratégias particulares, singulares, que digam respeito aos problemas também singulares que esta nos propõe.

Esta intervenção busca investigar seu lugar, sua possibilidade de agenciamentos e produção de sentidos, na prática de cuidado em saúde, e na construção da clínica-política, no atendimento à população afrodescendente. Que representa grande parte da população brasileira e que experimenta, ao longo de sua existência, diversas formas de violência produzidas pela discriminação racial.

No trabalho com o grupo dos ACS, é de fundamental importância a clareza, o entendimento e acolhimento, pois nos relacionamos com um grupo com vivências similares às das pessoas que irão atender. Em muitos momentos, são avaliadas as condições precárias de uma casa visitada, quando a sua própria ou de seus familiares está em condições idênticas. A vivência do profissional (ACS) e do morador se sobrepõem todo o tempo, contribuindo para que sintam em duplicidade e, portanto, com mais intensidade inúmeras experiências.

As intervenções desses profissionais são realizadas na casa de seus vizinhos, pessoas sobre quem comumente já têm uma opinião construída. Um dos trabalhos com este grupo é construir o diferencial entre morador e profissional, uma tarefa desenvolvida continuamente.

Numa experiência com ACS, Lancetti (2007 p. 27) produz um manual que destaca, entre outros pontos:

Suspensão provisória da opinião: Toda equipe possui uma teoria para compreender a vida e, diante do desespero, tende a ajudar a outra sugerindo que faça o que ela faria. Todas as pessoas têm crenças religiões: Todas devem ser aceitas. Devemos procurar nos relacionar sem dar conselhos inicialmente. Todas as pessoas loucas ou não, mantêm um diálogo com um intelector invisível e a maneira que escolhemos para intervir nesse diálogo é algo muito delicado e será resolvido na discussão de casos que ocorreram sistematicamente entre as equipes.

Os espaços de cuidado com os ACS da Mangueira eram criados durante as intervenções em grupo e também durante as visitas na comunidade, momentos em que passávamos um tempo maior juntos indo nas casas, nas escolas, e em diferentes espaços. Após as visitas, costumávamos trocar nossas observações enquanto andávamos. Este era o momento de compartilhar o trabalho, de falar como havia sido o encontro com determinada pessoa ou família e também de acolher os sentimentos de tristeza e impotência, sentido comumente por este grupo.

Anos depois, trabalhei com outros grupos de ACS, que também costumavam relatar sentimento de impotência muito presente em seu dia-a-dia. Compreendemos que este sentimento é atualizado pelas dificuldades reais que vivem no desenvolvimento de sua prática no campo e pela ausência de recursos diferenciados que dêem suporte às suas intervenções. Refiro-me às fragilidades dos recursos públicos de referência que funcionem efetivamente, em diferentes níveis da assistência. Essa vivência dos ACS muitas vezes é evidenciada pelos técnicos, em função da dificuldade de se ver efetivado, na prática, um dos princípios<sup>20</sup> previstos no SUS: a Integralidade.

Os ACS deparam-se com emergências que demandam ser acolhidas nas suas necessidades. Muitas vezes isso não ocorre, devido à falta de recursos públicos, como abrigo adequado em casos de violência ou mesmo consulta com um especialista. São algumas situações que ilustram a precariedade de suporte público para acolher a demanda identificada no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. O trabalho de saúde no território é pensado na busca de maior resolutividade no campo. Devido à falta de rede de apoio e de intersetorialidade, a resolutividade, esta fica por certo prejudicada.

Quando iniciamos o trabalho com o PACS, de acordo com os dados epidemiológicos<sup>21</sup> oficiais da cidade do Rio de Janeiro, a área da Mangueira, inscrita na

---

<sup>20</sup>Princípio da Integralidade: A atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria.

<sup>21</sup> Disponível em <[www.saude.rio.rj.gov.br](http://www.saude.rio.rj.gov.br)>. Acesso em 22 set. 2011.

área programática AP.01<sup>22</sup>, estava em primeiro lugar, em mortalidade infantil<sup>23</sup> na cidade do Rio de Janeiro. Com essa informação alarmante, tínhamos que pensar as ações em saúde estabelecendo como prioridade as intervenções que pudessem contribuir para a transformação dessa situação triste e grave.

Anteriormente a essa gestão e à implantação do PACS, não fazia parte do trabalho desta Unidade de Saúde o uso dos dados epidemiológicos, mesmo que fosse para melhor compreender a demanda do serviço. No processo de construção de formas de intervenção que viabilizassem um impacto positivo em relação à saúde da criança, tivemos que nos relacionar com a dificuldade em conseguir publicizar os problemas identificados na comunidade.

Em Mangueira, o “orgulho verde e rosa” dificultava ou impedia o enfrentamento de algumas situações que se apresentavam como um agravo à saúde. Este orgulho estava positivamente presente quando favorecia que as pessoas afirmassem que eram moradoras da comunidade da Mangueira. O que é diferente do que costuma ocorrer em outras comunidades, onde dizem morar no “asfalto” mais próximo à sua comunidade. Podemos compreender essa atitude de negar o pertencimento à comunidade, relacionada aos estereótipos em relação às comunidades populares.

O mesmo “orgulho verde e rosa” era entendido por nós como negativo quando se apresentava como um motivo a mais para fortalecer a resistência em identificar os problemas da comunidade ou, para negá-los. Nosso esforço, durante muitas intervenções era o de contribuir para que fosse dada visibilidade aos agravos à saúde. Esta postura permeava inúmeras situações, como por exemplo, o número elevado de crianças fora da escola que ficava circulando na comunidade, fato que chamava nossa atenção durante as visitas domiciliares, assim como, o número elevado de crianças que frequentava a quadra da escola durante a madrugada. A dificuldade em denunciar os riscos tomava maiores proporções quando tentávamos colocar o foco em problemas

---

<sup>22</sup> No que se refere a oferta de serviços de saúde, a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro é dividida em dez áreas programáticas. Em cada área programática há uma coordenação responsável por todas as ações a serem desenvolvidas.

<sup>23</sup> A mortalidade infantil corresponde ao número de crianças que vão a óbito antes do primeiro ano de idade.

identificados em relação à violência, tema com o qual, como psicóloga, eu trabalhava diretamente.

Numa situação, quando desenvolvia minha função de notificar<sup>24</sup> os casos identificados de violência em relação à criança e repassar esta informação para a Secretária Municipal de Saúde, fui alertada por uma liderança local, após a notificação da quarta criança, que “essa minha mania de notificar iria denegrir a imagem da comunidade”. Após ouvir essa informação, ainda impactada com a situação em que me encontrava, respondi que não se tratava de “mania de notificar”<sup>25</sup>, não estava inventando ou criando situações. O que estava fazendo era parte da minha função profissional; eu procurava olhar a comunidade de olhos abertos, com olhos de quem quer ver. Busquei mostrar em minha fala, o respeito e o carinho que tinha e tenho para com aquelas pessoas. Essa situação, começou a mostrar que algumas condutas escolhidas no desenvolvimento do trabalho, estariam colocando minha continuidade no emprego em risco. Apesar de ter vivido essa situação difícil, não me sentia ameaçada porque a coordenação da Unidade mantinha o apoio ao trabalho, compartilhando as responsabilidades e decisões.

Embora tenha havido um grande esforço da coordenadora em inserir toda a equipe nas intervenções que eram criadas e implantadas, não foi de interesse comum entre os técnicos a participação nesse processo. Na equipe, a construção do trabalho que buscava uma relação de proximidade com a comunidade foi construída entre o serviço de psicologia, a enfermagem e a coordenação. Neste grupo, formado por três profissionais, dividíamos expectativas, receios, frustrações e o que houvesse para ser compartilhado.

Essa troca contribuía para o nosso fortalecimento individual e como equipe e, principalmente, para a manutenção do nosso sentimento de esperança diante das situações que enfrentávamos.

---

<sup>24</sup> A notificação é feita através de uma ficha padrão oficial do Programa de Saúde da Criança da Secretária de Saúde. SMS/RJ

<sup>25</sup> A notificação compulsória é parte da vigilância à saúde com a função de proteger o direito dos indivíduos na política pública. Os casos atendidos em Unidades de saúde pública devem ser notificados numa ficha padrão da secretária de saúde e após preenchida deve ser enviada para a respectiva gerência de programa.



Neste campo de trabalho, o inusitado sempre se faz presente, sendo a criatividade, a invenção, o desvio, uma demanda constante da prática. A criatividade, somada com a identificação com o campo, serão os elementos agenciados por minha aposta clínica, em cada curva, subida ou descida deste espaço. A surpresa é um elemento comum nesta prática. Às vezes, ela produz o colorido do dia; outras vezes irá desafiar a manutenção do desejo de voltar no dia seguinte. No caso desta última, é uma surpresa que produz tristeza no sentido spinozista, entendendo a tristeza como um afeto que envolve a diminuição da potência de atuar e da força de existir de um corpo (DELEUZE, 2002). Este sentimento pode acontecer em decorrência da entrada de policiais ou noutras situações, quando a resolutividade para equacionar os problemas não pode ser acessada devido à ausência de aparelhos no território ou na rede para sustentar intervenções nas áreas de educação, saúde e segurança pública.

Diferente do que aconteceu com os profissionais, que se mostraram resistentes às mudanças inseridas na prática do trabalho, a população acolheu muito bem o grupo que por lá inaugurava esta forma de cuidar. A resposta positiva da população era o reforço que animava o caminho, levando nossa fé na potência dessa intervenção. Começou a ser comum encontrar com as pessoas pelo caminho e pararmos para conversar, saber de notícias sobre seus filhos e sobre elas próprias. Em alguns momentos, convidavam para um café e sempre que possível, esse convite era aceito. Durante o café, uma conversa se construía, dúvidas se colocavam e laços se firmavam.

Num dia de intervenção no campo, enquanto estava subindo com um Agente Comunitário, um morador nos chamou: “Doutora, vai naquela casa que morreu uma criança”. Na frente da casa mostrada por ele, outras pessoas também nos chamaram. Chegamos na porta e uma mulher jovem e negra veio com um embrulhinho pequeno, enrolado numa manta branca e contou que a criança havia falecido de manhãzinha (chegamos lá em torno das 9 horas).

Logo, ela passou o “embrulhinho” para o meu colo. Fiquei ali, com eles, segurando o bebê enroladinho no meu colo, durante todo o tempo que estive com a família. Uma família negra que morava em condições indignas. A mãe parecia alcoolizada e chorava muito. O pai não cheguei a encontrar, mas os familiares que os acompanhavam estavam preocupados em cuidar da situação.

Procurei saber o que as pessoas já haviam providenciado, se precisavam de algum recurso ou em que a unidade poderia colaborar, mas disseram que já estava tudo encaminhado. Só o fato de eu estar ali “já era bom”. Despedi-me dizendo que estaria na unidade durante todo o dia e que poderiam me procurar também, no dia seguinte ou quando desejassem, deixando o meu número de telefone<sup>26</sup> para que mantivessem o contato.

Voltei para a Unidade com o ACS, contei o que havia acontecido para a coordenadora e ela após ouvir atentamente o que eu contava, perguntou em seguida: “– Como você conseguiu ficar em pé?” Lembro que respondi que não sabia, assim como também não sabia como, na situação que a família vivia, eles conseguiam valorizar o fato de eu estar lá, junto com eles.

Muitas vezes me faço esta pergunta, quando esta frase é repetida, por diferentes pessoas após a experiência de vivências em situações limites, após perdas incomensuráveis e estou com elas. Valorizam a atenção, o encontro e o cuidado oferecido como algo bom. Nessas situações, fico me questionando como alguma coisa ainda pode ser boa, mesmo diante de uma dor imensa? Sinto que essas situações mostram que as possibilidades da clínica estão muito além do que é possível prever ou pensar. Há espaço para uma vivência de positividade no encontro, mesmo em situações bastante adversas.

Nos seis anos que estive na Comunidade da Mangueira, foram inúmeras as experiências vividas e os questionamentos levantados. Para minha pesquisa, tenho como tarefa escolher situações que representem melhor e ilustrem o desenvolvimento da prática clínica que aqui chamamos de “um outro olhar”.

Uma clínica que foi se construindo em um *setting* diferenciado, com experiências fora do espaço do consultório tradicional. Uma forma de fazer a clínica que se aproxima da Clínica Peripatética proposta por Lancetti (2009), assim chamada devido ao formato das intervenções construídas no campo durante caminhadas. Tal prática foi desenvolvida para o atendimento a um grupo que não se adaptava ao protocolo clínico

---

<sup>26</sup> Tenho como prática deixar o meu número de telefone com as pessoas que atendo ou que avalio que possam necessitar de contato. Acho que vale a pena ressaltar que em 13 anos tendo a mesma postura e não tenho nenhuma experiência das pessoas terem utilizado o meu número de telefone que não fosse para fins de trabalho ou utilizando em demasia que causasse algum transtorno.

tradicional, quando dispositivos psiquiátricos, psicológicos ou psicanalíticos não produziam resultados esperados.

A experiência em comunidades populares me leva a acreditar numa clínica desenvolvida de um modo diferenciado, que não se prenda aos rótulos convencionais nem busque a adequação aos modelos universais. Uma clínica que acompanhe e se incorpore no cotidiano do território, tornando-se bastante adequada para o atendimento a população com diferentes vivências de violência e exclusão social, como é o caso da população negra e também da população nordestina, muito presente nesse território. Esse modo de condução do trabalho, com intensas experimentações no cuidado à saúde, entende o cuidado à saúde de num sentido nietzchiano “saúde não é a medrosa luta contra a doença ou o desvio, mas a produção da vida, arte (de) subjetivação, potência do encontro.

Nesta Unidade de Saúde, estive por dois anos como responsável pelo desenvolvimento do programa de prevenção em DST/AIDS para jovens era o um programa “Vista essa Camisinha” da Secretária Municipal de Saúde, coordenado pela Gerência do Programa do Adolescente. No trabalho com os jovens, buscava criar abordagens diferenciadas para a entrega de preservativos.

Durante o trabalho com este projeto, conheci Carlos, um jovem negro de 19 anos que morava com a mãe e os quatro irmãos menores. Ele era o único da família que tinha alguma renda mensal, sendo responsável por sustentar a mãe e os três irmãos, com idades de 10, 8 e 4 anos. Carlos trabalhava fazendo “bicos” com trabalho informal, lavando carros, separando vidros, entre outros. Iniciou tais atividades aos treze anos, experimentando o trabalho infantil, uma das situações adversas frequentemente vividas pela população negra. De acordo com Camargo e Carvalho (nº. 07-2010:

[...] a população negra é a parcela da população que mais sofre com as consequências da violência estrutural em nosso país, ou seja, a maioria dos adolecentes negros ingressa no mercado de trabalho em idade considerada ilegal pelo Estatuto da Criança e do Adolescente para garantir a subsistência familiar.

Carlos costumava ir à unidade com regularidade semanal para pegar preservativos. Nesses momentos, buscava construir com ele uma relação para que esse encontro não se limitasse à entrega de preservativos. Procurava saber um pouco mais sobre sua vida, seus sonhos, sua família, sobre a música que gostava de ouvir, sempre com o objetivo de conhecê-lo melhor e me aproximar do seu universo de significados.

Os momentos em que os jovens procuram espontaneamente a Unidade de Saúde para solicitar preservativos são oportunidades para que os técnicos possam se aproximar da população atendida, inteirando-se de suas realidades e apresentando a Unidade de Saúde. Essa atitude está em sintonia com os moldes do acolhimento propostos pelo SUS. Entre os critérios previstos para o acolhimento consta (Abbês 2006, SAS/MS<sup>27</sup>):

- 1) Reconhecimento da necessidade existente em qualquer serviço de saúde de se lidar com a demanda não agendada ou espontânea de forma qualificada e com critérios de acesso implicados com o sofrimento das pessoas que procuram o serviço.
- 2) Prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência, estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.
- 3) Rompimento com a lógica da exclusão.
- 4) Não pressupõe hora, local ou profissional específico para atendê-lo. Abertura à diversidade cultural, racial e étnica.

Pareceu-me uma realidade recorrente nas Unidades de Saúde onde trabalhei, no desenvolvimento de diferentes programas de prevenção em DST/AIDS, o fato de que o momento da entrega de preservativos não fosse valorizado, limitando-se à mera “entrega”. Penso que um dos fatores que favorecem essa ação é o fato dos técnicos estarem absorvidos em suas rotinas de trabalho e com pouca disponibilidade para recriarem suas práticas.

Minha atitude procurava estar, em consonância com as orientações dos diferentes trabalhos em educação e saúde (ENSP, 2006, 2007, 2009) que mostravam que o uso do preservativo está relacionado a incorporação de outras escolhas de

---

<sup>27</sup> <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>

cuidado, que vão além do ato sexual. Minha atitude visava também a construção de um setting com “um outro olhar”.

Os encontros com Carlos passaram a ser semanais, para a entrega de preservativo. Com a continuidade, começou a falar sobre sua vida, sobre o cansaço por ter que sustentar a mãe e os irmãos, de como a escola era um lugar desinteressante e que ele não acreditava que iria voltar para terminar o segundo grau, tendo parado de estudar na 6<sup>o</sup> série do ensino fundamental.

Carlos falava com regularidade sobre o fato de ser negro, pobre e de ter poucas oportunidades. Sua fala evidenciava um destino previamente traçado: o “mundo errado” poderia ser o caminho, mas para ele, essa vida errada não dava e justificava pelo medo essa escolha, dizendo que era “cagão para pegar em arma, tendo nascido para morrer de bala perdida”. Conversávamos muito sobre as diferentes questões que trazia.

Nesses encontros, me preocupava em afirmar que não conseguia acreditar que alguém pudesse nascer para morrer de bala perdida. Em alguns momentos, ele tentava me convencer de que estava certo, mostrando dados reais. Falava sobre os riscos do grupo no qual ele estava incluído de morrer de bala perdida. Noutros momentos, Carlos falava em dar mais uma chance para a escola, de que talvez pudessem existir outras possibilidades.

Com o passar do tempo, Carlos passou a levar outros jovens para buscar preservativos. Nestes momentos, ele me apresentava como funcionária da unidade de saúde aos outros jovens. Ali, dizia ele, poderiam falar da vida “sem caô”. Carlos e os outros jovens passaram a me chamar de “Doutora da camisinha” e era desta forma que me reconheciam quando nos encontrávamos também noutros espaços da comunidade. “Doutora da camisinha” foi o nome criado pelos jovens a partir das intervenções estabelecidas. Entendia que esta forma ajudava a marcar para eles o lugar que eu ocupava, sem que houvesse nenhum desrespeito ou ironia em suas falas. Os outros técnicos quando ouviam os jovens me chamando desta forma, consideravam como desrespeito, fazendo uma avaliação moral com suas críticas, sem analisar a complexidade da relação em que estávamos inseridos.

Para desenvolver o programa de prevenção na Unidade me esforçava em encontrar formas diferenciadas de intervenção que pudessem facilitar meu diálogo com os jovens. Uma dessas formas foi a criação de um grupo de prevenção com os jovens do grupo Funk'n Lata, que funcionava na casa do coordenador do grupo, Ivo Meirelles. Estes jovens não costumavam ir até a Unidade e pela proximidade com a Vila Olímpica da Mangueira a casa foi por mim pensada como um local possível para realizarmos nossos encontros. Cheguei a este grupo por meio de um de seus integrantes que foi até à Unidade pegar preservativos. Em nossa conversa, tive a idéia de encontrá-los durante os ensaios. Com a concordância do coordenador, começamos a nos encontrar semanalmente.

No trabalho de prevenção, tínhamos desafios a solucionar. O exemplo acima faz parte de uma das estratégias encontradas para lidar com estes desafios e construir vínculos com os jovens. Outra foi a percepção de que a ausência de embalagens para a entrega de preservativos era sentida por mim como um transtorno, para jovens e para outras pessoas que vinham buscar preservativos. As unidades de saúde normalmente não dispõem de embalagens para entregar os preservativos, o que gera situações de exposição e constrangimento. Muitos dos que frequentam as unidades de saúde pública não levam bolsa para o atendimento ou mesmo usam roupas com bolsos. Muitas vezes, abrem mão de levar o preservativo por não terem onde guardá-los.

Entendo que faz parte do cuidado nas práticas do desenvolvimento do programa de prevenção criar estratégias para incentivar as pessoas a levarem consigo o preservativo, contribuindo para criar condições que favoreçam esta disponibilidade. Sendo assim, para lidar com a situação, eu mesma fazia envelopes improvisados, adaptados com papel ofício e com grampeador. Quando tínhamos papel colorido, fazia os envelopes utilizando o papel verde e rosa, cores da escola de samba da comunidade.

No desenvolvimento da prática profissional numa realidade em que há intensa desproteção, produzindo continuamente um meio ambiente adverso, compreendi que uma intervenção importante dizia respeito à construção de formas de cuidado, diferentes daquelas costumeiramente experimentadas. Entendo que o fato de estar nesta unidade de saúde, em uma relação de proximidade com o público atendido,

permitiu a criação de elementos que contribuíssem para a não-exposição das pessoas – o que foi ilustrado no exemplo da embalagem para guardar preservativos.

Uma outra experiência clínica vivida na Mangueira ajuda a apresentar as especificidades desse campo de trabalho. Aguardava uma mulher, que irei chamar de Sandra, para atendimento psicoterapêutico. No horário agendado, compareceu sua vizinha com um bilhete. Imaginei que seria um bilhete justificando sua ausência. Mas não era. O bilhete era para explicar que ela estava mandando a vizinha vir no seu horário porque esta tinha passado a noite sem dormir, e estava com sérios problemas relacionados à violência doméstica. O bilhete esclarecia que ela mandava a amiga em seu lugar, porque “a vizinha estava precisando mais do que ela”. Vale ressaltar, que a pessoa que eu estava esperando, valorizava o seu espaço de atendimento e não faltava aos nossos encontros. O que fez com que ela encaminhasse a vizinha?

As três situações clínicas em que estiveram envolvidos diretamente um jovem, um grupo e uma mulher mostram, em suas singularidades, que a aposta clínica de “um outro olhar” é atravessada por uma experiência de confiabilidade, suporte e maleabilidade.

A vivência de Carlos traduziu a relação estabelecida comigo e com a unidade de saúde como lugar sem “caô”, que recomendou e ao qual levou os amigos. A receptividade dos jovens do Funk’n Lata possibilitou a criação do espaço de ensaio como local de encontros de prevenção. A postura de Sandra, oferecendo seu horário de atendimento para amiga-vizinha, demonstrou generosidade e preocupação com o outro; expressou também a crença de que a amiga seria acolhida no espaço clínico.

Todas estas experiências constituem possibilidades de invenção no campo do espaço clínico quando este funciona em sintonia com população atendida.

Vale já ressaltar que embora a criação de estratégias diferenciadas no cuidado e na promoção da saúde esteja em consonância com o papel de uma unidade de saúde pública, aí se coloca um dos desafios para o profissional, quando escolhe criar intervenções que escapam ao modo previamente estabelecido no âmbito institucional. As intervenções que se constroem em consonância com o universo de significados da população-alvo muitas vezes não são nem reconhecidas como práticas de trabalho.

Em Mangueira, o fato de ter uma coordenadora que apoiava o trabalho permitiu que diferentes intervenções pudessem ser construídas e experimentadas, mesmo que faltassem recursos em termos logísticos da Unidade, como no caso do envelope para preservativo ou das salas fixas para atendimentos. A apoio e a compreensão de um *setting* diferenciado permitiu que algumas vezes pudesse me deslocar para outro espaço da Vila Olímpica sem que isso representasse um impeditivo para continuar o trabalho. O *setting* era construído na intervenção clínica.

Dois anos depois, novamente tivemos mudança na coordenação e então passamos a ter um impeditivo para continuar o trabalho. A nova gestão tinha como objetivo “organizar” a unidade, que estava com as “portas muito abertas” conforme relatavam a maioria dos técnicos da Unidade. A mudança, colocada como solicitação urgente, começou pela sala da coordenação. Uma lâmpada foi colocada em cima da porta para avisar quando as pessoas poderiam ou não entrar. Anteriormente, a sala da coordenação era de fato uma extensão da unidade. Os profissionais e a população tinham acesso direto. No novo modelo, quando a lâmpada estava acesa, como costumava ficar, a porta da coordenação deveria se manter fechada e a coordenadora não poderia ser incomodada.

Na rotina da Unidade foi inserida uma oração evangélica para começar o dia de trabalho e as idas na comunidade foram restritas aos ACS. Para outros profissionais subirem, seria preciso uma justificativa, o que difere do que é previsto pelo programa do PACS e orientado pelo Ministério da Saúde.

Meu esforço se constituía em manter a continuidade de algumas práticas, mesmo com a nova coordenação, o que muitas vezes não foi possível. Quatro meses depois da mudança da gestão fui convidada para uma conversa e informada que teria que me desligar da Unidade. Sendo demitida com a fala da diretora da Unidade: “Você não tem noção do lugar hierárquico entre o profissional de saúde e a comunidade. Dá muita liberdade, não se enquadra em nossa equipe”.

Meu esforço consistia em manter a continuidade de algumas práticas, mesmo com a nova coordenação. Muitas vezes, não foi possível. Quatro meses depois da mudança da gestão, fui convidada para uma conversa e informada que teria que me desligar da Unidade. Fui demitida pela diretora da unidade, sob a seguinte alegação:



“Você não tem noção do lugar hierárquico entre o profissional de saúde e a comunidade. Dá muita liberdade, não se enquadra em nossa equipe”.

A horizontalidade no serviço buscada em minha prática profissional não era mais bem-vinda naquele espaço. Esta constatação teve para mim o sentido de um elogio, um reconhecimento indireto de minha prática e de meu investimento. A proposta da coordenação, apoiada pela equipe técnica, visava a construir uma rotina disciplinar de trabalho, com lugares bem definidos e diferenciados entre a população e os profissionais de saúde. Embora eu buscasse construir uma relação horizontal com meu campo de trabalho, neste caso, a escolha me custou o emprego. Este é um dilema político vivido por muitos profissionais.

Terminei o trabalho em Mangueira com experiências que marcarão definitivamente minhas escolhas futuras e afirmando o desejo de construir novos modos no cuidado clínico. O papel da gestão foi muito significativo durante todo o processo, um diferencial que criou suporte para experimentações nesse campo. Quando saí, parecia assistir que a unidade estava voltando com mais rigidez para ocupar um papel que buscávamos romper.

Mais de um ano após ter saído da Vila Olímpica, Carlos, o jovem trazido numa das situações clínicas, me ligou, como fazia algumas vezes. “Entrei para a vida do crime”, disse ele. Percebendo meu espanto e minha preocupação, revelou a brincadeira: “Não entrei nada, só estava ligando para saber se ainda se importa comigo”. Ficou feliz porque reagi assustada. “Era isso mesmo o que eu queria.” Esta situação, e outras que acontecem ainda hoje, quando encontro pessoas na quadra da escola ou em outros espaços, mostram que conseguimos construir ali um registro positivo de cuidado. A experiência passou a fazer parte da vida de todos nós.

Com o fim do trabalho em Mangueira, continuei minha prática profissional em outras comunidades populares: Vigário Geral, Complexo da Maré (Marcílio Dias, Kelsons, Nova Holanda e Vila do João), Cantagalo/Pavão- Pavãozinho e SantaTeresa (Fallet, Coroa e Prazeres). Nelas, tenho desenvolvido diferentes atividades relacionadas à promoção e ao tratamento em saúde mental, seja em organizações não governamentais, seja em ambulatórios de saúde pública.

Meu trabalho e minhas reflexões me permitiram perceber e compartilhar que apesar das situações adversas vividas por esta população, muitas dessas pessoas lidam com situações de vulnerabilidade psíquica, social e até física de forma afirmativa, positiva, criativa. Constroem linhas de fuga, criam outros modos de vida.

Percebendo estas linhas de fuga, estas estratégias, tenho buscado construir reflexões e formas de intervenção em saúde mental, dirigidas aos sujeitos afrodescendentes.

O objetivo é a produção de dispositivos que contribuam na afirmação da potência de vida e no processo de subjetivação dessa população, entendendo que a “subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro social” (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

Nestes espaços, algumas experiências foram similares em diversos aspectos, como a resistência dos técnicos em construir outros modos de atuação, capazes de favorecer o vínculo com o público-alvo ou de apoiarem o investimento de algum profissional neste sentido.

Percebi uma tendência à repetição de um modo introjetado, padronizado, da intervenção em saúde, mesmo que esse formato não atenda à dinamicidade da clientela e não produza os efeitos esperados. Outro ponto em comum foi a importância da compreensão da gestão do serviço com a prática, sendo este um facilitador importante para o desenvolvimento de diversas ações. Tal aspecto se evidenciou nos exemplos da prática em Mangueira (na primeira gestão) e também aparecerá em outros serviços que serão apresentados.

Outra experiência adquirida no campo foi em relação às redes de apoio. Muitas das redes de suporte do trabalho são construídas em outros espaços e não necessariamente no território da prática profissional. O espaço de supervisão é um exemplo. Em diversos momentos do trabalho em comunidades populares, fazia supervisão semanalmente com a equipe técnica do Instituto OriAperê<sup>28</sup>; apresentava e discutia os casos atendidos no serviço.

---

<sup>28</sup> O Instituto de Psicossomática Psicanalítica Oriaperê é uma instituição de prática psicanalítica que dedica-se ao atendimento clínico, ao estudo e à pesquisa de transtornos psicossomáticos e tem uma linha de pesquisa e atendimento à subjetividade e saúde da população negra.

Atualmente, o grupo Tecendo Memórias Futuras<sup>29</sup>, também desenvolvido na instituição, construiu-se como espaço efetivo e afetivo de sustentação técnica e coletiva.

### 3.2 VIGÁRIO GERAL: TRUPE DA SAÚDE, SUBJETIVIDADE E ARTE

*Comunidade que vive a vontade  
com mais liberdade tem mais pra colher  
Pois alguns caminhos pra felicidade são paz, cultura e lazer[...]  
Agora amigo, o papo é contigo. Só um aviso pra finalizar  
O futuro da favela depende do fruto que tu for plantar  
Tá Tudo Errado – Mc Júnior e Leonardo  
Valeu a pena, valeu a pena  
Sou pescador de ilusões  
O Rappa*

Seguindo no mapeamento dos territórios das comunidades por onde estive, subindo a Avenida Brasil<sup>30</sup>, faço a primeira parada na comunidade de Vigário Geral, localizada na periferia do Rio de Janeiro. Nesta comunidade, trabalhei no Grupo Cultural AfroReggae (GCAR), organização não-governamental fundada em 1993, após uma chacina de grande repercussão nacional e internacional. No trágico episódio, em que vinte e um moradores, oito da mesma família, sem envolvimento com o narcotráfico ou qualquer outra atividade que os colocassem sob suspeita, foram mortos por policiais.

O Grupo Cultural AfroReggae promove na comunidade um trabalho social, com atividades socioculturais (música, dança, teatro, atividades de informática, etc) para crianças e jovens. Comecei a trabalhar na organização em 2003, coordenando o

<sup>29</sup> Tecendo Memórias Futuras é um grupo aberto com encontros mensais e que se apresenta como um espaço de acolhimento, reflexão, compreensão e reforço de uma memória identitária negra.

<sup>30</sup> A Avenida Brasil é um dos principais logradouros da cidade do Rio de Janeiro. Tem 58 quilômetros de extensão, corta 27 bairros e é a maior avenida em extensão da cidade e o maior trecho urbano da BR-101. A Prefeitura do Rio de Janeiro aponta a Avenida Brasil como responsável pelo maior fluxo viário da cidade, com mais de 250 mil veículos por dia, atribuído à influência geográfica da via – causado pelo fenômeno da migração pendular, isto é, o deslocamento diário dos trabalhadores da Baixada Fluminense e da Zona Norte e Zona Oeste ao Centro da cidade.

programa de saúde, que tinha como objetivo a realização de práticas educativas em saúde com os jovens (da instituição como um todo) e acompanhamento direto de um dos grupos da instituição, a Trupe da Saúde, atual Trupe de Teatro AfroReggae.

O programa de saúde contava com cinco profissionais, que se dividiam nas seguintes atividades:

1) Uma coordenação, que era responsável pelo desenvolvimento do programa e também por atuar com os jovens de Vigário Geral, que eu ocupava;

2) Dois educadores trabalhavam no projeto “Barraca da Saúde” que oferecia preservativos e materiais informativos em DST/AIDS, num formato de uma banca de camelô. A barraca era montada na Lapa durante a noite de sexta-feira e na estação de metrô do Largo da Carioca durante o dia, bairros do centro da cidade. Quando não estavam nesses espaços, armavam a barraca na entrada do núcleo do Afroreggae do Cantagalo.

3) Uma educadora era responsável por desenvolver o trabalho de prevenção no núcleo do Cantagalo

4) Um profissional de teatro responsável por ensaiar a Trupe da Saúde artisticamente.

A trupe era formada por dez jovens, meninos e meninas, todos moradores de Vigário Geral. Desenvolvíamos diferentes atividades em grupo e encontros individuais. Nas visitas domiciliares, buscávamos incluir os familiares dos jovens em nosso trabalho. Como a trupe era um grupo de teatro, em nossas atividades parte da minha tarefa era discutir os temas que seriam apresentados nos esquetes teatrais. Nesta época, trabalhavam especificamente com temáticas relacionadas à saúde.

Este grupo de jovens se diferenciava dos outros grupos da instituição, pelo comportamento, vínculo com as oficinas e atenção durante o desenvolvimento das atividades. Segundo os registros de 2010 da organização, os únicos jovens da instituição que chegaram a ingressar em curso superior, tendo um deles concluído o curso, foram os integrantes da Trupe da Saúde. O bom desempenho do grupo não quer dizer que muitas vezes não tivéssemos problemas no desenrolar do trabalho, na implicação nas atividades, o que é natural. O diferencial é que estes jovens traziam

questões para serem discutidas, buscavam o diálogo, mesmo às vezes utilizando uma intensidade no comportamento.

Um dos fatores que diferenciava esses jovens dos outros grupos da mesma organização era a metodologia de trabalho que havia sido desenvolvida antes de minha entrada no grupo, à qual eu buscava dar continuidade. A Trupe da Saúde, tinha uma experiência de intervenção contínua e cuidadosa, realizada pela equipe anterior, formada pelo criador do projeto e por um psicólogo. A equipe era sempre referida pelos jovens com muito carinho e valorizada pela importância na construção de suas identidades.

A Trupe da Saúde de acordo com Guimarães (2001, 84):

Foi criada como um núcleo que integrasse crianças e jovens de Vigário Geral numa forma de trabalho que unisse saúde, arte e cultura. Um núcleo que trabalhasse também questões ligadas à auto-estima, e à cidadania, e que fosse, também uma alternativa para situações de ociosidade entre os jovens, gerada pela falta de alternativas de lazer na comunidade.

No trabalho com a Trupe da Saúde, Guimarães (2001, p. 63-4) elaborou um modelo de atenção que nomeou “A rede de sustentação: um modelo winnicottiano de intervenção em saúde coletiva”.

A rede de sustentação é idealizada, então, como um sistema inter-relacional que compreende que o indivíduo, por partir de uma não-integração subjetiva e de uma dependência absoluta, precisa de um meio ambiente bom o bastante que funcione como elemento de mediação entre esse ser em desenvolvimento e os limites da realidade a ser descoberta. Entende que se há uma mediação que constrói-se a partir de um continente-suporte confiável, fidedigno, que estabelece a falta, o limite, mas sem rupturas, sem paradoxos impossíveis de serem elaborados, estabelece-se uma linha de continuidade do existir, criando-se a “substância da ilusão”, espaço potencial a oportunidade para que o potencial criativo possa se realizar, assim como pode ser estabelecida” a capacidade de se preocupar”, consigo mesmo e com o coletivo. A rede de sustentação é idealizada também- a partir das práticas de cuidado/limites-transicionais embutidos nos fios que constituem o sistema da tradição do terreiro-, como um play-ground, forma que Winnicott se referiu ao campo inter-subjetivo”, que se estabelece, entre a mãe e o bebê e facilita o estabelecimento, para o bebê, de um brincar inicial de ser e fazer.

No trabalho com os Jovens da Trupe, buscava usar a referência proposta pela Rede de Sustentação Coletiva e metodologias criativas, que se diferenciavam pela

linguagem utilizada e estivessem em sintonia com o movimento do grupo. Na época em que iniciei as atividades, a sede do Grupo Cultural AfroReggae era uma casa pequena. Muitas vezes, nos deslocávamos para outros espaços da comunidade, o mais comum deles na área de uma igreja próxima. Como era um grupo muito acostumado com atividades corporais, como aulas de dança afro, perna de pau, entre outros, no meu trabalho com eles também procurava utilizar a linguagem do corpo, através de diversas dinâmicas.

Na época que trabalhava nesta organização, havia o programa de saúde e o programa social, formado por uma assistente social, uma pedagoga e uma psicóloga. Apesar de serem programas com interfaces evidentes, suas metodologias não se articulavam. Não chegávamos a construir uma parceria de trabalho. Havia uma conduta bastante diferenciada nos dois programas, conforme foi vivido em inúmeras situações e será melhor evidenciado na situação clínica a seguir.

O programa social tinha uma proposta disciplinadora e atuava no sentido de modular o comportamento dos jovens. Caso suas condutas não fossem aprovadas, os jovens eram repreendidos. A questão não é propriamente o serem repreendidos, mas a forma como o limite era colocado. A primeira medida punitiva era a suspensão da bolsa, posteriormente a suspensão na atividade, podendo chegar ao desligamento completo do grupo.

Esta proposta de trabalho não era apoiada pelo programa de saúde. Entendíamos o uso da bolsa como artifício para controlar o comportamento dos jovens, repetição de um modelo capitalista produtor dos problemas sociais que nosso trabalho buscava transformar. E, por mais complexo que possa parecer, ambos os programas tinham autonomia no trabalho institucional.

Em uma sexta-feira, dia em que me encontrava com os jovens da Trupe, cheguei de manhã para a atividade. Todos estavam no pátio da casa, pulando corda. Ali estavam não só os jovens da Trupe, mas também os jovens da Banda 1, atualmente, Banda Afroreggae e outros grupos. Havia em torno de trinta jovens em um clima alegre, rindo, brincando e fazendo piadas uns com os outros. Havia a atmosfera de alegria comum no espaço do brincar.

Diante do que estava observando, senti que não deveria interromper para construir uma outra oficina e que poderia ser mais produtivo me incluir na atividade, fazer parte daquele coletivo e depois buscar construir algo com nossa experiência, pensando de acordo com Winnicott (1975, p.79), quando diz que “É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, fruem sua liberdade de criação”.

Nesta minha proposição, utilizava também a compreensão de Rede de Sustentação proposta por Guimarães (2001,116), que diz:

A rede de sustentação, como prática de intervenção em saúde coletiva quer pensar, como também nos mostrou Winnicott, que o encontro do indivíduo com a realidade pode e deve se dar como um brincar de experimentar/descobrir essa realidade de forma que ela seja então recriada inaugurativamente pela subjetividade que brota. A rede entende, que este encontro seja vivido desta forma, é necessário que o meio ambiente maternante (mãe,e pai, sócio-cultura), como continente-suporte, construa um play-ground para este experimentar/descobrir. E é então como um continente-suporte, como um campo intersubjetivo e como um campo paradoxal que mantenha atitudes de holding, manejo social, criadores da vivência de continuidade de ser em relação aos indivíduos de um coletivo, que ela se pretende constituir.

Com este entendimento, tirei os sapatos e perguntei ao grupo se poderia participar, o que foi prontamente permitido. Assim, entrei na fila para pular corda, para experimentar/brincar com eles. A corda variava de velocidade; às vezes ia bem rápido, o que chamavam de “foguinho”, e outras vezes mais ritmado. A brincadeira era seguir o ritmo sem se deixar “queimar”. Estaria “queimado” aquele que deixasse a corda bater no pé, errando o tempo de pular.

Não era fácil seguir o ritmo, mas muitos conseguiam. Quando ficava mais forte, eu não me arriscava a tentar pular e eles riam muito disso. Falavam que eu “estava com medo” e eu concordava com eles, o que era motivo de ainda mais riso. Considero importante, dentro de um universo onde há grande estímulo a arriscar e negar o medo, que ele seja colocado como sentimento real e possível de ser sentido por todas as pessoas.

Ficamos ali cerca de uma hora e depois sentamos para beber água, respirar e conversar. Fomos sentando em roda ali mesmo no quintal da casa onde estávamos. Meu tema de trabalho para a oficina daquele dia era vulnerabilidade. A experiência da

corda, o manejo clínico desse encontro, possibilitou que experimentássemos no nosso corpo, o que era vulnerabilidade.

Fui explicando sobre o conceito de vulnerabilidade e fazendo um paralelo com nossa experiência de pular a corda. Ficava claro durante a discussão que no ritmo mais acelerado, o risco de se machucar seria maior. Desta forma, estaríamos em maior vulnerabilidade. Eles foram dando outros exemplos e demonstrando que houve entendimento do que havia trazido para este encontro.

Ampliamos a conversa pensando nas situações do dia-a-dia em que se sentiam em vulnerabilidade. A entrada da polícia com a presença do caveirão<sup>31</sup> foi mencionada pelo grupo como a situação que os deixava em maior vulnerabilidade pela possibilidade de serem atingidos por balas perdidas. Outro exemplo foi quando falamos sobre seus relacionamentos amorosos. Diziam que “se estavam com a mina de fé” (com a namorada) não usavam o preservativo e sobre esse ponto estendemos o assunto.

Naquele encontro, fizemos mais do que discutir o conceito teórico de vulnerabilidade. Vivenciamos o conceito na experiência de pular corda, com uma objetividade importante no trabalho com jovens. Outro ponto importante valorizado na prática foi a possibilidade de integrar, além dos jovens da Trupe, os outros jovens implicados naquele brincar.

A equipe do programa social, que observava o que fazíamos, não aprovou a atividade, assim como não compreendeu que um trabalho clínico estava sendo realizado. Na segunda-feira de manhã, na reunião semanal da equipe de coordenação da organização, já havia sido passado pela equipe do programa social, na pauta via e-mail, que “a coordenadora do programa de saúde no lugar de desenvolver atividades profissionais com os jovens preferiu brincar com eles.” Nesta reunião, procurei explicar minha escolha por determinada intervenção, assim como fiz em Vigário Geral, após o desenvolvimento da atividade.

Diferentemente do entendimento dessas profissionais, o diretor executivo do Afroreggae compreendeu a atividade e valorizou a escolha do uso da linguagem dos jovens como ferramenta de trabalho. Nesta situação, mais uma vez se evidencia a

---

<sup>31</sup> O BOPE (Batalhão de Operações Policiais Especiais) possui veículos blindados, popularmente conhecidos como "Caveirão", utilizados, principalmente, em operações em comunidades populares.



importância da gestão compreender o desenvolvimento do trabalho, para garantir sua continuidade.

As diferenças metodológicas dos programas, sempre presentes, eram motivo de conflitos técnicos que demandavam desdobramentos nos quais não iremos nos deter. Neste trabalho, nossa proposta é apresentar possibilidades de trabalho clínico que podem ser construídas quando há sintonia entre profissional, território e população atendida, que denominamos “um outro olhar”.

Meu trabalho com a Trupe da Saúde durou um ano e meio, mas até hoje mantenho contato com muitos jovens que fizeram ou ainda fazem parte do grupo. Mesmo sem estar mais na instituição, participei e continuo participando de várias atividades abertas, como o aniversário do grupo, com a entrega do Prêmio Orilaxé<sup>32</sup>, o bloco Afroreggae, de shows, entre outras atividades. Independente desses espaços, mantemos contatos telefônicos e por meio de redes de relacionamentos.

Quando nos encontramos, afirmamos o afeto construído no espaço do trabalho e aproveitamos para trocar um pouco de informações sobre suas vidas. Durante a confecção deste trabalho, senti necessidade de ouvir os jovens sobre suas vivências em relação as prática que fizemos. Marcamos encontro em Vigário Geral. Já no contato telefônico, percebi certa animação com a expectativa de relembrarmos nosso trabalho.

Dos dez jovens que participavam da Trupe da Saúde, sete continuam integrando o Grupo Cultural Afroreggae atualmente. Seis jovens continuam na Trupe de Teatro e um jovem está trabalhando na equipe de som da instituição.

Cheguei em Vigário Geral e estranhei a presença de jovens armados logo na entrada da comunidade. Comentei a situação com alguns técnicos, e me responderam que “era normal”. Depois falei com alguns jovens, que responderam: “é bobeira”, “eles estão de bobeira” e “não é nada, não”. Fiquei pensando sobre o fato dos técnicos e dos

---

32 Criado em 2000, para a celebração do sétimo aniversário do Grupo Cultural AfroReggae. O Prêmio Orilaxé é dirigido a personalidades ou instituições que, dentro de suas áreas de atuação, contribuíram para a valorização e a divulgação da cultura afro-brasileira, a diminuição da injustiça social e para o pleno exercício da cidadania. Os agraciados são escolhidos por um júri externo. A cada ano, o Prêmio é distribuído em dezesseis categorias: Jornalismo, Veículo de Comunicação, Fotografia, Grupo Musical, Cantor, Cantora, Cultura Popular, Tradição Afro-brasileira, Direitos humanos, Responsabilidade Social, Projeto Social, Empreendedorismo Social, Produção de Conhecimento, Inovação Social, Políticas Públicas e Destaque do Ano. Na linguagem dos povos iorubás, Orilaxé significa “ a cabeça tem o poder de transformação”.

jovens banalizarem aquela situação, de tocar e dançar, ignorando a presença das pessoas armadas como se fosse natural.

A comunidade não era um território desconhecido para mim, mas neste dia, percebi uma dinâmica diferente. Entendo que o esforço, tanto dos técnicos como dos moradores, é de não se paralisar diante da violência. O que é diferente, de negar ou não identificar o problema, pactuando com o silêncio. O silêncio mantém a violência.

Perguntei para o grupo como avaliavam o que tinha na lembrança sobre o trabalho de psicologia que fazíamos na Trupe da Saúde.

Marcelo – Para mim foi importante, porque os mais velhos (os outros jovens da Trupe) já tinham uma visão das coisas que eu não tinha. Eu queria saber algumas informações, saber das coisas da vida, mas não sabia como ter esse caminho. Os mais velhos, me cobravam, diziam que eu tinha que crescer, que eu tinha brincadeiras imaturas, mas eu não sabia como parar.

Perguntei o que era ser “imaturo”, já que ele era criança na época.

Marcelo – Era imaturo porque era o tempo todo brincando fora de hora, só queria brincar, o tempo todo. Não queria saber de nada, o que era certo, o que era errado. Isso era para tudo. Até para o lixo, eu jogava lixo na rua, não tava nem aí pra nada. Aí quando veio o Marco (o psicólogo que trabalhava antes da minha entrada) ele falava que não devia jogar lixo na rua, eu achava bobeira e ele dizia que aquilo poderia causar problemas futuros. Eu não pensava em futuro de nada, nem de mim, que dirá do lixo! (ele dá uma gargalhada) e depois veio você (pausa... respira...) Vocês foram assim pessoas que vieram e me ajudaram a entender as coisas em volta. O que era importante para mim. Fui descobrindo eu mesmo. Eu já quebrei muito a minha cara por causa das atitudes que tomei, na empolgação do momento, com as amizades, algumas pessoas chegaram e conversaram comigo, mas eu quebrei a cara. Achei que foi ruim quando vocês saíram ainda não tinha maturidade para ficar sem... (faz uma pausa, porque fica emocionado) e escolhi errado as oportunidades que tive.

Marcelo se culpa pelos problemas vividos em seu crescimento. Assume uma postura muitas vezes produzida para os jovens, de serem culpados por não aproveitarem determinada oportunidade. As escolhas são constituídas por atravessamentos diversos, por exemplo, ter uma expectativa de futuro, capacidade e possibilidade de fazer panejamento, sonhos. Quando ele diz que não se preocupa com o lixo e nem com ele mesmo, começa a oferecer uma pista de que seu olhar para o futuro e para si mesmo era bastante limitado.

Pedi que explicasse melhor o que estava dizendo. E ele respondeu:

Marcelo – As pessoas são tipo assim, só aprendem quando apanham, outras pessoas, conseguem aprender pelos exemplos, com conselhos.

Perguntei com qual dos exemplos ele mais se identificava.

Marcelo – É o das pessoas que só aprendem quando apanham. Infelizmente eu fui uma das pessoas dessas. Aí um dia, tomei vergonha na minha cara e parei de tomar atitude de criança.

Disse que, provavelmente, ele estava falando de coisas de uma época em que realmente deveria ser criança. Como estava falando de um tempo anterior, e hoje só tem 20 anos, na época deveria ser uma criança, com atitudes naturais de criança.

Ele negou essa possibilidade e continuou a falar severamente sobre si mesmo:

Marcelo – Na época eu tinha uns 13, 14 anos já era homem, não era criança não...!

Coloco para Marcelo que desconhecia homem com 13 ou 14 anos de idade, que homem tem idade de adulto. Muitas vezes, a criança ou o jovem tem que dar conta de inúmeras situações que estão muito além de suas idades. mas isso não faz deles homens ou mulheres. Ainda que sob estas condições, são crianças. Pedi que ele desse exemplo das atitudes que ele reprovava.

Marcelo – Fazer graça na hora de um assunto sério. Achar que um conselho era bobeira. Eu não falava pra pessoa, mas falava pra mim mesmo, que aquilo era bobeira. Aí, no meu íntimo, quando alguma coisa errada acontecia eu lembrava disso que fui prevenido e estava dando mole.

Perguntei até que série estudou.

Marcelo – Até a 6<sup>o</sup> série, aí fui expulso da escola. Depois, mudei de escola fui expulso de novo. Teve uma vez que tentei o supletivo, eu faltava muito, aí fui expulso até do supletivo! Fui para outro supletivo, cheguei até a 8<sup>o</sup> série e depois acabei desistindo. Fui sempre expulso, até da trupe que gostava tanto fui expulso por conta das minhas graças. Vacilei...

Perguntei se ele pensava em voltar à escola, para terminar o 2º grau.

Marcelo – Não. Se for para estudar vou estudar alguma coisa de som.

Finalizei questionando a possibilidade de que ele mudasse de ideia e não quisesse mais trabalhar com som. Ele respondeu dizendo que sempre vai querer.

Nossa conversa terminou e ele perguntou se quando eu terminasse de escrever o trabalho do mestrado, pensava em oferecer este trabalho à instituição, continuando com a frase: “Mas também agora eu não estou mais na trupe, não posso mais fazer parte... (fez uma pausa, respirou e assumiu um olhar triste)”.

Respondi que, naquele momento, não estava em meus planos oferecer um trabalho para a instituição, mas que entendia que o meu trabalho só faz sentido se puder favorecer a inclusão não só a dele, mas a de todos que queiram participar.

Agradei ao Marcelo sua disponibilidade para o nosso encontro, que havia mobilizado nele tantas emoções. Busquei valorizar o trabalho com o som que ele faz na organização e também a desfocar a culpa que demonstrava em diferentes situações. Mas ele se mostrou bastante contundente nas críticas sobre si mesmo e naquele momento não pareceu compreender que falava de situações de uma época da vida em que era criança, quase adolescente e com expectativas além de suas possibilidades.

Nas diferentes organizações onde trabalhei, percebi uma certa frustração do serviço quando promoviam alguma atividade e não tinham o retorno de público planejado. Estamos falando de situações diversas, que podiam ser uma consulta, um curso, um grupo. Atividades que podem naturalmente despertar o interesse ou não e mesmo havendo, as pessoas podem ficar impossibilitadas de comparecer. Uma situação que é comum para todos, mas para a população pobre, a frustração dos serviços se transforma em intervenções de culpabilização que podem resultar por exemplo na elaboração de um horário rígido para o atendimento, com a justificativa que a rigidez irá produzir maior valorização do serviço por parte da população.

Na situação acima mencionada, podemos pensar que o que está em jogo é a afirmação da autoridade por parte do serviço, não o compromisso na melhoria da assistência à população. A ausência das pessoas é muito mal vista e as justificativas

muitas vezes não são ouvidas ou quando ouvidas avaliadas negativamente. Como se o serviço oferecido pelas Instituições direcionadas à população pobre não fizesse parte da rotina de trabalho e sim uma benesse. Podemos pensar que essa postura institucional corrobora para a produção de sentimentos que despontecializam sendo alguns deles relatados por Marcelo durante a entrevista.

Após finalizar com Marcelo, fui ao encontro dos outros jovens que estavam terminando de ensaiar o espetáculo que apresentariam, a partir de setembro de 2010, pela primeira vez em temporada aberta em um teatro. Esse fato estava deixando o grupo muito animado e ansioso com a expectativa da estreia.

Eles encontraram uma sala que poderíamos usar e me chamaram. Sentamos no chão, em roda, da mesma forma que fazíamos quando trabalhávamos juntos. No primeiro momento, expliquei o tema da minha pesquisa de mestrado. Perguntei aos jovens do grupo o que achavam do trabalho de psicologia desenvolvido com eles. Qual a importância desse trabalho? Poderiam pensar em relação ao grupo ou individualmente e falar livremente sobre isso.

Clara começa dizendo – Eu ainda não vivi nada parecido, as psicólogas que chegam por aqui parecem ter caído de pára-quedas. Quando encontram com algo não convencional, como é o caso do grupo da trupe, parecem não saber o que fazer. Parecem ter medo de experimentar, sei lá.

Ana entra na conversa: – Elas (psis) estranham e o grupo também estranha. Não sei se pensam que temos que aceitar de cara pelo fato de serem psicólogas, mas não é assim. Temos que ter empatia né? Olha só, lembra quando era com você? Tivemos um tempo para nos conhecer e você buscava conhecer a gente saber do que a gente gosta. Isso é importante e é disso que sentimos falta. E agente nem te dava mole né? (começam a rir).

Clara continua – Psicólogo é muito acadêmico sai preparado para um negócio e chega aqui com o quadrado deles e nada encaixa.

Pedro – Eu discordo, não acho que é só academico o problema, porque da academia todo mundo sai. A questão é o que fazem com o que aprendem na academia. A questão é que nem todos se adaptam com um jeito de trabalhar diferente, que para trabalhar com a gente precisa ter. Também têm pessoas que se adaptam melhor como foi o caso do Marco e o seu caso. Agora tem outras pessoas que não se adaptam, aí ficamos aqui, batendo cabeça. Depois que vocês saíram, nós não tivemos aqui um trabalho psicológico voltado para as pessoas, nem to falando individual, mas to falando coisas do grupo mesmo. É importante um trabalho que possa acompanhar estar aqui junto.

Ana – Olham para o grupo da trupe como se tivéssemos que ser um grupo maduro e preparado, como se fossemos pessoas que não precisam mais de cuidado, se estamos com mais dificuldade, parece que somos imaturos aí vem as críticas só para piorar.

Ana – O trabalho do Marco e o seu ficou no grupo, nunca mais foi vivido nada assim por nós. Naquela época, nós sentíamos que vocês acompanhavam o nosso desempenho dentro do grupo e fora do grupo. Que a gente era importante. Vocês conheciam a gente. Todos começam a falar juntos sobre isso.

Sílvia – Se hoje nós temos um desempenho que a galera gosta de mostrar, isso é porque nós fomos acompanhados desde a base, desde pequenos e isso faz diferença.

Avaliam que se os outros grupos também tivessem tido esse cuidado teriam crescido de forma diferente mais integrados individualmente e no grupo.

Ana – Não adianta só mexer com o artístico tem que saber da pessoa.

Continuam falando juntos. Pedro e Sílvia – O fato de vocês conhecerem nossas famílias isso era diferente. Fazer visita em casa , saber como é a casa da gente mesmo, isso é diferente né?! Acho que isso é importante.

Clara – Essa ideia de acharem que somos um grupo maduro é um erro e não ajuda para o desenvolvimento do grupo.

Sílvia – Essa ideia de maturidade é um absurdo só aumenta a tensão.

Gabi – A forma que você trabalhava com a gente favorecia o vínculo e a gente sentia que podia confiar e isso fazia diferença porque falar das coisas, da vida, não é assim não, só porque é psicólogo tem que falar da vida? É importante confiar e confiança a gente não acha na esquina (todos riem) Imagina vou falar da minha vida para vaziar pra geral? (uma crítica à falta de sigilo) “

Pedro – Também temos que pensar será que a instituição quer esse trabalho? Por que se fosse importante, porque não foi construído uma forma de continuar?

Ana – Não da para ficar só na “capa” tem que ver por dentro como os jovens estão né? (...) Não entendo muito dessa profissão psicólogo, mas acho que quando se trata com crianças é mais fácil do que com adulto e agora nós somos adultos e adulto se trava. Eu não me sinto a vontade para falar do meu relacionamento, não falo mesmo. Pra galera aqui da Trupe até falo.

Intervi dizendo que se “sentir à vontade” tem a ver com as outras coisas que eles já falaram, como a construção de vínculos que favoreçam a relação e um tempo para o conhecimento mútuo.

Novamente, falaram todos juntos, apontando a dificuldade do desenvolvimento do trabalho do psicólogo na Instituição e também dos psicólogos em se adaptarem às

necessidades do grupo. Também lembraram que, algumas vezes, outros profissionais não entendiam o meu trabalho.

Concordei e disse que também digo isso em minha pesquisa. Não comentei com o grupo, mas esta observação dos jovens foi, para mim, uma surpresa. Não tinha conhecimento da clareza deles em relação aos problemas com a equipe.

Pedro: Olha só, nós estamos aqui, mesmo depois desse tempo todo longe do trabalho e estamos trocando, nos sentindo em confiança para falar". Todos concordam. (...) Acho que isso quer dizer alguma coisa né?

Ana – O trabalho ainda faz falta" Os outros concordam (nesse momento houve um clima de saudade em nosso encontro).

Helena – Acho que se o grupo vive um monte de coisas e continua junto se amando tanto, isso tem alguma coisa a ver com o trabalho que foi construído conosco e não é só o artístico, tem muito a ver com o trabalho que se preocupou com as coisas de dentro da gente, tipo assim, do jeito do seu trabalho.

Quando finalizamos, agradei novamente pelo nosso encontro e pela disponibilidade do grupo para pensar comigo sobre os efeitos da prática clínica.

Ana me interrompeu e perguntou: "E você, Andréa, o que está achando da gente agora?"

Ana, naquele momento, "girou" a roda e me implicava para ouvir minha opinião. Disse que ainda me preocupava com os estudos deles, que talvez a arte não fosse o caminho de todos e que acredito no estudo como um diferencial para favorecer a liberdade deles nas escolhas futuras, o que poderia representar uma efetiva inclusão social.

Ainda pensava que ficavam centralizados nas atividades institucionais, sem explorar outras possibilidades ou até mesmo outros espaços na cidade fora de Vigário Geral. Afirmei que era uma grande alegria vê-los crescidos e fazendo análises políticas dos lugares em que estavam inseridos, que isso não era fácil e achava ótimo que estavam conseguindo exercer esse olhar. E que poderiam ter certeza de que estaria sentada na primeira fila torcendo por eles na estreia do espetáculo.

Quando finalizamos, Sílvia começou a cantar uma música do grupo Rappa, do qual já tínhamos ido a alguns shows durante o projeto Conexões Urbanas<sup>33</sup>. Acompanhamos com o refrão “[...] Valeu a pena, valeu a pena. Sou pescador de ilusões [...]”<sup>34</sup> A música era bastante significativa para aquele encontro. Cantamos juntos, com a emoção e com a alegria que sempre fez parte do nosso trabalho.

A fala dos jovens valorizou a prática clínica e o manejo diferenciado. Eles falaram do meu trabalho em continuidade com o trabalho que era desenvolvido anteriormente, o que era buscado por essa intervenção. Essas falas reforçam e sustentam a escolha pelo desenvolvimento de uma intervenção em sintonia com o território. Se, por um lado, há uma experiência de solidão no campo devido à falta de suporte no serviço e às dificuldades na relação com os técnicos, de outro, há uma população que responde positivamente contribuindo para afirmação da aposta clínica que aqui chamamos de “um outro olhar”.

Os jovens falaram sobre o incômodo com a cobrança por “maturidade”, que no interior foi aceita como verdade por Marcelo, o primeiro entrevistado. Marcelo parece ter incorporado a postura de único responsável por sua expulsão das instituições escolares e também da Trupe, diferente dos jovens que continuam na Trupe e fizeram críticas quando se sentiram cobrados, questionando o trabalho psi e a própria organização.

Pareceram compreender que maturidade é um argumento utilizado como justificativa para cobranças diferenciadas e não aceitaram essas cobranças como verdade. Um dos objetivos da intervenção com os jovens era justamente a construção de um olhar crítico e político. Ainda hoje, quando nos encontramos, essa postura crítica é estimulada.

---

<sup>33</sup> Conexões Urbanas é um dos projetos do grupo Cultural que leva shows com grandes nomes da música em diferentes comunidades populares do Rio de Janeiro

<sup>34</sup> Pescador de Ilusões: O Rappa.



### 3.3 COMPLEXO DA MARÉ: ENCONTROS SEM FRONTEIRAS

*Nego drama,  
Cabelo crespo,  
E a pele escura,  
A ferida, a chaga,  
A procura da cura.  
Nego drama,  
Tenta ver  
E não vê nada,  
A não ser uma estrela,  
Longe meio ofuscada [...].*

Negro Drama Racionais MCS

Continuando a mapear os territórios de construção de “um outro olhar” serão apresentadas situações clínicas vividas no Complexo da Maré, especificamente em Marcílio Dias, na Unidade de Saúde da Organização Humanitária Internacional Médicos Sem Fronteiras (MSF)<sup>35</sup>.

Esta Unidade de Saúde era formada no modelo da Estratégia de Saúde da Família (PSF), com profissionais técnicos em diferentes especialidades e doze Agentes Comunitários de Saúde. Nesta unidade, tive experiências diversas durante os três anos de trabalho, período de duração da intervenção de MSF na comunidade.

Em Marcílio Dias, conheci Laura, uma menina negra de quatro anos que estava sempre muito alegre brincando na Unidade. Para relatar o encontro com Laura, preciso evidenciar alguns elementos.

Iniciando os atendimentos em Marcílio Dias, identifiquei um espaço disponível em frente a minha sala e um grande número de crianças desacompanhadas circulando

---

<sup>35</sup> Médicos Sem Fronteiras é uma organização humanitária internacional, independente e comprometida em levar ajuda humanitária às pessoas em todo o mundo. Também é missão de MSF tornar públicas as situações enfrentadas pelas populações atendidas. São cerca de 28 mil profissionais de diferentes áreas, espalhados por mais de 60 países, atuando diariamente em situações de desastres naturais, fome, conflitos, epidemias e combate a doenças negligenciadas. A organização foi criada em 1971, na França, por jovens médicos e jornalistas, que atuaram como voluntários no fim dos anos 60 em Biafra, na Nigéria. Enquanto a equipe médica socorria vítimas em uma brutal guerra civil, o grupo percebeu as limitações da ajuda humanitária internacional: a dificuldade de acesso ao local e os entraves burocráticos e políticos faziam com que muitos se calassem frente aos fatos testemunhados. MSF surge, então, como uma organização médico-humanitária que associa socorro médico e testemunho em favor das populações em risco (<http://www.msf.org.br>).

pela unidade. Muitas destas crianças eram moradoras de Mandacarú, área da comunidade de extrema precariedade sanitária, com esgoto a céu aberto, ratos circulando, casas construídas com material reaproveitado. Era a área mais pobre e também de maior concentração de população negra da comunidade.

Diante do espaço livre e do número de crianças, entendi que este poderia ser transformado em espaço para o brincar infantil. Comecei, aos poucos, a cuidar da arrumação. Coloquei colchonetes, brinquedos, lápis de cor e papéis. Organizei o local de modo estratégico para que as crianças pudessem vê-lo, senti-lo e reconhecê-lo como espaço de brincar.

Algumas pessoas da Unidade, quando perceberam o que eu estava buscando, vieram me alertar. “Vai tudo sumir”, “Vai virar uma bagunça”, “Não vale a pena”. Escolhi arriscar. Algumas coisas, naturalmente, sumiram, mas o espaço funcionou muito bem, acolhendo e agregando crianças que ficavam por longo tempo brincando tranquilamente.

O brincar é o espaço da criação, da experimentação da vida e também da clínica. Agenciar formas de potencializar esse espaço foi o objetivo dessa intervenção. Quando não estava atendendo, eu também estava ali experimentando, brincando com as crianças. Desenhava ou participava um pouco das brincadeiras e ia conversando com elas, sabendo onde estudavam, quem estava fora da escola. Era um momento de aproximação e de construção de vínculos com a população atendida. Muitas vezes, jogava ou corria com elas em outro espaço da Unidade, assim como na rua em frente ao Posto de Saúde, que era uma rua larga, pouco movimentada e que agregava as crianças de Marcílio Dias, Kelson’s e também as de Mandacaru.

Quando ficava fora da unidade, me inseria nas diferentes brincadeiras: corrida, bicicleta, bola de gude. Ou então criávamos outros jogos, como amarelinha. Era um lugar de encontro, diferente do espaço da unidade. Era muito bom estar ali com as crianças e elas também gostavam de ter um adulto brincando com elas. No período da tarde, evitava estar na rua, porque neste horário era comum a entrada de policiais, e não queria estimular uma situação de risco. Estas formas de manejo/intervenção contribuíram para que as crianças me reconhecessem como alguém que era próxima delas ou com quem tinham um contato diferenciado.

Numa tarde, Laura, que frequentava regularmente aquele espaço de brincar, pediu para entrar na sala comigo. Achando que ela estava brincando, abaixei para ficar do tamanho dela e perguntei o que era.

Laura – Não! Eu tenho que falar dos meus negócios lá dentro e de porta fechada.

Entramos, eu sentei e ela sentou em frente a mim, numa cadeira muito maior do que ela e contou:

Laura – Minha irmã tem doze anos e esta grávida. Não pode né? (...)  
Minha mãe fica a noite toda na boca e fico sozinha. Não pode né?”

Fiquei perplexa diante da fala daquela criança, que parecia fisicamente tão frágil, magrinha, aparentando ter menos de quatro anos, a cadeira era muito maior do que ela, deixando seus pés bem distantes do chão que evidenciava o seu tamanho. Ela era tão pequena em contraste com a grandiosidade dos problemas que me colocava. Como ela conseguia verbalizar “os seus negócios”? E a gravidade das situações vividas por sua irmã de doze anos grávida? E de sua mãe que passava a noite na “boca”, deixando-a sozinha? Nesse encontro com Laura, estive numa situação que me remete ao que refere Rauter<sup>36</sup> em relação aos profissionais de saúde mental, quando diz que estes “entram em contato com situações em que a realidade parece delirar”.

Após esse atendimento, agendei de imediato uma visita à família junto com o Agente Comunitário, para conhecê-la e buscar inserí-la nas ações de promoção em saúde desenvolvidas na unidade. Um trabalho concomitante era o de interferir para que as discussões na equipe amansassem para além de uma avaliação de que estávamos diante de uma família “desestruturada”. Esta é uma definição utilizada de forma recorrente entre os profissionais de saúde e educação, principalmente quando estão diante de uma situação de violência em relação à criança e ao adolescente.

Entendemos que essa compreensão sobre a família, classificando-a como desestruturada é um olhar comparativo a um modelo de família composto por pai, mãe e filhos. O que percebemos na sociedade contemporânea são formas cada vez mas

---

<sup>36</sup> Anotações em aula de RAUTER, Cristina. 2010.

diferenciadas de organizações familiares. O entendimento de que há um formato ideal, que funcionaria como “garantia” para um desenvolvimento saudável, não contribuiu para o acolhimento das questões demandadas pelo serviço. O rótulo de família desestruturada é vinculado com maior frequência às famílias pobres devido as questões sociais que este grupo está exposto.

A menina Laura foi conosco para a visita, e no caminho, me apresentava como sua “tia” às pessoas que encontrava. Devido a sua pouca idade, não tinha como saber sobre a especificidade do trabalho do psicólogo, o que ela talvez sentisse com a “tia” era a experiência de ter encontrado um adulto em quem poderia confiar, “falar seus negócios” e brincar. Este caso, entre outros aspectos, se destaca pela entrada da família no serviço de saúde, através de uma criança, que chega por meio do espaço do brincar. Um brincar construído pelo desejo profissional de acolher e que se mostrou nessa situação como um dispositivo clínico potente.

Poderíamos considerar o caso de Laura como o de criança “entregue ao acaso dos encontros” no sentido da filosofia de Spinoza, com preocupações com a família e com ela mesma, quando conta “que fica sozinha e não pode né?” A idade de quatro anos era motivo de maior surpresa, já havia observado anteriormente em adolescentes essa precocidade em relação as responsabilidades familiares.

O caso de Carlos, o jovem da Mangueira aqui mencionado, é um desses exemplos, mas em uma criança tão pequena, o estranhamento ainda era maior. Carlos e Laura têm idades diferentes, moram em comunidades diferentes, mas ambos pertencem ao mesmo grupo étnico. Estamos falando de uma criança negra e um jovem negro, impossibilitados de viver o que seria natural em suas idades. Ambos vítimas da violência, provocada por múltiplos fatores reproduzidos ao longo da história da sociedade brasileira.

Quando fizemos a visita domiciliar à casa de Laura, identificamos problemas referentes às condições sanitárias, fragilidade da construção da moradia, ratos, entre outros, riscos diversos para ela e sua família. Um desafio na atenção à saúde estava colocado, no sentido de buscar saídas para a melhoria nas condições de vida dessas pessoas, mesmo com a ausência de políticas públicas adequadas para o enfrentamento dessas situações, Laura estava fora da escola, sua irmã com onze

anos, grávida e também sem estudar e sua mãe estava grávida, sendo a única responsável pelas meninas, necessitando ela mesma de tantos cuidados.

Ainda nesse caso, percebemos uma falha do serviço na não identificação da situação dessa família como prioridade, o que é função de um sistema de atendimento desenvolvido no território, como é o caso do Saúde da Família. Noutras situações também percebemos essa falha. Entendemos que é possível melhorar a assistência ampliando o olhar do ACS para as questões do campo, com investimento na formação continuada e com visitas domiciliares em companhia de profissionais de diferentes áreas.

A Mangueira e o Complexo da Maré foram comunidades em que trabalhei diretamente com ACS e identifiquei o momento de irmos juntos ao campo como uma parte muito importante para a construção conjunta de intervenções. Porém, estava nessas comunidades numa situação de exceção, já que não faz parte da política de saúde do país ter um psicólogo no *staff* da Estratégia de Saúde da Família (ESF). No programa da Mangueira, minha inserção se devia ao perfil do convênio, que permitiu a contratação do psicólogo e no Complexo da Maré pelo perfil do trabalho de Médicos Sem Fronteiras, que incluiu o psicólogo nas diferentes ações em saúde, que desenvolvem no mundo.

Entendemos que a saúde mental não deve ser cuidada exclusivamente pelo psicólogo, porém no atual modelo do ESF a especificidade do profissional psi é minimizada, sendo facilmente substituída por outros cuidados terapêuticos, como a terapia comunitária<sup>37</sup>, que não necessita do psicólogo.

Seguindo no Complexo da Maré, em Marcílio Dias, apresento o atendimento de Lurdes, uma mulher negra de 37 anos, filha de uma mulher negra e de um homem branco nordestino. Meu primeiro encontro com ela foi em visita domiciliar,

---

<sup>37</sup> Terapia Comunitária (TC) é uma abordagem terapêutica em grupo com a finalidade de promover a atenção primária, em saúde mental. É um espaço de partilha de sofrimentos e descobertas, privilegiando o saber e a competência, construídos pelas experiências de vida do indivíduo, da família e da comunidade. Estimula o grupo a consolidar vínculos e “empoderar-se”. A TC nos convida a uma mudança de olhar, de enfoque, sem querer desqualificar as contribuições de outras abordagens, mas ampliar seu ângulo de ação. A metodologia da Terapia Comunitária (TC) foi criada e sistematizada pelo psiquiatra e antropólogo Adalberto Barreto no ano de 1987 em Fortaleza - Ceará. No Brasil, a Terapia Comunitária está implantada em 23 estados da Federação, computando-se cerca de sete mil terapeutas comunitários. <http://www.mismecdf.org/tc.php>

acompanhada por uma Agente Comunitária de Saúde. A agente solicitou que eu a acompanhasse na visita porque teve muitas dificuldades no contato com Lurdes, que, conforme relatou, mantinha “um olhar distante, parado” todo o tempo e tinha dificuldades para cuidar do filho de 6 meses, do qual era a única responsável.

Chegamos para a visita e Lurdes parecia estar medicada, muito sonolenta, sem condições de diálogo. Cochilava com o filho no colo enquanto o bebê buscava chegar ao seu seio. Sentei ao seu lado e busquei auxiliar na amamentação, sustentando o bebê na altura de seu seio. Fui falando com ela buscando despertá-la. Ficamos neste movimento algum tempo. Procurei verificar que medicação ela estava utilizando, fiz algumas orientações e depois perguntei se ela gostaria de ir até a Unidade de Saúde para continuarmos nossa conversa. Ela concordou e agendamos para o dia seguinte.

Lurdes chegou para o atendimento perguntando por onde deveria começar. Respondi que seria como desejasse. Ela contou que passava por muitas coisas e que sempre passou. Relatou que sua mãe lhe contara que ela era “diferente”, porque assistiu seu pai agredi-la muitas vezes. Segundo a mãe, nesses episódios de violência Lurdes ficava “pelos paredes”, olhando. Perguntei o que era ficar “pelos paredes” e ela explicou, demonstrando, que significava se sentir espremida na parede, querendo entrar nela.

Quando ela tinha 4 anos, os pais se separaram e a mãe teve sua primeira internação em hospital psiquiátrico. Após esse episódio, iniciou-se uma seqüência de internações. Perguntei a Lurdes quem cuidava dela nestes momentos. Ela respondeu que foi “criada pelo tempo”. E explicou: “Ser criada pelo tempo é ir crescendo conforme o tempo vai passando”. Contou que ficava “na casa dos outros” e quando a mãe saía da internação, procurava por ela, indo buscá-la.

O resgate da mãe foi contado por Lurdes com muito orgulho. “Mãe que é mãe, não dá os filhos não! A minha só emprestava”. No decorrer deste encontro, Lurdes conta que gostava da escola, mas teve que sair aos 12 anos para trabalhar e que “não era burra não”. Ela teve a primeira relação sexual aos 14 anos e foi violentada sexualmente aos 17 anos. Hoje, a mãe de Lurdes é moradora de rua. Ela explica que a mãe escolheu a rua pelo “cansaço”. Lurdes mora com o filho de 6 meses, do qual fala

com muita ternura. Considera-o muito bonito e enfatiza que é bonito porque se parece com o pai, que é branco, cujo destino ela desconhece.

Lurdes diz que gostaria de ser bonita e de ter cabelo liso e que não entendeu a vida inteira porque tinha que ser “preta”, porque tinha a cor diferente dos “outros”, que eram bonitos. Quando era criança, escutava piadas sobre seu nariz. As outras crianças diziam que o dela era “nariz de batata”; seu cabelo e o das outras meninas que tinham o cabelo igual ao dela eram chamados de “cabelo bombriil”. Diz que “essas coisas” a deixavam muito triste fazendo com que se sentisse “muito inferior”.

Lurdes disse que começou a se sentir “esquisita”, acabou piorando e foi levada para o hospital psiquiátrico. Ficou internada por quatro dias. Contou que estava com muito medo de tomar os remédios, porque precisava se manter acordada para cuidar do filho. Ela se disse cansada e perguntou se podia deitar. Arrumei a sala colocando colchonetes, diminuí a luz, e continuamos o atendimento. Ela deitou e sentei no chão, ao seu lado. Ficou muito emocionada, dizendo: “Se tivesse tido a oportunidade de ser cuidada assim antes, talvez a vida pudesse ter sido diferente”.

Falamos sobre a possibilidade de a vida ainda poder ser diferente. Ela me interrompeu e perguntou se eu achava que “cabelo afro é muito ruim?”

Na época do atendimento de Lurdes, eu usava o cabelo trançado. Sugeri que ela olhasse para meu cabelo. Disse que o cabelo afro dava bastante trabalho para cuidar, diferente do que muitas pessoas pensam. Que o cabelo afro era um tipo de cabelo que permitia muitas variações, poderia ficar enrolado, trançado e até liso. Era um tipo de cabelo que permite experimentar muitas formas. Finalizei, respondendo-a, que não achava cabelo afro ruim. O que considerava ruim era a forma que as pessoas tratam o que é diferente em nossa sociedade. E compreendia que ela deveria ter tido muitos motivos ao longo da vida para sentir seu cabelo como um motivo de tristeza ou até mesmo vergonha.

Continuamos a falar sobre como as diferenças ou diversidades são traduzidas em desigualdades no contexto social. A questão que ela trazia em relação ao cabelo não era uma questão individual, e sim uma questão referente ao coletivo em que ela está inserida. O cabelo, na fala de grande parte da população negra, em especial das mulheres, é trazido como questão muito importante na construção da autoimagem. É

motivo de grande investimento para a afirmação positiva do cabelo crespo, característica evidente da população afodescendente. Para Lopes (2005, p.188):

[...] a discriminação supervaloriza determinadas culturas, dá ao dominador a ideia de que é o melhor e desenvolve no discriminado o sentimento de menos-valia. Permite que a sociedade seja considerada sob duas óticas divergentes: Do discriminador, que manda e se considera o mais capaz, o mais culto, o dono do mundo e das pessoas, que sempre estabelece as regras do jogo que lhe interessa, que mantém sua auto-estima em alta às custas do outrem; a do discriminado, que fica à mercê das decisões do discriminador, o qual tenta organizar a vida do grupo social em função de seus interesses e privilégios; que tem de lutar bravamente para elevar sua auto-estima [...].

As situações vividas por Lurdes ao longo da vida e que foram trazidas num único encontro, mostram inúmeras situações de violências às quais foi exposta: violência racial, doméstica, institucional e sexual. As percepções negativas de Lurdes sobre si mesma podem ser compreendidas como um dos resultados dos diversos dispositivos sociais utilizados na produção de subjetividades negras como os propostos pela pseudo-democracia racial que desvaloriza a estética, a cor, a origem étnica, a história, a cultura, a capacidade intelectual e o potencial criativo negros. De acordo com Guattari e Rolnik (2005, p. 85), “a identidade cultural constitui um nível da subjetividade: o nível de territorialização subjetiva. Ela é um meio de auto-identificação num determinado grupo que conjuga seus modos de subjetivação nas relações de segmentaridade social”.

Em diversos movimentos sociais nos quais são discutidas questões relativas ao racismo, há um discurso comum em relação à necessidade da população negra afirmar uma “identidade negra”, no enfrentamento das iniquidades. Compreendemos a questão colocada por esses movimentos no sentido de reconhecer os processos políticos que atravessam o processo de subjetivação da população negra, mas apostando na importância de expandirmos o olhar incorporando a ideia de “devir” (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 86):

A ideia de “devir” está ligada à possibilidade ou não de um processo se singularizar. Singularidades femininas, poéticas, homossexuais ou negras podem entrar em ruptura com as estratificações dominantes. Essa é a mola mestra da problemática das minorias: uma problemática da multiplicidade e da pluralidade e não uma questão de identidade cultural, de retorno ao idêntico, de retorno ao arcaico.



Entendemos que o conceito de identidade não incorpora todas as reivindicações dos grupos que lutam pelas minorias, já que identidade, de acordo com o pensamento de Guattari e Rolnik (2005), é um conceito estático. Diz respeito à forma, remetendo a cristalizações que podem implicar em estigmas. O conceito de identidade se diferencia do conceito de singularidade. A singularidade é um conceito existencial que pressupõe um movimento contínuo de transformação. Para Guattari e Rolnik (2005, p. 80), a identidade é um conceito de referenciação:

Essa referenciação vai desembocar tanto no que os freudianos chamam de processo de identificação, quanto nos procedimentos policiais no sentido da identificação do indivíduo [...] a identidade é aquilo que faz passar a singularidade de diferentes maneiras de existir por um só e mesmo quadro de referência identificável [...].

Quando Lurdes lembra da escola conta que “gostava da escola e que não era burra não” valorizando a escola, embora este espaço institucional, não parece ter favorecido para vivências positivas de pertencimento de Lurdes, sendo também um meio ambiente onde experimentou situações de preconceito sem que essas pudessem ter sido adequadamente cuidadas. De acordo com Gomes (2002, p.45):

[...] Na escola também se encontra a exigência de “arrumar o cabelo”, o que não é novidade para a família negra. Mas essa exigência, muitas vezes, chega até essa família com um sentido muito diferente daquele atribuído pelas mães ao cuidarem dos seus filhos e filhas. Em alguns momentos, o cuidado dessas mães não consegue evitar que, mesmo apresentando-se bem penteada e arrumada, a criança negra deixe de ser alvo das piadas e apelidos pejorativos no ambiente escolar. Alguns se referem ao cabelo como: “ninho de guacho”, “cabelo de bombril”, “nega do cabelo duro”, “cabelo de picumã!” Apêlidos que expressam que o tipo de cabelo do negro é visto como símbolo de inferioridade, sempre associado à artificialidade (esponja de bombril) ou com elementos da natureza (ninho de passarinhos, teia de aranha enegrecida pela fuligem).

Pode-se compreender que Lurdes não encontrou durante o crescimento um meio ambiente bom o bastante e identificado (WINNICOTT, 1975), que pudesse cuidar dela em sua necessidade. Conforme Guimarães e Podkameni (2008, p.120):

[...] o meio ambiente sociocultural brasileiro, por impor situações nocivas como o racismo a discriminação, a intolerância, à população negra, provoca vividos afetivos adversos, que correm o risco de perder a visibilidade por não serem observados concretamente. Entendemos que essas condições produzem uma

dor psíquica que foi historicamente silenciada, negada e naturalizada, comprometendo o risco social, psíquico, psicossomático e até físico de quem sofre ela.

Rauter (2005) propõe pensarmos o conceito winnicottiano de “meio ambiente suficientemente bom”:

[...] de modo a incluir as múltiplas situações de extrema precariedade que atravessam o território humano no contexto do capitalismo globalitário” pensando num território onde as invasões se dão de formas contínuas e diferenciadas não havendo muito espaço para vivências de cuidado continuadas “A mãe suficientemente boa” certamente tem condições muito mais precárias de funcionamento quando está desempregada e/ou seu marido, quando mora no meio do tiroteio entre facções do tráfico em luta, quando sabe que o pai de seu filho terá vida curta etc. A insegurança campeia no campo social...

Contrário ao processo natural de amadurecimento subjetivo, a sociedade brasileira, como afirmam Guimarães e Podikameni (2008, 72):

[...] cria para a população negra dispositivos/situações com dupla mensagem, dispositivos/situações que são paradoxos sem possibilidades de solução. A repercussão dessa situação no psiquismo é representada por um conflito de impossível solução, pois se origina de vivências de contradições psíquicas entre ser “estimulado” a viver assumindo naturalmente a sua identidade, e no entanto, não ser aceito.

A fala de Lurdes evidencia as circunstâncias do meio ambiente adverso que sua mãe viveu até chegar no que ela chama de “cansaço” e escolher a rua como moradia. Mesmo assim, ela mostra o esforço da mãe em manter o vínculo com os filhos após a alta psiquiátrica.

Na Comunidade de Marcílio Dias, chamava-me a atenção como as pessoas tinham proximidade com a doença mental. No início, estranhei o fato das pessoas chegarem à unidade dizendo que alguém havia “surtado”, já que essa não era uma expressão comumente utilizada. Outro ponto era o número de pessoas que tinham caso de suicídio na família. Eu buscava pensar como essa questão se relacionava à violência local. Na época, gostaria de ter pesquisado esta situação, e até fiz essa proposta à coordenação, mas a demanda do serviço era grande. Não houve liberação na agenda para realizar este trabalho.

Também em Marcílio Dias, dois jovens negros, de 17 e 18 anos, foram atendidos em situações distintas e que remetem ao questionamento anterior. Tinham em comum a eclosão de um quadro psicótico atrelado à religiosidade. A jovem de 18 anos havia sido exposta publicamente pelo pastor da igreja, que contou durante o culto que ela havia tido relações sexuais com o namorado, o que era condenado por esta igreja. Antes deste fato, ela cantava e ocupava um lugar de destaque na igreja. Foi expulsa da função. Após o episódio, começou a apresentar mudanças de comportamento, com crises de “agressividade” e sendo internada no Hospital Psiquiátrico Nise da Silveira<sup>38</sup>.

O rapaz de 17 anos tentou o suicídio. Pulou de uma passarela na Avenida Brasil, após um longo período sem sair de casa. Em nosso primeiro encontro, logo após o ocorrido, perguntei o que havia acontecido. Ele me disse: “Preciso encontrar com Deus na terra prometida, uma terra onde não há brigas só tem amor, chega de ficar nesse mundo de pecador”.<sup>39</sup>

Conheci os jovens pouco depois do primeiro surto. No caso da moça, era difícil acompanhá-la em casa, porque a mãe não aceitava o atendimento. Dizia que eu era usada pelas “forças do mal”. Mesmo assim, eu insistia, usando diferentes procedimentos. Falava com a jovem na porta de casa; quando ela estava bem, ia até a unidade de saúde. A mãe boicotava o atendimento de diferentes formas. Impedia o atendimento domiciliar e na unidade, além de jogar fora seus medicamentos.

Neste caso, muitas das ações iam no sentido de potencializar o atendimento da ACS, de modo a que favorecesse a atenção familiar. A ACS responsável pela família frequentava a mesma igreja e esse ponto em comum favorecia a sua entrada na casa. O trabalho de formação da agente era realizado por mim e pela médica responsável pela área.

No caso do jovem, a família colaborava com o atendimento. O acompanhamento era realizado em parceria com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Fernando

---

<sup>38</sup> Hospital psiquiátrico no bairro de Engenho de Dentro, na Zona Norte da cidade.

<sup>39</sup> A referência à terra prometida e a salvação é comum nos cultos evangélicos, onde valorizam uma outra terra que seria muito melhor do que a que vivemos e que se caso Deus for aceito é garantido o direito de nascer nesse novo lugar.

Diniz)<sup>40</sup> referência da área que estávamos inscritos. A fala desses jovens durante os atendimentos se assemelhava. Ambos tinham desejo de conhecer o mundo e sentiam por isso.

O encontro com a jovem não funcionava bem com consultas pré-agendadas, ela precisava “escapar” para comparecer ao atendimento. Eu deixava a recepção em alerta, para que a encaixassem na agenda e me mantivessem avisada sobre a procura de atendimento. Procurava construir uma parceria com a recepção, que foi muito bem sucedida, não só nesse caso, mas também em outros. Procurava envolver a recepção sobre a importância de manter aberta a porta da unidade de saúde.

O mesmo fazia em relação à questão racial. Desenvolvia um trabalho contínuo com a recepção sobre a importância de marcar adequadamente o quesito cor no prontuário, para que este não fosse marcado de forma “afetiva”. Ou seja, quando simpatizavam com o usuário, automaticamente este “ficava mais claro”. Os funcionários da recepção eram negros e o trabalho de valorização racial começava com eles, para que se sentissem valorizados em sua etnia e assim pudessem valorizar outros da mesma cor.

A recepção era um lugar muito frequentado por mim. Acredito que este é um local privilegiado, e deve estar preparado para o acolhimento. No trabalho com a recepção, procurava afirmar a importância de todos os cargos numa instituição, independente de sua área de trabalho, são educadores. No decorrer dos anos, nosso trabalho ficou tão próximo que os funcionários da recepção identificavam possíveis casos na unidade e também na comunidade onde eram moradores.

A última situação clínica que será trazida da Comunidade de Kelson's/Marcílio Dias também aponta para as possibilidades de trabalho que podem ser construídas no território com o programa ESF. João é um homem negro que tinha 46 anos na época dos atendimentos e que não saía de casa desde os 40. Ele tinha síndrome do pânico e estava sem tratamento. Morava numa casa com dois comôdos com dois filhos jovens. Era divorciado e contou “que a mulher o “abandonou” depois que ele deixou de sair de

---

<sup>40</sup> O caso era discutido semanalmente com a psiquiatra Lenora Mendes Louro. Era um acordo da parceria de trabalho. Os casos eram discutidos pelos profissionais que atendiam e assim conseguíamos criar uma rotina de trabalho diferenciada da que ocorre quando o encaminhando do caso passa ser responsabilidade do serviço o qual foi referido.

casa. Antes de ficar em casa, trabalhava como cobrador de ônibus. Os filhos se adaptaram, embora estranhassem, ao novo modo de vida que passou a adotar.

Iniciamos o atendimento com encontros semanais. Em algumas visitas, eu era acompanhada exclusivamente pelo ACS, em outras também pelo médico ou enfermeiro responsável pela área e fazíamos interconsulta domiciliar. Estes encontros eram muito ricos, diferentes ações eram pensadas coletivamente.

O formato do trabalho da ESF permite intervenções com extensões diferenciadas. Nesse modelo de atendimento, estamos na casa das pessoas, vendo as situações que são relatadas como problemas, o que favorece nossa intervenção. No caso desse paciente, sua casa localizava-se ao lado do local em que aconteciam muitas ações de comércio. Havia música alta todo o dia, os jovens armados, além do cheiro de maconha, que o incomodava. Essas invasões contínuas agravavam seu quadro clínico geral.

Numa visita, fui procurar alguns jovens que trabalham no comércio para explicar o meu trabalho e minha dificuldade em realizá-lo enquanto eles realizavam o trabalho deles. Expliquei que era muito difícil me concentrar no atendimento vendo-os armados perto de nós e com a música tão alta. Disse que gostava da música que escutavam, um hip hop cantado por MV Bill. Eles ficaram surpresos com o fato de conhecer e saber cantar a música. E ficamos falando um pouco sobre hip hop. Acredito que o rap nesse encontro foi um facilitador, a música passou a ser uma linguagem comum e positiva entre nós.

Eles garantiram que a arma não era uma ameaça para nós. Respondi que acreditava, mas que mesmo assim, não conseguia ficar tranquila, e me concentrar para atender com a qualidade que seu vizinho, que era uma pessoa de quem gostavam, que merecia. Combinamos que no dia e hora do atendimento, a música não iria ficar tão alta e iriam evitar ficar em frente à casa. Nos outros encontros, nossa combinação começou a valer. Eles evitavam ficar em frente a porta e a música não ficava alta, sendo esse um cuidado diferenciado, construído neste atendimento.

A preocupação com a música e com as armas buscava criar no momento do atendimento uma atmosfera de cuidado ou um meio ambiente adequado para João. Com o decorrer do atendimentos, foram se evidenciando alguns avanços: a mudança

na arrumação da casa, o fato de que começou a nos esperar na porta de casa relatando que começava a se sentir menos ansioso.

Com o término do projeto de MSF, a unidade foi absorvida pelo Estado que deu continuidade ao programa ESF. Atualmente, continua funcionando na comunidade, mesmo que precariamente. Porém, o serviço de psicologia não teve continuidade. Lembro que quando fui me despedir de João e de muitas pessoas foi muito difícil ouvir repetidas vezes que “alegria de pobre dura pouco”, ou “pobre é assim mesmo já esta até acostumado a sofrer”. Essas diferentes falas expressaram sua tristeza, que era compartilhada por mim.

Busquei falar com todos da forma mais cuidadosa possível, deixando meu telefone de contato, mas a situação nos colocava numa situação difícil pela descontinuidade evidente do trabalho e pela dificuldade de encaminhar essas pessoas que ali eram atendidas para outros serviços.

A minha impressão sobre o término dessa intervenção foi de que independente da finalização ter sido cuidadosa e afetiva, ainda assim foi um registro de ruptura. Uma das expressões importantes dessa prática é a possibilidade de continuidade, o que ficou impossível de ser vivido.

Algumas pessoas se mobilizaram para que fosse mantido o serviço de psicologia, através de abaixo-assinado e falando com a coordenação da área programática 3.1 o que considerei positivo. Na festa de encerramento da unidade, em que estavam presentes representantes do poder público, organizações sociais, entre outros, uma das pessoas que estava nessa ação e que era acompanhada individualmente em atendimento semanal (ela fazia tratamento de câncer de mama e quando não podia ir até a unidade era atendida em visita domiciliar) falou ao microfone:

As pessoas que decidem sobre o meu tratamento, não viveram o que eu vivi no atendimento, sendo assim, acho que não conseguem entender, mesmo assim decidem sobre o que nunca sentiram. Estou falando que ainda não posso ficar sem esse atendimento porque estou precisando.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Oito meses após a finalização do trabalho ela faleceu.

Quando Médicos sem Fronteiras iniciou as atividades, era de conhecimento o período de três anos no campo de atuação, quando seria buscado repassar o projeto para o Estado. A organização considerou um sucesso o repasse, porque houve continuidade da maioria dos serviços, com exceção da assistência social e psicologia. Os problemas vividos com o fim desse projeto esbarram nas questões de políticas públicas do país.

Reconhecemos que no tempo desse trabalho intervenções importantes como as que foram apresentadas nas situações clínicas foram construídas, produzindo registros positivos para a população e a equipe técnica. O fato de a população se mobilizar para questionar a continuidade da assistência psicológica também foi compreendida como uma das conquistas do trabalho, em muitas ocasiões estimulamos uma postura crítica. Após quatro anos desse trabalho finalizado, mantenho contato telefônico esporadicamente com algumas pessoas que foram atendidas e com os técnicos da recepção.

### 3.4 STA. TERESA: O TOQUE DE NOSSAS MÃOS

“Não imagine que precise ser triste para ser militante, mesmo que a coisa que combatemos seja abominável.”  
Michel Foucault (2004)

Finalizando o mapeamento da construção de “um outro olhar” na prática clínica, relataremos uma experiência com um grupo formado por onze mulheres negras moradoras das comunidades populares de Santa Teresa: o grupo Toque de Mão, referido no início deste trabalho.

Fui convidada para trabalhar com esse grupo em função dos conflitos de relacionamento intragrupal decorrentes de um entrave na relação com a organização que criara e mantinha o grupo. Outro motivo foi o fato de que o contrato com o patrocinador terminaria em seis meses, contados a partir daquele mês em que eu entrava no trabalho – situação que acabou não se concretizando. O trabalho com o grupo de mulheres teve a duração de dois anos e meio.

Quando cheguei, o grupo Toque de Mão já tinha dois anos de existência. Produzia trabalhos diferenciados de bordado e costura, que se destacam pela criatividade, assim como prestava serviços sob encomenda para estilistas e lojas, fazendo desta atividade sua fonte de renda. Entre os trabalhos desenvolvidos encontram-se releituras de pintores brasileiros, como Cândido Portinari, Tarsila do Amaral e Di Cavalcanti na confecção de bolsas e almofadas.

O trabalho que me foi solicitado era de mediação de conflitos. Era essa a expectativa da organização em relação a minha prática. Quando foram informadas sobre a contratação de uma psicóloga, as mulheres também manifestaram essa expectativa. Conforme nossa intervenção foi se desdobrando em encontros semanais, criamos desvios e fomos descobrindo a singularidade desse grupo.

Quando comecei o trabalho, com as mulheres já havia amadurecido em mim um olhar diferenciado em relação à população negra. Embora trabalhasse há muitos anos



com essa população, ainda não havia desenvolvido um trabalho que nomeasse como uma intervenção em “saúde da população negra”.

Durante as reuniões a organização, pontuava que se tratava de um grupo de mulheres e eu deveria pensar a valorização do grupo. Nesses momentos, afirmava novamente que era como mulheres e com o que traziam com sua pele, seu corpo, seu cabelo, que elas tinham um certo tipo de vivências específicas.

Estas se evidenciavam quando desciam as escadarias de Sta Teresa e entravam nas Lojas Americanas no Centro, relatando que eram perseguidas por seguranças. Essa não é uma vivência de todas as mulheres pobres, mas uma vivência, infelizmente, comum para a mulher negra. Quanto a esse fato, uma experiência relatada por elas, ficava difícil construir argumentos de que discordassem.

O trabalho com o “Toque de Mão” foi construído, portanto, com o entendimento que a interseccionalidade<sup>42</sup> dos fatores racismo, gênero, território, classe, entre outros,

---

<sup>42</sup> 57 Interseccionalidade. Trata-se de um conceito que afirma a coexistência de diferentes fatores (vulnerabilidades, violências, discriminações), também chamados de eixos de subordinação, que acontecem de modo simultâneo na vida das pessoas. Desse modo, é um conceito que ajuda a compreender a complexidade da situação de indivíduos e grupos, como também a desenhar soluções mais adequadas. A interseccionalidade corresponde ao encontro (intersecção) dos diferentes fatores na vida de cada mulher ou grupo de mulheres. Desde a perspectiva da interseccionalidade, é possível pesquisar e visibilizar a existência ou não de desvantagens produzidas pela sociedade desigual sobre as pessoas. No caso das mulheres negras, estas desvantagens podem ser resultantes das discriminações de raça/ ser negra; de gênero/ ser do sexo feminino; de classe social/ ser pobre, de moradia/ residir em favelas ou em áreas rurais afastadas; de idade/ ser jovem ou idosa. E podem- se somar à orientação sexual/ ser lésbica; à presença de deficiência ou não, e muito mais.

Um aspecto que a interseccionalidade permite destacar é a impossibilidade de, na elaboração e gestão de políticas para a equidade, se isolar ou privilegiar qualquer uma das características atuantes na vida de indivíduos e grupos, seja raça, gênero, classe social ou qualquer outro. O isolamento prejudica a percepção da complexidade, das correlações e das potencializações entre eles. O que, apesar de permitir a simplificação de diagnósticos e ações, termina não apenas excluindo pessoas e grupos, como principalmente, favorecendo, no interior destes grupos, àqueles sub-grupos em posição de privilégio. A utilização da perspectiva da interseccionalidade permite compreender e enfrentar de forma mais precisa a articulação entre as questões de gênero e raça, uma vez que estes não se desenvolvem de modo isolado nem afastam outros fatores passíveis de produzir desigualdade e injustiça da vida cotidiana das pessoas. E mais, a presença concomitante de outros fatores potencializa os efeitos de ambos, bem como oferece as condições necessárias para que outras violações de direitos ou de criação de privilégios e desigualdades se instalem. Assim, ações, políticas e programas voltados para as mulheres negras devem necessariamente considerar a necessidade de enfrentar não apenas o racismo e o sexismo, como também as iniquidades decorrentes da pobreza, da baixa escolaridade, das condições precárias de saúde, da distância dos grandes centros e das dificuldades de acesso a transportes coletivos, das diferenças culturais, das diferentes orientações sexuais e da lesbofobia, das necessidades específicas de cada pessoa, e demais fatores que interagem na vida destas mulheres específicas.

são elementos que dificultam ou impedem a construção de redes sociais constituídas por relações interpessoais e intergrupais respeitáveis e igualitárias. Minha proposta de intervenção foi construída também a partir da compreensão de que o cuidado, o acolhimento, a geração de renda, a inserção e valorização de gênero, social e do território são promotores de saúde e transformadores dessas situações inaceitáveis.

Embora metodologicamente o grupo não fosse construído como um espaço de psicoterapia, eu acreditava no efeito terapêutico do grupo. Compreendendo como Lancetti (1993, p. 167):

Perdida toda esperança de reencontrar a entidade grupo, de verificar estruturas psíquicas ocultas e de traduzir o que é exprimido, o coordenador de grupos coloca-se em contato com a superfície expressiva que não quer dizer, diz. A grupalidade não é a manifestação de uma qualidade única. O devir grupal, múltiplo e temporal, ou o que entendemos como grupalidade vai conjugando expressões diversas e produzindo uma superfície [...].

A vivência no grupo favorecia a elaboração de questões que não encontram outros espaços em nossa sociedade para terem visibilidade e assim serem acolhidas e cuidadas. As mulheres que participam deste grupo tiveram experiências diretas com diferentes formas de violência (racial, doméstica, institucional, situações relacionadas ao narcotráfico, ação policial, entre outras). O espaço do grupo é iniciado quando uma das mulheres teve o filho de 16 anos assassinado por policiais. Este espaço foi inaugurado por uma liderança comunitária com a intenção de distraí-la. Temia-se que ela não saísse do estado de depressão em que se encontrava. Com o tempo, ela mesma começou a convidar as vizinhas para se juntarem nesse encontro. O grupo começou no final de 2006 e comecei a trabalhar no início de 2008.

Nossos encontros passaram a acontecer uma vez por semana. Nesses momentos, buscávamos privilegiar os pontos identificados que tinham dificultado o avanço do trabalho do grupo. Havia também um espaço para a discussão do cotidiano, do dia-a-dia, da vida pessoal, sendo também um espaço de intervenção, que buscava

---

Considerando sua capacidade de produzir e aprofundar vulnerabilidades, ou de fornecer elementos que permitam a elas o confronto cotidiano com as desvantagens vividas e a produção de estratégias de reafirmação de sua condição de agentes de resistência e mudança social.

refletir sobre os diferentes atravessamentos políticos e sociais que envolviam o cotidiano das componentes do grupo.

O serviço de Psicologia, utilizando os conceitos de Winnicott, Deleuze e Guattari, compreende o grupo como um “espaço potencial” (WINNICOTT, 1975) que busca intervir positivamente no processo de subjetivação (GUATTARI; ROLNIK, 2005) das mulheres que fazem parte desse trabalho, compreendendo as especificidades de suas vivências como mulheres negras, moradoras de comunidades populares.

O material produzido é atravessado por expectativas para além daquelas compreendidas objetivamente. Tem uma função subjetiva, como se representasse um “espelho” positivo de si mesmas, de sua criatividade e potencialidade, o que contribui para a construção de uma nova e positiva relação de pertencimento social.

O produto criado é valorizado socialmente pela qualidade estética que apresenta. Torna-se um marcador identitário positivo, elemento que facilita a reestruturação das experiências pessoais das mulheres do grupo, afetadas pelos diversos dispositivos sociais utilizados na produção de subjetividades negras.

Além das demandas do grupo, eu trazia questões que entendia significativas e favorecedoras da compreensão do contexto social e político em que elas estavam inseridas. Lembro de uma reunião um dia após o governador Sérgio Cabral declarar no Jornal Nacional que as mulheres pobres de comunidade eram “fábricas de marginais” e que “a polícia deveria andar nos morros da cidade como anda na Vieira Souto”<sup>43</sup>. Quanto a esse último ponto, concordaríamos com o governador, caso a polícia entrasse nas comunidades, com respeito ao cidadão, como ocorre na zona sul da cidade.

Perguntei se elas haviam visto esse jornal e o que achavam, já que o governador estava falando sobre mulheres pobres, seus filhos, comunidades e bandidos fazendo uma perigosa relação entre violência e pobreza, que temos tanto trabalho e empenho em diferenciar. A conversa rendeu muitas colocações e elas começaram a praticar o questionamento sobre o que era informado pela televisão e pelos jornais e que afetava diretamente suas vidas.

---

<sup>43</sup> A Avenida Vieira Souto fica na orla de Ipanema, bairro da Zonal Sul do Rio de Janeiro.

Em todo o tempo de trabalho foram diferentes os exercícios de buscar contextualizar o meio ambiente em que estavam inseridas. Pudemos perceber em diferentes momentos como algumas informações ficam incorporadas como verdades. Muitas delas acreditavam que o fato de estarem numa situação de pobreza, ou de violência doméstica, indica que elas querem isso e que para mudar é preciso somente uma declaração de vontade.

Não estamos tentados desvalorizar o potencial do desejo ou do esforço. Acreditamos na mudança sendo essa a forma de construirmos nossa prática. Porém, não podemos desvalorizar a importância de condições mínimas para que mudanças sejam efetivadas e principalmente para que as pessoas acreditem ser possível transformar.

No primeiro ano de trabalho, em nossa avaliação, tornava-se mais evidente como as mulheres começavam a mudar o olhar sobre si mesmas o que era percebido em suas falas quando falavam positivamente sobre seus traços, as roupas que gostavam de usar, o cabelo trançado percebia que começava a valer a pena e positivo, ser negro.

Com o tempo de trabalho e também com minha entrada no mestrado, a organização não mais discutia que se tratava de um grupo de mulheres negras. Com toda certeza, a boa relação que eu tinha com a coordenação da instituição permitia que as questões políticas sobre a população negra fossem trabalhadas com o grupo com total autonomia.

No início de 2010, apresentei trabalho no 1º Seminário Internacional de Saúde da População Negra em Salvador sobre o “Toque de Mão”. Discuti com a organização a importância de uma das integrantes do grupo me acompanhar nesse espaço. Um dos mantenedores concordou, e uma das integrantes do grupo foi comigo. Considerei essa possibilidade muito positiva principalmente por dois aspectos; o primeiro é o de que a organização onde o Projeto se desenvolve não é voltada para a questão racial, era um esforço meu profissional de inserir essa questão a autorização para a viagem, portanto, significava que o trabalho estava ecoando. O segundo é o de que nenhuma das mulheres havia saído do Estado e, assim, seria uma experiência interessante para

elas, essa possibilidade de viajar para outro Estado, e de avião, onde estaria sendo apresentado um trabalho em que era também protagonista.

Uma integrante do grupo foi sorteada e partimos para Salvador. Por não haver acomodação no mesmo voo, fui primeiro e esperei por ela no aeroporto em Salvador. Marina se mostrou emocionada desde a chegada no aeroporto. Ela dizia estar “agradecida à vida” pelo acontecimento. A seguir apresento algumas falas dela durante a viagem e no seminário, que ela também assistiu, que ajudam a traduzir sua experiência:

– Eu até fiz trança para vir para cá, para ficar mais de acordo e mais bonita para o seminário.

Quando olha o banner:

– Nossa Andréa! É trabalho mesmo! Que bonito! Nós temos tanto carinho que às vezes nem entendemos que é trabalho. Acho que tem gente que não entende que é trabalho não. Tô até emocionada, as outras tem que ver isso, falando da gente, mostrando a gente, para esse povo todo, acho que vou chorar...

Após ouvir a segunda fala do seminário:

– To ouvindo aqui o que estão falando e estou pensando como é importante se informar né? A gente pode falar melhor se relacionar melhor com as pessoas é muito importante isso.

– Tô com sede de conhecimento. Tô aqui aumentando o meu currículo.

– Estou boba com esses profissionais, as pessoas aqui com esses cabelos, nunca que eu diria que ela era médica. Médica rastafári Eu hein?!! Mas que beleza ela ser médica e falar tão bem. Até da orgulho de ser preta também. Mas eu confesso que se eu não soubesse eu nunca iria acreditar” – Após ouvir Jurema Werneck médica e coordenadora da ONG CRIOLA.

– Gente! Que mulher é essa, com esse cabelo todo! Como ela sabe tanto assim? Fala com a alma toca o coração da gente! Quando encontramos com ela ontem lá no acarajé eu não iria acreditar que ela sabia tanto assim” Após ouvir Vilma Reis.

– A gente não pode ser discriminado, andar por aí, com medo de ser maltratado”- Uma fala durante o café após ouvir as apresentação de Jurema Werneck e Vila Reis. Quando ela chegou no grupo repetiu para as outras participantes do grupo e para a coordenadora.

– Antes da apresentação: “Olha! Eu não vou falar, você me apresenta!” Ela me avisou antes, porém se apresentou muito bem falando dela e do grupo, despertando interesse do responsável pelo Fundo de População das Nações Unidas que veio falar conosco no final.

– To saindo mais preta daqui – Andréa, eu estou com você, heim!

No mês de abril, portanto, uma semana após chegarmos de Salvador, o Rio de Janeiro foi afetado por fortes chuvas na cidade como um todo e em Sta. Teresa, nos morros dos Prazeres houve 26 mortos.

Para o encontro do grupo daquela semana, havia planejado falar sobre a viagem a Salvador, e fazer um paralelo entre a conquista coletiva do grupo, sobre o prazer que alimenta o sentimento de esperança e o sentimento de dificuldade e até desesperança que por vezes atravessa devido a condições limitadas de viver.

Diante da tragédia vivida pela população, não houve possibilidade de falarmos sobre isso, já que famílias perderam casa e quem não perdeu sofreu com vazamentos. Alguns foram tão intensos que tiveram que sair de casa. O episódio das chuvas afetou a todos do Rio de Janeiro, porém este grupo vive sempre a questão de maior vulnerabilidade, fica sempre mais suscetível a diferentes tipos de violência, sejam elas provenientes do Estado ou da natureza.

Nessa época, eram muitas as reportagens falando sobre o ocorrido e em várias delas culpavam as vítimas pelas condições de suas moradias. Todas as onze mulheres do grupo foram diretamente afetadas e tiveram suas casas alagadas sendo que algumas perderam crianças próximas e, mesmo assim, começaram a incorporar o discurso da mídia de serem culpadas pelas condições de vida difíceis em que viviam.

Durante o trabalho com o grupo, procurei colocar a importância de estarmos atentas, não aceitando informações que culpabilizam, simplificando situações atravessadas por inúmeras complexidades. Para melhor traduzir o que estava querendo levá-las a pensar, usei a história infantil dos três porquinhos.

Perguntei ao grupo se conheciam a história dos porquinhos, que estavam em perigo, fugindo do lobo mau. Apontei que cada um deles construiu uma casa e que a de madeira era mais frágil. Por fim, todos fugiram para a casa de alvenaria para

ficarem mais protegidos. Fomos falando, rindo, buscando dar um tom mais leve, mas sem perder a importância do que estávamos discutindo.

A todo o tempo, afirmava que ninguém mora em condições que ferem a dignidade humana porque simplesmente deseja. Não era justo aceitar a posição de culpado em que o poder público, que seria responsável por proteger a população, tentava colocar nessas pessoas. Consideramos em conjunto que, em alguns casos, as pessoas nessas condições estão tão despontecializadas, sem esperanças, que não vêem outro modo de construir suas vidas.

Lembrei com elas de outras falas comuns em situações de violência. Quando, por exemplo, uma mulher é violentada e há referências à roupa que ela estava usando, na alegação que deveria ser provocativa entre outros apelos, que deveríamos estar atentas para a culpabilização em relação à vítima. No trabalho com o grupo, nas diferentes ações, busco construir com elas o entendimento que não há justificativa para a violência, assim como ampliar o entendimento do que é violência.

Podemos avaliar essa situação, conforme Lancetti (2009, p. 68):

Além dos próprios fracassos que tem, existem todos os fracassos que os resto da sociedade joga, culpando essas pessoas por tudo que existe de ruim: são culpadas pelos assaltos; são culpadas pelas mortes; são culpadas pelos homicídios e pelo tráfico de drogas; tudo culpa dela! Porque as pessoas têm medo de entrar na favela? Porque parece que lá tem um monte de bicho irracional

No desastre ocorrido por causa das chuvas e do descuido do Estado, contaram o caso de duas crianças que morreram e a mãe estava na casa da vizinha pedindo que as meninas ficassem com ela, para que ela fosse trabalhar. As crianças estavam sozinhas, aguardando a mãe voltar. Fomos falando sobre essa situação. Uma mulher que busca alguém para cuidar de suas filhas para ela ir trabalhar deve ser responsabilizada pela condição de sua moradia? Alguém merece passar por isso, além de perder as duas filhas?

Nessa época, nossos encontros ficaram focados sobre a tragédia que assolou a comunidade. Numa tarde, fui com elas para o Morro dos Prazeres acompanhar o resgate das vítimas que eram crianças próximas. Na comunidade, encontramos com

famílias que perderam suas casas. Quem não perdeu sofria com vazamentos, alguns eram tão intensos que teriam que deixar suas casas.

Quando saí da comunidade, não conseguia explicar o que sentia. Era uma sensação de solidão, diante de tanto a fazer. Quando acordei, no dia seguinte, a sensação de solidão me acompanhou. Era uma solidão de não ter como dividir o que tinha vivido como profissional. Neste trabalho, com tantas experiências de sofrimento, seria importante haver a possibilidade de cuidar desse sentimento da experiência profissional em grupos ou na equipe em supervisão, mas na ausência desses espaços é um viver sozinho. Esse trabalho clínico exige a reinvenção tanto da população, como dos profissionais que estão intervindo. A contra-transferência acontece com grande intensidade e todos necessitam de campo de escoamento

Durante toda a semana falei por telefone com as mulheres do grupo. Num desses telefonemas, uma integrante do grupo solicitou que eu falasse com o seu filho, um jovem de 21 anos. Ele acabava de voltar do enterro da amiga e dizia não ter palavras para dizer o que estava sentindo, concordei que não existem palavras mesmo para dar conta de algumas dores ou emoções. Falamos um pouco e ele agradeceu dizendo que ajudei muito. Agradeceu mais uma vez dizendo que eu morava em seu coração e que estava mais aliviado. Como é possível aliviar? Fiquei pensando.

Na visita a comunidade também encontrei com Rosa, a quem já conhecia por ter participado de um projeto anterior da mesma organização. Após um longo abraço, contou: “Perdi todos os meus amigos, meus filhos perderam todos os amigos, mas ainda estou viva e minha casa só caiu a metade e irei continuar a viver”. Terminou dizendo que era uma alegria me encontrar mesmo naquelas condições e me ofereceu um café. Agradei e disse que naquele momento eu teria que voltar para a organização, mas que voltaria para tomar um café.

Nesta situação, ao mesmo tempo que fiquei feliz por representar uma possibilidade de alegria para Rosa, não poderia deixar de me surpreender com sua resiliência e sua generosidade em me oferecer café. Essas situações, como em outras que também foram apresentadas neste trabalho, chamam atenção pelas possibilidades de intervenção do campo clínico.



Em setembro de 2010, sem aviso prévio, o convênio que custeava os técnicos do projeto foi encerrado. A postura desses gestores, a forma como se relacionaram com as pessoas envolvidas no projeto, psicóloga e artesãs, era o oposto do cuidado empreendido no trabalho ao longo dos anos.

Este fato chama atenção sobre a responsabilidade das pessoas que fazem contratos com programas sociais, no sentido de zelar para que não reproduzam no trabalho social a prática da violência cotidiana, vivenciada pela população sobre a qual que intervimos e que buscamos transformar.

A situação vivida com este grupo, na finalização do trabalho, corrobora para o entendimento sobre a importância de políticas públicas, que garantam a continuidade de práticas no cuidado em saúde da população negra. O trabalho com este grupo também mostrou a possibilidade de construir “um outro olhar” dessas mulheres sobre elas mesmas e seu meio ambiente. O resultado obtido mostra como é possível criar novos mundos, mesmo estando diante de situações adversas.

Na reunião que finalizamos o trabalho, avaliamos seu efeito positivo para as mulheres e o rompimento do trabalho. Estávamos todas atravessadas pelo tratamento que havíamos sido submetidas.

– Depois eles não querem que fique essa visão de que ONG é só para arrumar dinheiro. As que dão certo, parabéns. Mas em geral o pessoal sabe que é muito complicado. Tem muita coisa envolvida: diminui imposto, tem de tudo, nem to falando que é esse o caso. Aqui tem é vaidade mesmo acabar o contrato porque não saiu o nome no jornal. Isso não existe. Aliás, isso existe né?!

– Eu penso que por ser um projeto social deveriam saber que ter um psicólogo é muito importante dentro de um grupo. Sempre eles falam que devemos saber como falar, que aqui é um projeto social. Concordo, acho que devemos ter esse exercício, sim. Mas, como é que acabam o seu trabalho assim, de um momento para o outro? Será que não pensam nisso? Que aqui é projeto social, lugar para cuidar da gente.

– Quando falaram que o convênio iria acabar a primeira coisa que pensei foi em você . Como ficaria nosso trabalho. Como ficaria você. E seu salário? Eu sei que é difícil é trabalho né?!

– Você para mim, foi o meu organizador mental, eu tinha muita coisa: febre, irritação na pele, emagrecia, tudo por conta da ansiedade. Você sempre me acolheu uma calma, que me dava calma. Tirando minhas dúvidas, sem estar me criticando, sem esta me apontando e isso é muito diferente que falar com mãe, com vizinho, com o amigo. Com você me sinto estando diante de alguém

que não esta para tirar nada de mim, só me acrescentar, não esta querendo em troca.

– Através do que eu aprendi aqui no grupo e que não foi pouco foi muito, eu já consigo ajudar outras pessoas. Outro dia mesmo uma vizinha, que tem problemas sérios com o marido eu conversei com ela , mas já sei que não é comigo, ela precisa de um psicólogo, ela precisava de alguma coisa que não é para eu dar, o que posso dar é o aprendi então falei com ela procura um psicólogo. Só que sei que não é simples. É, duro as pessoas não terem com quem falar e não é porque é sozinho é porque precisa falar de um outro jeito.

– Eu aprendi a fazer uma auto análise de mim mesma, mas quantas vezes foi difícil.

– Eu acho que a vida da gente é um grande quebra cabeça e o psicólogo vêm para juntar, outro dia, estava pensando que poder é esse que o psicólogo tem que a gente confia a vida e a pessoa compartilha com você. É muita responsabilidade! Não é só porque eu gosto de você, é porque eu sei que você estudou para isso e posso confiar.

– Eu nunca fui negra tão feliz. Aqui nesse trabalho ser negro virou uma coisa boa, imagina que coisa boa se olhar no espelho e gostar? Mudar o cabelo e gostar? Isso muda tudo, muda a vida. O que você fala é muito importante entra no meu intimo e me da suporte.

– Meu vizinho diz que o que a gente leva da vida, é um monte de terra na cara. Para mim, não é assim, o que a gente leva da vida, é a vida que a gente leva.

– Eu ouvi ontem e fiquei muito emocionada e vou falar para você, sei que não vamos morrer, mas terminamos de alguma forma. Quando alguém morre, não devemos chorar para não molhar as asas do anjo, para o anjo poder voar e eu quero ver você voando.

– Nos morros da vida que você passou vai ter sempre alguém com a raiz da árvore que você plantou. Então as raízes devem estar longa e as nossas também estão aqui.

No encontro, uma mulher do grupo chegou um pouco atrasada. Usava blusa estampada com uma mulher negra, de cabelo black power. De imediato, alguém do grupo brincou: “Olha só, veio com a minha foto!” Ela respondeu: “Claro! Estou com a nossa foto! A foto de todas nós, até da Andréa, que é mais clarinha.” Falaram alegres e vaidosas sobre isso.

Como aconteceu no grupo da Trupe da Saúde em Vigário Geral no final do encontro, elas giraram a roda e me fizeram a pergunta: “E você Andréa, o que acha desse poder de psicólogo? Respondi lembrando minha entrada no grupo, afirmei a importância de cada uma delas para mim e que não sabia o que estavam chamando de “poder do psicólogo”, mas que eu acreditava na possibilidade de criar novos sentidos

na vida, de produzir o estranhamento e de abandonar qualquer rótulo e que o nosso trabalho havia sido realizado pelo poder de todas nós, nos fazendo crer que era possível construir novos olhares a partir do “toque de nossas mãos.

### **Alguns resultados objetivos conquistados:**

- O trabalho é realizado por mulheres de faixas etárias diferenciadas, o que permitiu uma eficaz troca de saberes.
- As integrantes do grupo tornaram-se referências como artesãs em suas comunidades e trabalham como multiplicadoras.
- Realizam trabalhos voluntários em outras instituições ensinando bordado e costura, auxiliando pessoas na busca por um caminho profissional e na mudança da expectativa de vida.
- Houve reingresso escolar e capacitação em instituições, em áreas relacionadas a o trabalho desenvolvido no projeto como corte e costura, pintura e também a participação em cursos extra-curriculares (como curso de inglês no programa de bolsistas oferecido pela Cultura Inglesa).
- Observa-se mudança da vivência em relação a situações de violência doméstica e conquista de independência financeira.
- Reformas e melhorias na casa são realizadas com o ganho do trabalho nas oficinas, gerando conforto para si e seus familiares.
- 50% Conseguiram comprar máquinas de costura industriais, ampliando a produção e aplicando esses conhecimentos dentro de suas próprias casas.
- Participação no Fashion Rio 2010.

Após dois anos de prática de trabalho no “Toque de Mão”, podemos observar que foi possível construir um instrumental de intervenção que tem sido importante no favorecimento das relações destas mulheres consigo mesmas e com os outros. Conforme relatam, esta prática tem contribuído para a construção de outros posicionamentos dentro do grupo, com os seus familiares e na localidade em que

vivem. Assim, pudemos avaliar positivamente nossa proposta de intervenção como promotora de saúde física e mental no cuidado com a população negra.

### 3.5 UM OUTRO OLHAR

[...] Um psicanalista como Winnicot mantém-se realmente no limite da psicanálise, porque tem o sentimento que este procedimento não convém mais num certo momento. Há um momento que não se trata mais de traduzir, de interpretar em significados ou significantes [...] Há um momento que será necessário partilhar, é preciso colocar-se em sintonia com o paciente, é preciso ir até ele partilhar seu estado. Trata-se de uma espécie de empatia, simpatia ou de identificação? (DELEUZE, 1997).

Em nosso percurso, partimos da ocupação das comunidades populares, buscando refletir sobre a trajetória da população negra e sua inserção nestes espaços. Conforme apresentamos na primeira e na segunda parte da pesquisa, a ideologia do racismo que organiza o pensamento social e do Estado é produtora de impactos negativos na vida da população negra. Exemplos desses efeitos em relação à saúde foram apresentados com os dados estatísticos que mostram a população negra com menor expectativa de vida, maiores taxas de mortalidade e risco de adoecer e morrer por doenças que poderiam ser evitáveis. Tais evidências solicitam exercitar novos modos de olhar para a temática racial, e o enfrentamento cotidiano de todos que lutam pela transformação das iniquidades.

O que neste trabalho nomeamos como um outro olhar se refere ao manejo de intervenção na prática clínica, conforme buscamos mostrar com os atendimentos no território na terceira parte, um atendimento que incorpora uma escuta cuidadosa e afetiva numa fina sintonia entre profissional, população e território. Um modo de intervenção que foi construído e amadurecido nos territórios das comunidades populares, no atendimento à população negra, que cotidianamente sofre vivências da violência provocadas pelo racismo, vivências que foram historicamente silenciadas,

negadas e naturalizadas numa sociedade atravessada pela pseudo democracia racial, como é o caso da sociedade brasileira.

De acordo com Rauter (2010, p. 82), o silenciamento em torno da prática do racismo no Brasil é produtor de uma vivência naquele que é discriminado, similar à experiência da tortura, destacando os danos em relação à saúde mental como consequência das situações de discriminação cotidianas onde a população negra experimenta constrangimentos<sup>44</sup> pelo fato de serem negras. E vai além, dizendo que:

O racismo no Brasil é negado e que a negação da existência do preconceito racial com frequência leva aquele que é alvo de discriminação a uma situação semelhante à do torturado pelos agentes do estado. Aquele que experimenta o racismo frequentemente vive tal experiência na solidão. Negros e brancos parecem ter estabelecido no Brasil um acordo segundo o qual não se deve falar neste assunto, o que leva a que possamos pensar que no Brasil feio não é ser racista, mas falar sobre isso.

Na prática psi, “um outro olhar” é um posicionamento ético a favor da vida, da expressão, da singularidade. Busca acolher e afirmar as diferenças nos diversos grupos. “Um outro olhar” pode ser compreendido a partir do que Rolnik (1997) destaca na função do psicólogo, ao afirmar que o que diferencia as posturas profissionais não são as referências teóricas e técnicas nem o pertencimento profissional, mas basicamente a sua ética. Aí, entende-se ética como a possibilidade em afirmar a vida em sua potência criadora.

Em muitas situações, identificamos semelhança referente ao formato dessa prática clínica com a clínica peripatética proposta por Lancetti (2009) referida nesse trabalho, que descreve a construção de uma clínica em movimento no território, que demanda a reinvenção do profissional nos diversos encontros do campo de trabalho.

Durante o desenvolvimento dessa prática as respostas positivas da população me levaram acreditar na relevância de uma prática clínica diferenciada, que não se prende aos rótulos convencionais nem busca a adequação aos modelos universais. Penso que o desejo de criar um repertório singular de intervenção, embora tivesse a

---

<sup>44</sup> Refere-se a situações diversas nas práticas cotidianas como por exemplo: a dificuldade relatada por alguns homens negros de parar um táxi, a revista policial dentro de um ônibus que é mais comum nas pessoas negras, o fato de serem seguidos por seguranças de loja durante as compras, entre tantas outras situações.

mesma referência teórica, foram determinantes para o amadurecimento do que aqui chamo “um outro olhar”.

No percurso de construção dessa prática, a cartografia foi uma aliada, auxiliando na construção desse modo de intervenção, reconhecendo as experimentações e a intuição, um “caminho errante” como o proposto por Deleuze (1997) e Guattari (1995).

Para Deleuze (1997, 48):

Uma concepção cartográfica é muito distinta da concepção arqueológica da psicanálise. Essa última vincula profundamente o inconsciente e a memória; é uma concepção memorial, comemorativa e monumental, que incide sobre pessoas e objetos, sendo os meios apenas terrenos capazes de conservá-los, identificá-los, autenticá-los. Desse ponto de vista, a superposição de camadas é necessariamente atravessada por uma flecha que vai de cima para baixo, trata-se sempre de afundar-se nos mapas. Os mapas ao contrário se superpõe de tal maneira que cada um encontra no seguinte um remanejamento, em vez de encontrar nos precedentes uma origem: de um mapa a outro, não se trata da busca da origem, mas de uma avaliação dos deslocamentos. Cada mapa é uma distribuição de impasses e aberturas, de limiares e clausuras, que necessariamente vai de baixo para cima, não é só uma inversão de sentidos, mas uma diferença de natureza: o inconsciente já não lida com pessoas e objetos, mas com trajetos e devires: já não é um inconsciente de comemoração, porém de mobilização, cujos objetos, mais do que permanecerem afundados na terra levantam vôo.

De acordo com Kastrup (2007), a cartografia vem sendo utilizada em pesquisas interessadas no estudo da subjetividade. A cartografia, como método, coloca sob suspeita uma definição de passos *a priori*. Seu fazer se faz por uma espécie de “desfazimento”, de desconstrução, por um modo de estabelecer sintonia com os percursos processuais que se constituem no campo.

Contudo, assim como a intuição<sup>45</sup> como método se apresenta como um rigoroso procedimento filosófico, a cartografia também exige um rigoroso cuidado do pesquisador. Ao invés de constituir-se em tarefa que assume ares de total independência de princípios, é preciso, em lugar disso, um atento respeito a determinados elementos que servem ao cartógrafo.

Conforme Alvarez e Passos (2009, p. 131):

---

<sup>45</sup> A intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa - considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>.

O método da cartografia não opõe teoria e prática, pesquisa e intervenção, produção de conhecimento e produção de realidade. O ato cognitivo-base experimental de toda atividade de investigação não pode ser considerado, nesta perspectiva, como desencarnado ou como exercício de abstração sobre dada realidade. Conhecer não é tão somente representar o objeto ou processar informações acerca de um mundo supostamente já constituído, mas pressupõe implicar-se com o mundo, comprometer-se com sua produção. [...] É preciso, então considerar que o trabalho da cartografia não pode se fazer como sobrevoos conceitual sobre a realidade investigada. Diferentemente, é sempre pelo compartilhamento de um território existencial que sujeito e objeto da pesquisa se relacionam e se codeterminam [...].

As situações clínicas apresentadas tiveram como objetivo apresentar elementos que atravessam o campo de trabalho, como o território, a equipe e a postura profissional no encontro com a população em sua singularidade. Desta forma, buscamos refletir sobre o significado e a importância da construção de *settings* diferenciados no cuidado em saúde mental, nos espaços das comunidades populares e no atendimento à população negra.

“Um outro olhar” significa a consequência das reflexões apresentadas como resultado dos anos de trabalho em comunidades populares, acrescidas das leituras que permitiram a sustentação teórica dessa prática. Nossa proposta de trabalho também se orienta no sentido de sensibilizar os profissionais de saúde para a questão da discriminação racial e sua repercussão sobre a saúde como um todo, em especial à saúde mental.

De acordo com o que apresentamos nessa pesquisa, desde 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSPN) está incluída na agenda política de saúde do país. Esta política tem como prioridade o enfrentamento do racismo institucional no sistema de saúde, à advocacia por respeito, diálogo e incorporação das formulações e práticas da cultura afro-brasileira às ações e políticas de saúde e atenção aos agravos prevalentes na população negra, que inclui a prevenção e a assistência à saúde. A inclusão dessa Política de Saúde da População Negra é o efeito da luta empreendida pelos diferentes atores sociais, principalmente negros, que trabalham em prol da equidade em saúde no país. Porém, compreendemos que após essa conquista, nos encontramos no momento atual que demanda a construção de formas de intervenção que favoreçam a efetiva incorporação dessa política pelo Sistema Único de Saúde.

A aposta clínica com “um outro olhar” do presente trabalho, que reconhece seus limites enquanto instrumento de intervenção e que não se apresenta como uma nova técnica e sim como um posicionamento ético à favor da vida, pretende contribuir para o atual debate em relação ao cuidado à saúde da população negra e para que outros profissionais também possam fazer parte desse campo:

A utopia que hoje perseguimos consiste em buscar um atalho entre uma negritude redutora da dimensão humana e a universalidade ocidental hegemônica que anula a diversidade. Ser negro sem somente ser negro, ser mulher sem ser somente mulher, ser mulher negra sem ser somente mulher negra. Alcançar a igualdade de direitos é converter-se em um ser humano pleno e cheio de possibilidades e oportunidades para além de sua condição de raça e gênero. Esse é o sentido final dessa luta (CARNEIRO, 2003,49).



## REFERÊNCIAS

ABDALA, Vitor. Movimentos sociais e ONGs pedem fim de política de confrontos do governo do Rio. UOL Notícias. Cotidiano. 05/11/2009. Disponível em <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/2009/11/05/ult5772u5972.jhtm>>. Acesso em 18 set. 2011.

ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000

ABREU, M. **A evolução urbana do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

AGAMBEN, G. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua**. Belo

AGUIAR, K. Movimentos sociais: armadilhas e escapes na sociedade de controle. **Saúde e Loucura**, v. 6, p. 92, ed. HUCITEC, 1997.

ALMADA, S. Abdias Nascimento. **Retratos do Brasil negro**. Rio de Janeiro: Selo Negro, 2009.

AZEVEDO, C.M.M. **Onda negro medo branco: o negro no imaginário das elites – sec. XIX**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BARBOSA, M.I.S. É mulher, mas é negra: perfil da mortalidade do “quarto de despejo”. **Jornal da Rede Saúde**, São Paulo, n. 23, p. 34-6, 2001.

BARROS, L., KASTRUP, V.. Cartografar é acompanhar processos. Pista 3. In ESCÓCIA, I.; KASTRUP, V.; PASSOS, E. (eds.). **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BATISTA, L.E. A morte tem cor. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 31, p. 18-20, 2003.

\_\_\_\_\_. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência e Saúde**, 10(1):71-80, 2005.

BATISTA, L.E.; ESCUDER, M.M.L.; PEREIRA, J.C.R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. São Paulo: revista edição vol.3 Suplemento 6 do boletim epidemiológico paulista, 2006. Disponível em <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/revista\\_edicao.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/revista_edicao.pdf)>. Acesso em 11 nov. 2011.

BATISTA, V.M. **O medo na cidade do Rio de Janeiro: Dois tempos de uma história**. Rio de Janeiro: Revam, 2003.

BAUMAN, Z. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

\_\_\_\_\_. **Psicologia social do racismo**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003;

\_\_\_\_\_. **Confiança e medo na cidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

BENTO, M.A.S. **Cidadania em preto e branco**: discutindo as relações raciais. São Paulo: Ática, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1047](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1047)>. Acesso em 2009.

\_\_\_\_\_. A revolta da vacina. **Revista da vacina**. Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www.ccs.saude.gov.br/revolta/revolta.html>>. Acesso em 18 set. 2009

CAMARGO, I.; CARVALHO, S. Reflexões teóricas: família negra e o cotidiano da violência. Disponível em <[redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84212110005.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84212110005.pdf)>. Acesso em 2010.

GUIMARÃES, M.A. (orgs.). **Winnicott e a pesquisa em psicossomática**: um novo olhar. Rio de Janeiro: Publit, 2006.

CAMPOS, E. **Quem cuida do cuidador?** Tese (Doutorado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, PUC-RJ. 2004.

CARNEIRO, S. Ideologia tortuosa. In: **Racismo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Takano, 2003.

CARONE, I.; BENTO, M.A.S. **Psicologia social do racismo**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

CEASM. **A Maré em dados**: Censo Maré. Quem somos? Quantos somos? O que fazemos? Centro de Ações Solidárias da Maré. Rio de Janeiro: CEASM, 2000.

CHALHOUB, S. **Cidade febril**: cortiços e epidemias na corte imperial. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1996.

\_\_\_\_\_. **A luta pela liberdade, modos de vida e visões de mundo dos escravos**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2003.

CEREZZO, A.C.; RODRIGUES, H.; VILELA, A. **CLio psyché- paradgmas**: historiografia, psicologia, subjetividades. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

COIMBRA, Cecília Maria B. Produção do medo e da insegurança, Disponível em <<http://www.slab.uff.br/textos/texto64.pdf>>. Acesso em 16 dez. 2011

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Cidade: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **História da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Documentário, 2007.

CUNHA, E.M.P. Mortalidade infantil e raça: as diferenças da desigualdade. **Jornal da Rede Saúde**, São Paulo, n. 23, p.48-50, 2001.

DELEUZE, Gilles. **Crítica e clínica**. São Paulo: Editora 34, 1997.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil platôs** – capitalismo e esquizofrenia. Volume 3. São Paulo: Ed. 34, 1997.

\_\_\_\_\_. **Espinosa** – filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

DIAS, O.E. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

FELIX, Jaqueline. Entrevista: Jailson de Souza e Silva. 24 fev, 2006. Repórter Social. Fundação Banco do Brasil. Disponível em <<http://www.fbb.org.br/portal/pages/publico/expandir.fbb?codConteudoLog=1079>>. Acesso em 2010

FILHO, J.; BURD, M. **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FIOCRUZ. Disponível em <<http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>. Acesso em 12 ago. 2012.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

GOMES, Nilma Lino. Educação e relações raciais: refletindo sobre algumas estratégias de atuação. In MUNANGA, Kabengele (org). **Superando o racismo na escola**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2005.

GUATTARI, Felix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

GUATTARI, Félix, ROLNIK, S. Micropolítica. **Cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 2005.

GUIMARÃES, M.A.C. A área de ilusão e a subjetividade afro-descendente no Brasil, **Boletim Araye Especial/ABIA**. Rio de Janeiro, volume especial, p.17-22, 1998.

\_\_\_\_\_. A rede de sustentação: afro-descendência, situação de vulnerabilidade subjetiva e psicossomática. In WINNICOT, Donald. **A pesquisa em psicossomática: um novo olhar**. PODKAMENI, A.B., CAMPOS, E. (orgs). Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. **Rede de sustentação**: um modelo winnicottiano de intervenção em saúde coletiva. Tese (Doutorado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, PUC-RJ, 2004.

\_\_\_\_\_. A rede de sustentação coletiva, espaço potencial e resgate identitário: Projeto Mãe-Criadeira. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 17, n.1, 2005, p.117-130.

GUIMARÃES, M.A.C.; PODKAMENI, A. Saúde da população negra. Trabalho apresentado no Seminário Nacional sobre a saúde da População Negra. Brasília. Ministério da Saúde/ SEPIR. Horizonte: UFMG, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2000. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>>. Acesso em 2009.

IKEDA, D.; WILSON, B. **Valores humanos num mundo em mutação**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

IPEA. Dados de pesquisa. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br/default.jsp>>. Acesso em 18 set 2011.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2009.

\_\_\_\_\_. Clínica grupal com psicóticos a grupalidade que os especialistas não entendem. **Saúde e Loucura 4**. São Paulo: Afiliada, 2002, p. 155

\_\_\_\_\_. A casa de inverno. **Saúde e Loucura 4**. São Paulo: Afiliada, 2000, p. 71.

LEAL, M. C.; GAMA, S.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 1, p.100-7, 2005.

LOBO, L. **Os infames da história**: pobres, escravos e deficientes no Brasil. Salvador/ São Cristóvão: Edufba/Edufs, 2009.

LOPES, F. Raça, saúde e vulnerabilidades. In: **Boletim do Instituto de Saúde**. São Paulo, n. 31, p. 07-11, 2003.

LOPES, V.N. Racismo, preconceito e discriminação: procedimentos didáticos pedagógicos e a conquista de novos comportamentos. In: MUNANGA, Kabengeue (org). **Superando o racismo na escola**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2008.

LOPES, Nei. Racismo segundo Nei Lopes. Disponível em <<http://www.favelatemmemoria.com.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=2&inford=132>>. Acesso em 15 ago. 2011.

MACIEL, Auterives; KUPERMANN, Daniel; TEDESCO, Silvia (orgs.). **Polifonias:** clínica, política e criação. Rio de Janeiro: Contracapa, 2006. p. 89-100.

MARTINS, A.L. Maior risco para mulheres negras no Brasil. **Jornal da Rede Saúde.** São Paulo, n. 23, p. 63-8, 2001.

MATTOS, R.C. **Pelos pobres!** As campanhas pela construção de habitações populares e o discurso sobre as favelas na Primeira República. Tese (Doutorado em História Social) – Departamento de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, 2008.

MUNANGA, K. (Prefácio); CARONE, I.; BENTO, M.A.S.(orgs). **Psicologia social do racismo.** Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

NASCIMENTO, M.C. **Considerações sobre o racismo e subjetividade: problematizando práticas/desnaturalizando sujeitos e lugares.** Dissertação (Mestrado de Psicologia) –Universidade Federal Fluminense. Centro de Estudos Gerais – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. Niterói. 2005

OLIVEIRA, F. Mulher saúde e étnico: uma articulação necessária. Disponível em <<http://w.w.w.mulheresnegras.org>> Acesso em 2008

\_\_\_\_\_. Saúde da população negra: Brasil ano 2001. Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/0081.pdf>>. Acesso em 2008.

PAIXÃO, Marcelo; SANT'ANNA, Wannia. Desenvolvimento humano e população afro-descendente no Brasil: uma questão de raça. **Proposta.** Rio de Janeiro, ano 26, n. 73, jul/ago/1997.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica.** Pós-graduação e pesquisa (PUC/RJ). Disponível em <[www.slab.uff.br/bd\\_txt\\_lg\\_autor.php](http://www.slab.uff.br/bd_txt_lg_autor.php)>. Acesso em 2010

\_\_\_\_\_. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In ESCÓCIA, I.; KASTRUP, V.; PASSOS, E. (eds.). **Pistas do método da cartografia.** Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; BARROS, R.B.; EIRADO, A.,. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador p.109 in ESCÓCIA, I, KASTRUP, V, PASSOS, E. (orgs.). **Pistas do método da cartografia.** Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E., KASTRUP, V.; ESCOCIA, L. **Pistas do método da cartografia-pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PODKAMENI, A.B.; GUIMARÃES, M.A.C. Winnicott, 100 anos de um analista criativo, 1997, Rio de Janeiro: NAU/PUC

\_\_\_\_\_. Afrodescendência, família e prevenção. In: MELLO, J. **Doença e família**. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 2004.

\_\_\_\_\_. Brasil, pátria mãe gentil? In: Kizumba: **Boletim do Programa de Saúde do Grupo Cultural Afro-Reggae** Rio de Janeiro: Editora 4, 1999.

PORTAL DA SAÚDE. População negra. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1047](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1047)>. Acesso em 20 set. 2011.

RAUTER, Cristina. Subjetividade, arte e clínica. In SILVA, A.; NEVES, C; RAUTER, C.; PASSOS, E.; BARROS, R; JOSEPHOSON, S. (orgs.). **Saúde e loucura 6**. Subjetividades Questões Contemporâneas. São Paulo: Hucitec, 1997. p.109.

\_\_\_\_\_. Produção social do negativo. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Teologia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. **Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro, v. 15, nº. 1, 2003, p.107-20.

\_\_\_\_\_. Invasão do cotidiano: algumas direções para pensar uma clínica da subjetividades contemporâneas In MACIEL, Aterives; KUPERMANN, Daniel; TEDESCO, Silvia (Orgs.). **Polifonias: clínica, política e criação**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2006. p. 89-100.

\_\_\_\_\_. **Clínica transdisciplinar**. Clínica e política. 2ª ed. Rio de Janeiro: Abaquar, 2009.

\_\_\_\_\_. A tortura como ataque à dimensão do coletivo. In: LIMA, Elizabeth Araújo; ARAGON, Luis Eduardo (orgs). **Subjetividade contemporânea: desafios teóricos e metodológicos**. Curitiba (PR): CRV, 2010, p. 71-84.

\_\_\_\_\_. Clínica e estratégias de resistência: perspectivas para o trabalho do psicólogo em prisões. Disponível em <<http://www.slab.uff.br/textos/texto86.pdf>>. Acesso em 2010.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara. Assistência pública : 80 anos de história. Guanabara, RJ: Suseme, 1970. 409 p. Disponível em <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/view.htm?inoid=910&editionsectionid=110>>. Acesso em 18 nov. 2011.

ROLNIK, S. Psicologia: Subjetividade, ética e cultura. In **Saúde e Loucura**. São Paulo: Hucitec, p. 13, 1997.

SCHWARCZ, L. A era da escravidão. Luciano Figueiredo (org.). **Revista História**. Biblioteca Nacional. BNDES, 2008.

SILVA, S.J. **Por que uns sim e outros não?** Caminhada de jovens pobres para a universidade. Rio de Janeiro: Sete Letras, 2003.

SODRÉ, M. **Claros e escuros** – identidade, povo e mídia no Brasil. São Paulo: Vozes, 1999.

SOUZA E SILVA, J. A favela imaginária da classe média. Relatórios de 2003. Disponível em <<http://www.social.org.br>>. Acesso em 2008

SOVIK, L. **Aqui ninguém é branco**. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2010.

VALLADARES, L. Cem anos pensando a pobreza (urbana) no Brasil. In: BOSHI, R. **Corporativismo e desigualdade: a construção do espaço público no Brasil**. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1989.

\_\_\_\_\_. **A invenção da favela**. Do mito de origem a favela.com. São Paulo: FGV, 2005.

WERNECK, J.; DACACH, S. **Cadernos Criola**. Saúde da Mulher Negra 2. Rio de Janeiro: Grupo Criola, 2005.

\_\_\_\_\_. Participação e controle social para equidade em saúde da população negra. CRIOLA, 2007.

WINNICOTT, Donald. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

\_\_\_\_\_. **O ambiente e processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

\_\_\_\_\_. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

\_\_\_\_\_. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

\_\_\_\_\_. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

\_\_\_\_\_. **Privação e delinqüência**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

ZALUAR, A. **Um século de favela**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

ZAMORA, M.H. **Textura áspera: confinamento, sociabilidade e violência em favelas cariocas**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, PUC/RJ. 1999.