



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Ciências Médicas  
Departamento de Saúde Coletiva  
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental

GABRIELLA DA CRUZ SANTOS

SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA: RELATO DE UMA  
RELAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE SUJEITOS MARCADOS PELO  
RACISMO

CAMPINAS  
2019

GABRIELLA DA CRUZ SANTOS

SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA: RELATO DE UMA  
RELAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE SUJEITOS MARCADOS PELO  
RACISMO

Monografia apresentada ao Programa de  
Residência Multiprofissional em Saúde  
Mental da Universidade Estadual de  
Campinas como parte dos requisitos  
exigidos para a obtenção do título de  
Especialista em Saúde Mental e Coletiva.

Este exemplar corresponde  
à versão final da monografia  
apresentada pela aluna  
Gabriella da Cruz Santos, e  
orientada pela Prof. Ellen Cristina Ricci

CAMPINAS  
2019

## RESUMO

Este trabalho tem a proposta de relatar um processo terapêutico ocupacional, destacando a potencialidade do encontro e a representatividade racial nas relações de cuidados em saúde mental. Para isso, será apresentado e discutido sobre: a construção do racismo no Brasil; o reconhecimento do racismo como condição de saúde; a importância da formação profissional para o cuidado à essa demanda e atenção à interseccionalidade da questão racial; o reconhecimento e empoderamento do sujeito negro; a importância do vínculo e da provisão ambiental; a compreensão da terapia ocupacional sobre o indivíduo e seu adoecimento, as atividades humanas; e estratégias de intervenção voltada a pensar nas especificidades da saúde mental da população negra. A partir da legitimidade do lugar de fala, da dor e do sofrimento do usuário, bem como o resgate de suas potencialidades, foi possível observar uma participação mais ativa nas suas escolhas e projetos de vida, significando e transpondo para seu cotidiano experiências vividas no setting, permitindo que ele pudesse experimentar novos jeitos de ser, fazer e estar no social.

Palavras Chaves: Racismo, Saúde Mental, Terapia Ocupacional, Identidade Racial.

## ABSTRACT

This work proposal is to report an occupational therapeutic process, highlighting the potentially of racial representativeness in relation to mental heathy. For this, we will discuss: the racism's construction in Brazil; the recognition of racism as a health condition; the importance of professionals dedicated for this type of health care, and special attention to the intersectionality from racial matter; the recognition and empowerment for the black people; the importance of bonds and environment, the comprehension of the occupational therapy on the individual and your sickness, the human activities; the strategies for intervention dedicated

to the specificity of the mental health for the black people. From the legitimacy of the individual that feels the pain and the suffering, as the rescue of all the potentiality, it was possible to observe an increase on the active participation for the choices and life projects, meaning and transposing for your daily, experiences lived in setting, allowing for him new ways of being and doing in society.

Key words: Racism, Mental Health, Occupational Therapy, Racial Identity

## SUMÁRIO

1. PREFÁCIO -----	1
2. INTRODUÇÃO -----	2
<u>Teorias racialistas e racismo</u> -----	4
<u>Branqueamento e Mito da democracia racial</u> -----	6
<u>Terapia Ocupacional e relações étnico-raciais</u> -----	10
3. OBJETIVO GERAL -----	11
4. ENCONTRO COM ANDRÉ -----	12
5. UM POUCO SOBRE: QUEM É ANDRÉ? -----	13
6. INSERÇÃO NO CAPS -----	17
7. PROCESSO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL -----	20
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	33
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	34

## PREFÁCIO

A população negra ocupa um lugar herdado historicamente daquele que é pobre, subalterno, inferior. No mercado de trabalho lhe é “garantido” (entre muitas aspas) postos de trabalhos na área da limpeza, cozinha, segurança, ou qualquer outra função menos valorizada e nas camadas mais baixas da estratificação profissional e social, e não outra função ligada à atividade intelectual ou de maior investimento educacional.

Esta é a minha realidade: mulher, negra, pobre, que abandonou o emprego de auxiliar administrativo para entrar na universidade. Hoje, terapeuta ocupacional, formada em uma das melhores universidades públicas federais do país graças, em partes, ao tão criticado programa de cotas raciais. Minha entrada e permanência na universidade só foram possíveis devido esforço de tentar conciliar estudo com trabalho informal (explorado e mal remunerado) e bolsas de extensão, iniciação científica e permanência estudantil.

Não só a graduação, mas também fiz especialização em Terapia Ocupacional e Saúde Mental Infantojuvenil em uma universidade pública estadual e hoje sou residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva em uma das universidades estaduais mais renomadas do país, a partir de onde escrevo este trabalho.

Foi no Programa de Residência Multiprofissional, através das experiências que fui vivenciando enquanto profissional, que me senti desafiada a criar e aprimorar minha prática clínica de modo que atendesse a demanda de uma clientela extremamente fragilizada pelo seu histórico de vida. Mas a necessidade de aprimoramento aconteceu, principalmente, a partir do momento que um usuário me elegeu enquanto sua terapeuta e trouxe com tanta clareza uma doença emocional que eu mesma já fui acometida, gerada por uma disfunção social - o racismo - e que gerava o sentimento de estranheza e não pertencimento ao meio social em que vivia.

A partir deste caso que eu acompanhei no meu primeiro ano de Residência, inserido num Centro de Atenção Psicossocial tipo III, localizado na

cidade de Campinas - SP (última cidade do país a abolir a escravização)<sup>1</sup>, é que faço o meu relato. Foi a partir desse encontro que me deparei com a necessidade de (re) pensar a minha atuação. É a partir do caso que eu falo dele, mas falo de mim também: enquanto Terapeuta Ocupacional do Programa de Residência deparei-me com questões que igualmente me atravessavam, mas desta vez, a partir do lugar de trabalhadora, de terapeuta.

“Saber-se negra é viver a experiência de ter sido massacrada em sua identidade, confundida em suas expectativas, submetida a exigências, compelida a expectativas alienadas (...). Não nascemos negros, nos tornamos a medida que conseguimos fazer uma leitura da nossa trajetória por meio das experiências de discriminação vividas” (p.17 - 18)<sup>2</sup>.

Assim, este trabalho resulta de um intenso processo de reflexão e autoconhecimento e reitera o meu compromisso com a difusão do debate e do conhecimento científico a fim de colaborar com a promoção e equidade em saúde.

## INTRODUÇÃO

Antes de discutir sobre sofrimento e adoecimento psíquico decorrente de uma ideologia que opera de forma tão maciça na sociedade, mantendo as desigualdades e precariedades da existência do povo negro, coloca-se necessária a contextualização sobre aspectos sócio-históricos, teórico-culturais e jurídico-políticos sobre a peculiaridade de ser negro no Brasil, e afirmar que racismo existe, sim!

O racismo à brasileira por si só é peculiar: é um um racismo sem racistas. Ainda que a pessoa negra conheça a discriminação desde seus primeiros anos de vida, o outro nunca o declara ou reconhece. O contexto, à sua volta,

---

<sup>1</sup> Optou-se neste trabalho utilizar o termo escravização/ escravizado(a) em contraposição à noção de escravidão e escravo, entendendo que este é um processo não natural, um sistema de dominação que transforma aquele considerado diferente e inferior em escravizado; não se nasce escravo, torna-se por meio de opressão (CFP, 2017).

muitas vezes, reproduz experiências de rebaixamento, enfraquecimento da auto-estima e desencorajamento. Diante dessa condição, é impossível negar que a longa exposição às situações de desvalorização não causa efeitos múltiplos de dor, angústia, insegurança, auto-censura, rigidez, alienação, negação da própria natureza e outros, deixando marcas profundas na psique<sup>3</sup>.

O racismo é uma estratégia de dominação que estrutura a sociedade pautada na suposição de que existem raças superiores e inferiores<sup>1</sup>. Nessa escala hierárquica ao grupo racial negro (preto e pardo) historicamente têm sido atribuídos os lugares mais desqualificados, e ao grupo racial branco, o topo da hierarquia. Uma vez que o topo, logo o ideal, está associado à população branca

“ela tem maior probabilidade de constituir-se subjetivamente de forma afirmativa, já a população negra é comumente assolada por uma luta constante e, às vezes, inglória, contra o sentimento de inferioridade e, junto com ele, o de culpa por não corresponder àquele suposto ideal, bem como pelo sentimento de angústia por persistentemente passar por situações de opressão” (p. 11)<sup>1</sup>.

O Brasil foi a última nação das Américas a abolir a escravização. Além de buscar dominar e controlar o corpo do escravizado, a elite escravocrata utilizava estratégias psicológicas discriminatórias e preconceituosas para a manutenção do (a) negro (a) como inferior.

Para resistir a esse processo e buscar a liberdade, negros e negras arquitetaram formas diversas, destacando-se as fugas, revoltas em larga escala, rebeliões, agressões, suicídios, assassinatos, criação de quilombos. Foram os negros e as negras que, desde sempre, atuaram na luta pela liberdade, ao contrário do que foi transmitido historicamente, como sendo um presente por parte do grupo dominante.

Nas últimas décadas do escravismo, quando o cenário político já indicava que a abolição aconteceria, a elite nacional (incluindo o governo) teve medo de que o povo negro dominasse as terras brasileiras. Na tentativa de aplacar tal medo, a elite lançou mão principalmente de duas estratégias articuladas para continuar a rebaixar os (as) negros (as): a importação e a adaptação de teorias



racialistas originalmente elaboradas na Europa e a imigração maciça de brancos europeus. Foram a partir dessas estratégias que o racismo no Brasil se estabeleceu<sup>1</sup>.

### Teorias racialistas e racismo

Com a abolição da escravidão, ao menos no papel, os negros deixaram de ser objetos. Porém, paralelamente ao movimento abolicionista, surgia novas correntes, produções teóricas que tinham como objetivo legitimar as diferenças e desigualdades sociais a partir da naturalização da ideia de diferenças biológicas<sup>4</sup>.

As teorias acerca do racismo propriamente dito foram elaboradas a partir do século XIX, onde a cor da pele foi considerada como um critério fundamental e divisor d'água entre as chamadas raças, que até hoje resistem no imaginário coletivo e na terminologia científica, com a divisão entre raça branca, negra e amarela<sup>5</sup>. Ao critério cor outros foram acrescentados, como a forma do nariz, dos lábios, do queixo, formato do crânio, o ângulo facial, etc., para aperfeiçoar a classificação.

“O crânio alongado, dito dolicocefalo, por exemplo, era tido como característica dos brancos “nórdicos”, enquanto o crânio arredondado, braquicefalo, era considerado como característica física dos negros e amarelos. Porém, em 1912, o antropólogo Franz Boas observara nos Estados Unidos que o crânio dos filhos de imigrantes não brancos, por definição braquicefalos, apresentavam tendência em alongar-se. O que tornava a forma do crânio uma característica dependendo mais da influência do meio, do que dos fatores raciais” (p. 20)<sup>5</sup>.

Combinando esses desencontros com os progressos realizados na própria ciência biológica (genética humana, biologia molecular, bioquímica), os estudiosos desse campo de conhecimento chegaram a conclusão de que, biológica e cientificamente, as raças não existem, e que se trata apenas de um conceito, ineficaz aliás, para explicar a diversidade humana e para dividi-la<sup>5</sup>.

A principal questão não é a classificação dos grupos humanos em função das características físicas, e nem a ineficácia do uso do conceito raça. A questão é que os naturalistas dos séculos XVIII e XIX, desde o início, atribuíram a isto uma hierarquização, uma escala de valores entre as chamadas raças, colocando uma relação intrínseca entre o biológico (cor da pele, traços morfológicos) e as qualidades psicológicas, morais, intelectuais e culturais.

Dessa forma, os indivíduos da raça “branca”, em função de suas características físicas hereditárias, que segundo pensavam, os tornam mais bonitos, mais inteligentes, mais honestos, mais inventivos, etc., eram considerados superiores e mais aptos para dirigir e dominar as outras raças, principalmente a negra, a raça mais escura de todas, e, conseqüentemente, considerada como a mais estúpida, mais emocional, menos honesta, menos inteligente e, portanto, a mais sujeita à escravidão e a todas as formas de dominação. Esse, portanto, é o caminho da teoria racialista<sup>5</sup>.

Ou seja, o racismo é essa tendência que consiste em considerar que as características intelectuais e morais de um dado grupo, são conseqüências diretas de suas características físicas ou biológicas, sendo isso o que torna esse grupo naturalmente inferior ou superior<sup>5</sup>.

Ainda que raça não exista biologicamente, ainda se usa este conceito não mais para afirmar sua realidade biológica, mas sim para explicar o racismo, na medida em que este fenômeno continua a se basear na crença da existência de raças hierarquizadas, raças fictícias ainda resistentes nas representações mentais e no imaginário coletivo de todos os povos e sociedades contemporâneas. Estamos entrando no novo milênio com a nova forma de racismo: o racismo construído com base nas diferenças culturais e identitárias<sup>5</sup>.

Tal hierarquia que o racismo constitui se coloca como irreversível entre superiores e inferiores. Pessoas brancas pelo simples fato de serem brancas são automaticamente vistas como tendo algo a mais, um diferencial, embora dentro do grupo racial branco, há também hierarquizações: os branquíssimos, os brancos e os encardidos. No caso do grupo racial negro, tal hierarquia existe desde o escravismo, onde as mulheres eram preferidas aos homens, os pardos aos pretos, os nascidos no Brasil aos africanos, os escravizados urbanos aos das regiões

rurais. Em outras palavras, está enraizado no Brasil que é “menos pior” ser pardo do que preto<sup>1</sup>.

“Essa configuração existe em função da miscigenação característica do Brasil, mas, principalmente, porque aqui não se discute racismo e, por isso, como defesa psíquica, as pessoas negras (pretas ou pardas) não apropriadas da temática racial procuram amenizar o sofrimento vivido na busca do termo identificador da identidade racial “menos pior”, se negro, pardo, moreno, moreno claro. Nesse sentido, debater sobre o racismo é libertador, desata nós e equívocos semântico-políticos” (p.37)<sup>1</sup>.

Reconhecendo que é estratégia do racismo dividir e subdividir o grupo racial negro, destaca-se, ainda assim, a impossibilidade de anular a violência psíquica, física e sexual que tanto o escravismo como o racismo impuseram e impõem sobre todos os negros, dos mais escuros aos mais claros.

### Branqueamento e Mito da democracia racial

Nas últimas décadas do escravismo, coincidindo com a abolição do tráfico de negros, houve uma tentativa de diminuir o número de negros no país e de torná-los mais brancos. A estratégia foi instituir políticas imigratórias que incentivaram a vinda principalmente de alemães e italianos, e lhes concediam terras públicas, facilitando, assim, a concessão de propriedades para estrangeiros (algo regulamentado por lei). Além dessa facilidade na aquisição de terras, tal população imigrante assumiu os postos de trabalho mais valorizados, que na época, eram na indústria fabril e agricultura cafeeira<sup>1</sup>.

O resultado foi jogar aquela imensa população negra liberta num processo de competição desigual com a mão de obra imigrante e branca. Sem nenhuma política pública reparadora, após abolição, os (as) negros (as) foram incluídos de forma excludente no processo produtivo; restaram-lhes os afazeres presentes nas regiões rurais economicamente decadentes, as atividades urbanas desqualificadas e as tarefas propiciadoras de risco de morte ou a própria morte<sup>1</sup>.

A elite nacional buscou continuar a dominar psiquicamente o (a) negro (a). Era preciso que o negro se embranquecesse no corpo e na mente, uma vez que esse processo era muito mais do que a necessidade de se criar biologicamente intermediários entre pretos e brancos - os pardos - mas, significava mudanças comportamentais e culturais por parte dos (as) negros (as) a fim de adotar normas, atitudes e valores associados ao universo branco com o intuito de ser reconhecido como aquele que tem uma identidade racial positiva<sup>1</sup>.

Especialmente a partir da década de 1930, o discurso ideológico do embranquecimento foi rearranjado pelo da democracia racial, cujo principal mentor intelectual foi Gilberto Freyre.

Desde então, investe-se na imagem oficial de um país que tem a sua miscigenação herdada pelos portugueses; que supostamente tem uma tolerância racial a partir de um modelo escravocrata mais brando, ocultando, dessa forma, a violência que foi o processo de escravização no Brasil<sup>1</sup>.

“A ideia de democracia racial contribuiu (e contribui) para a produção de representações sobre uma suposta convivência harmoniosa entre brancas (os) e negras (os), ambos desfrutando de iguais oportunidades de existência. Contudo, essas representações são ideológicas e estão a serviço da manutenção de uma lógica social excludente que impossibilita o tratamento adequado de problemas sociais oriundos das relações raciais no Brasil (DOMINGOS, 2005; MUNANGA, 2008), bem como deram lugar a expressões culturais negras como cultura nacional: o samba, a capoeira, entre outros elementos culturais originalmente criados por negros (as) passaram a ser vistos como parte da cultura brasileira, amenizando o sentido de resistência negra. Além disso, a partir de então se disseminou a imagem do negro (a) como ‘moreno’” (p. 43-44)<sup>1</sup>.

O mito da democracia racial, que se estabeleceu como uma imposição política, tratava-se da proibição social de se falar em racismo. O mais difícil neste embate é, ao se tentar falar ou agir contra essa ideia, tem-se sempre a contraposição de que se está tentando importar um problema que na sociedade brasileira não existe<sup>6</sup>.

“(...) O mito da democracia racial é também um discurso moral que afirma que o racismo é nocivo, desnatural e contrário à brasilidade... Como tal, os afro-brasileiros não podem aceitá-lo nem rejeitá-lo totalmente. Eles ficam aprisionados entre a esperança e o silêncio, entre a resistência e a resignação” (p. 243-244)<sup>6</sup>.

A importância de se focar a dimensão étnico-racial nos estudos (e nas práticas) de saúde tem origem no reconhecimento da discriminação histórica que a população negra sofreu e sofre no Brasil, e a consequente vivência de condições de marginalidade e vulnerabilidade que se estende desde a abolição da escravização até os dias atuais<sup>7</sup>.

Contudo, há ainda resistências de se abordar tais dimensões devido aos aspectos mencionados anteriormente, tanto a crença da ausência de racismo na sociedade brasileira como em posições políticas abertamente contrárias a incorporá-la, fundamentadas na opinião de que no Brasil se vive uma “democracia racial”<sup>7</sup>.

A omissão tanto das instituições públicas em atender essas especificidades quanto dos profissionais de saúde caracteriza o racismo institucional, que se difere do racismo na esfera interpessoal e pessoal.

Para ilustrar o racismo institucional podemos mencionar a recusa em promover discussões étnico-raciais, a não escuta de questões exclusivamente relacionadas ao racismo que surjam nos serviços de saúde (no nosso caso, nos serviços de saúde mental), bem como uma gestão não atenta a relações que se estabelecem com funcionários negros. O racismo institucional é sutil, atua na insegurança dos negros e muitas vezes é executada e nem percebida pelos brancos que majoritariamente ocupam o posto hierárquico mais altos nos serviços.

Estamos falando de uma prática extremamente grave, podendo ser considerada como a principal responsável pelas violações de direitos dos grupos raciais subalternizados. Ela tem sua efetivação em estruturas tanto públicas quanto privadas no país, e é marcada pelo tratamento diferenciado, desigual, indicando a falha do Estado em prover assistência igualitária aos diferentes grupos sociais<sup>1</sup>.

O racismo interpessoal (ou intersubjetivo) inclui, por exemplo, as relações que acontecem entre gestores e profissionais, profissionais e usuárias (os), entre os próprios profissionais e entre os próprios usuários; ou mesmo as relações entre familiares, amigos. Diz respeito à discriminação sistemática que ocorre entre sujeitos em interação na qual um desmerece o outro com base na raça/cor<sup>1</sup>.

Alguns exemplos que valem ser destacados é o profissional de saúde mental que não reconhece a existência do sofrimento psíquico oriundo do racismo em processos terapêuticos; quando, na escola, crianças negras são frequentemente consideradas crianças “problema” e são frequentemente encaminhadas para atendimento psicológico; quando profissionais negros são considerados menos competentes por outros funcionários da instituição ou mesmo pelo usuário, dentre muitos outros.

Uma vez que o tratamento diferenciado não é explicitamente atribuído à raça/cor da pessoa, e que tais questões são frequentemente não verbalizadas, nem sempre é fácil perceber sinais do racismo, até mesmo pela vítima, mas, em maior ou menor grau, há impacto negativo sobre o sujeito negro, que pode se sentir diminuído, constantemente desafiado e humilhado. Portanto, combater o racismo, particularmente na dimensão interpessoal, está diretamente relacionado ao respeito ao outro<sup>1</sup>.

O racismo pessoal (ou internalizado) refere-se a modelos de pensar e agir que já estão interiorizados na sociedade, onde se alimenta o imaginário social a representação de superioridade e inferioridade entre as raças.

“As manifestações racistas cotidianas são explícitas ou veladas. Há casos em que são conscientes tanto por parte do racista quanto daquele que sofre o golpe, no entanto, há situações em que um e outro não atinam para o acontecido, o que nem por isso significa que aquele que ataca de forma não consciente não adquira algum tipo de benefício material ou simbólico: invariavelmente o adquire. Igualmente, aquele que recebe o golpe do racismo quase sempre (se não sempre) carrega marcas simbólicas e/ou materiais do ataque vivido, mesmo que não saiba nomear o que viveu e por qual razão. Como salienta Benghozi (2010) há traumas que são vividos pelo sujeito como algo da

ordem do inimaginável, impensável, inominável, inaudível” (p.57)<sup>1</sup>.

### Terapia Ocupacional e relações étnico-raciais

O acompanhamento do caso que resultou na elaboração deste trabalho me suscitou muitas questões que foi levando em consideração todos esses aspectos da história da população negra no Brasil, sobretudo meu processo de formação enquanto mulher, negra e terapeuta ocupacional na área da saúde mental.

O raciocínio clínico da Terapia Ocupacional parte da ideia de que sua população alvo encontra-se marginalizada (definitivamente ou temporariamente), seja por fatores de ordem física e/ou psicológica e/ou social, cujo adoecimento resultou de fenômenos individuais, sociais, existenciais, aos quais são atribuídos diversos significados e, portanto, não estão desconectados de sua realidade<sup>8,9</sup>.

De um modo geral, as intervenções terapêuticas ocupacionais, especialmente no campo da saúde mental, não exigem grandes e sofisticados equipamentos, mas sim uma tecnologia que deve se direcionar a compreender as necessidades do sujeito, a relevância do vínculo e da contratualidade; a compreensão da dimensão da ocupação humana; o restabelecimento da autoestima e autoconhecimento, assim como da convivência e reapropriação do espaço; e disponibilidade para vivenciar novos desafios<sup>10</sup>.

Quando um indivíduo negro procura um profissional também negro, acredito que o faz por identificação, julgando que o profissional, negro assim como ele, saberá ouvir e acolher melhor a sua queixa, do que um profissional branco, além de sentir reconhecido e legitimado em seu discurso. O terapeuta negro pode representar a esse paciente um modelo de sucesso a ser seguido; pode fazer intervenções direcionadas ao fortalecimento e resistência daquele paciente com relação ao racismo e com isso, causar impactos e mudanças na vida do paciente que procura a clínica com essa demanda de ordem identitária e de constituição de subjetividade<sup>11</sup>.

Para a Terapia Ocupacional fundamentada nas abordagens da psicodinâmica, a atividade é um elo facilitador das relações entre os indivíduos/grupo/ terapeuta e favorece a elaboração de conteúdos externos e internos em direção ao processo de tais transformações pessoais<sup>12</sup>. Ao atuar junto à população negra, o terapeuta ocupacional busca intervir em aspectos que vão favorecer a constituição e a sustentação de uma identidade, resgatando a história do indivíduo, recriando-se em suas potencialidades, ressignificando eventos negativos e apostando em possibilidades mais potentes<sup>13</sup>.

Coloca-se, então, como desafio aos terapeutas ocupacionais (e outros trabalhadores da saúde mental) repensarem suas práticas no que diz respeito à temática racial; que se coloquem em questão se estas práticas estão corroborando com o racismo institucional e estrutural ou se estão produzindo ações antirracistas e emancipatórias, que possibilitem aos sujeitos negros se conscientizarem, se empoderarem e florescerem<sup>13</sup>.

Diante do exposto, neste trabalho pretendo apresentar reflexões sobre o racismo nos contextos de vida de pessoas negras como produtor de adoecimento psíquico, a partir de um caso clínico; e abordar, também, reflexões a partir da relação terapêutica estabelecida, cuja qual foi atravessada pela minha experiência pessoal enquanto sujeito que também carrega marcas do racismo.

## OBJETIVO GERAL

Apresentar e discutir, a partir do estudo de caso, a intervenção em saúde mental à pessoas negras por uma terapeuta ocupacional negra.



## ENCONTRO COM ANDRÉ<sup>2</sup>

No primeiro ano de Residência meu campo de prática foi um CAPS III, localizado na região norte de Campinas - SP. Foi neste serviço que tracei minha trajetória com André.

Fazia um tempo que ele não aparecia no CAPS. A última vez foi há alguns meses, para solicitar um relatório de acompanhamento, pois iria embora para outra cidade do interior do estado de São Paulo, onde seus pais moravam até então; ia ficar com eles. Mas ele reapareceu, acompanhando justamente por seus pais, para um re-acolhimento.

Era a primeira vez que eu o encontrava, embora já tivesse ouvido sobre seu caso. Tinha um “jeito peculiar” (ouvi dizer), o qual não foi difícil reconhecer. Estava cabisbaixo, evitava olhar nos olhos de qualquer pessoa que fosse. A aba do boné que estava usando ajudava um pouco a esconder seu rosto, e a blusa marrom de mangas compridas camuflava o tom escuro da sua pele.

Seu corpo era bastante esguio e sua postura cifótica, como se quisesse encolher-se para dentro de si mesmo. André andava com passos lentos e tão arrastados, que parecia fazer um grande esforço para carregar seu corpo. Sempre em silêncio.

Convidei-o para entrar em uma sala de atendimento. Pela primeira vez naquele encontro ele verbalizou algo, pedindo para entrar sem a presença dos pais, ainda que tivesse destacado que estava ali somente porque estes insistiram.

Entrou na sala, encontrou uma cadeira próxima e logo “jogou” seu corpo sobre ela. Cabeça baixa. Estávamos em duas profissionais no re-acolhimento. Como eu era a única desconhecida para André, me apresentei. Disse meu nome, minha formação enquanto Terapeuta Ocupacional e o vínculo que eu tinha com o CAPS, que, naquele momento, era como residente em Saúde Mental pela Unicamp. Ao mencionar este último aspecto, André, num ímpeto, levantou o olhar e o direcionou a mim. E também direcionou várias perguntas a respeito do meu vínculo com a nomeada universidade, uma vez que ele também

---

<sup>2</sup> Nome fictício

estava inserido lá de alguma forma, enquanto funcionário. Além disso, comentou sobre minha aparência física ser semelhante à de sua irmã.

De uma figura apática e silenciosa, André se transformou numa pessoa curiosa, interessada e sofrida. Descobrimos que ele não havia se mudado para a cidade no interior, como mencionara. Aliás, neste período, estive em situação de rua, ligando frequentemente para os pais se queixando (segundo a mãe). Estes, então, preocupados, resolveram vir para Campinas morar com ele.

Aos poucos, André foi conseguindo dizer que sentia-se angustiado, desanimado e com pensamentos recorrentes de morte. Enquanto descrevia tais sentimentos e sensações, gesticulava com as mãos sugerindo que algo o apertava na região do peito, de tal forma que ele tentava arrancar, porém, não era tão palpável assim. Sua expressão facial era de dor. Os olhos estavam marejados; parecia que ia chorar a qualquer momento. Dizia que não conseguia pensar mais em como continuar seu tratamento (em conversa anterior com os profissionais de sua equipe de referência, estes referiram também não saber).

Após discussão do caso com os profissionais da equipe de referência de André, e conversa com a coordenadora do serviço, coloquei-me à disposição para assumir seu acompanhamento individual. Ao colocar esta disponibilidade para ele, aceitou de imediato.

## UM POUCO SOBRE: QUEM É ANDRÉ?

Para dar continuidade na escrita deste relato, paralisei na dúvida se descrevia primeiro um pouco da história de vida de André, ou se escrevia sobre sua inserção num serviço especializado em saúde mental e sobre os motivos que o levaram a tal. A dúvida ocorreu pelo fato de perceber que as coisas estavam interligadas o tempo todo. Uma levava à outra...

A dificuldade perpassou também por uma construção que não foi linear e cronológica. Os dados sobre sua história de vida foram obtidos a conta-gotas e após muitos momentos de encontro e escuta com André. Ele apresentava grande dificuldade em me contar sua história, principalmente aspectos anteriores ao seu

adecimento psíquico (que o levou a um serviço especializado em saúde mental). Tanto ele quanto a família se colocavam de modo evasivo nesses e em outros aspectos.

Mas nessa tentativa de uma escrita linear e cronológica (com alguns saltos na história), eis um pouco sobre André:

André é um homem negro, com 40 anos de idade na época em que o conheci. Nasceu numa cidade do interior do estado de São Paulo a pouco mais de 400km da capital. É o filho mais novo do casal Maria<sup>3</sup> e José<sup>4</sup>, que tiveram também outra filha chamada Angela<sup>5</sup>.

Morou por muito tempo em área rural na sua cidade de origem, junto com seus pais, irmã e avó materna. Para além dessas pessoas, André vivia cercado por muitas outras em seu cotidiano. Sua casa estava sempre cheia de amigos seus, amigos da irmã; alunos de catequese da mãe; primos. Foi uma criança “normal” (sic). Tinha bom desempenho na escola, e o pai sentia-se orgulhoso, principalmente quando André era convidado para representar peças de teatro na escola, embora sempre fosse escalado para ser o personagem folclórico Saci Pererê.

Angela e André tinham diferença de idade de 5 anos, e tinham uma boa relação. Ela era uma moça alegre, comunicativa, e pensava em ser jornalista. Como os pais não tinham condições de financiar o estudo dos dois filhos, ajudaram Angela a fazer um curso preparatório para o vestibular, o que a ajudou a ingressar em uma universidade pública estadual para cursar o que tanto queria. André concluiu o ensino médio, mas não teve a oportunidade de fazer uma faculdade, embora também tivesse esse desejo.

André falava sobre sua infância de modo saudosista, descrevendo como um período bom da sua vida; uma época em que tinha sonhos (sic). Ainda que não descrevesse essa época com tantos detalhes, destacou uma situação em que, aos 18 anos, quando precisou fazer apresentação da reserva militar, sentiu-se mal e desmaiou na frente de várias pessoas, e sentiu-se muito

---

<sup>3</sup> Nome fictício

<sup>4</sup> Nome fictício

<sup>5</sup> Nome fictício

envergonhado. Após esse episódio, ficou recluso em casa por 2 anos, evitando frequentar lugares muito cheios, desenvolvendo fobia social (sic).

Outro aspecto de sua história de vida que André destacou em vários momentos também, foi o falecimento de sua irmã, quando esta ainda era jovem. Angela conseguiu concluir a faculdade, fez festa de formatura, mas faleceu pouco tempo depois. Foi encontrada morta num lago, o que, até então, firmava a hipótese de morte acidental por afogamento.

Porém, André teve conhecimento por parte de amigos próximos da irmã de que ela viveu situações de extremo sofrimento (relacionado à abuso sexual, inclusive) enquanto esteve na faculdade. Teve um relacionamento breve com um rapaz branco e rico (detalhes que André fazia questão de destacar em seu relato), o que culminou em uma gravidez não planejada nem desejada, e por conta disso, tal rapaz a obrigou fazer um aborto, pois, sua família não aceitaria seu relacionamento, tão pouco um filho.

Por conta disso, André acredita que a morte de Angela tratou-se de suicídio. Somente após sua morte foi que a família teve acesso a essas informações. André dizia sentir-se culpado por não ter conseguido proteger a irmã; e também afirmava não ter mais motivos para confiar em ninguém.

Após o falecimento de Angela, em 2003, André mudou-se para Campinas a convite de um tio para tentar reconstruir sua vida. Conheceu uma moça, com quem foi casado por 5 anos. Quando o conheci, André já estava divorciado há aproximadamente 2 anos. Raramente relatava sobre isso. Quando fazia, era possível notar certo ressentimento; referia como mais uma das perdas que teve em sua vida (demarcando junto com o falecimento da avó e da irmã).

Segundo ele, a esposa quis separar-se e saiu de casa após ele iniciar tratamento psiquiátrico. Enquanto ainda estavam juntos, ele dizia à esposa que venderia os móveis da casa para morar na rua, pois assim não precisaria ter responsabilidades (sic) (percebia dificuldade de dar conta delas naquele momento). André vivenciou a separação de modo negativo, perseguindo-a pela rua, até o ponto de ela ameaçar fazer boletim de ocorrência contra ele. Depois disso, não tiveram mais contato. Não chegaram a ter filhos.

Neste breve relato da história de vida de André, é possível perceber como o racismo foi se manifestando nas suas experiências desde criança e se perpetuou até a fase adulta.

É quase impossível passar despercebido a ênfase que André faz ao mencionar que quando criança, apesar de ter bom desempenho escolar, seu lugar de destaque era garantido para representar o personagem Saci Pererê.

É importante frisar aqui este aspecto, pois, na literatura e na mídia, principalmente a partir da obra "Sítio do Pica-pau Amarelo" de autoria de Monteiro Lobato, a forma como Saci Pererê é representado, assim como os outros personagens negros, é em posições sociais subalternizadas. O Saci é sempre negro e suas características físicas são deformadas e preconceituosas, definidoras do negro brasileiro como ser inferior, próximo à animalidade, portador de atributos maléficos<sup>14</sup>. Considerando a construção e valorização da identidade de uma criança negra no ambiente escolar, questiona-se se essa representação contribui para a construção de uma identidade positiva, ou reforça estereótipos raciais de preconceito contra o negro<sup>14</sup>.

E mesmo sendo considerado um bom aluno, constata-se que André saiu da escola com uma defasagem que lhe impediu de entrar no Ensino Superior sem a necessidade de fazer um curso preparatório para o vestibular, o qual os pais não tiveram condições de lhe pagar, assim como fizeram para sua irmã.

É notável que o número de negros (as) na universidade é inversamente proporcional a seu quantitativo populacional, uma vez que a sociedade brasileira é formada por uma maioria negra. Vale ressaltar que nesse processo, ao tentar se atribuir essa realidade ao racismo surgem especulações, baseadas em casos isolados, de que isso não seria um problema social, propagando uma ideia enganosa de mérito, desconsiderando que, em função principalmente do racismo, os negros (as) têm acesso às escolas públicas de pior qualidade, logo, aprendem menos. Desconsidera-se também que o racismo causa (ou pode causar) insegurança e sofrimento psíquico, o que pode dificultar significativamente o desempenho do aluno no ato de prestar vestibular. E mesmo sobre os programas governamentais de reparação, como o das cotas raciais, existem segmentos da

população que se colocam contrários a isto, pautando-se no mito da democracia racial<sup>1</sup>.

Ainda que Angela tivesse conseguido ingressar no meio acadêmico, isso não lhe privou de sofrimento. Aliás, foi a partir deste contexto que seu sofrimento foi fatal. Ingressar na universidade é um desafio tanto quanto permanecer lá. Após a entrada, surgem outros problemas, como a descoberta de um ambiente hostil, um local que parece não ter sido feito para negros e pobres. Muitos campus não possuem restaurante universitário, nem alojamento, ou não possuem qualquer auxílio aos cotistas. Não são poucos os obstáculos materiais que um jovem negro e pobre encontra na universidade. Porém, os maiores obstáculos ainda são outros: desconfiança, isolamento e racismo.

Angela, segundo relato de André, vivenciou situações de extrema violência, sendo abusada sexualmente, sendo obrigada a fazer um aborto, e sofrendo rejeição daquele que seria seu companheiro - isso é o que se sabe. Cabe aqui ressaltar as particularidades na forma como mulheres negras são golpeadas pelo racismo. De maneira geral, além de hipersexualizadas, elas são vistas como corpo. Não por acaso elas são as mais violentadas, as mais associadas à imagem de prostitutas e “amantes”; são as que menos se casam, as que, além de apresentarem maior índice de celibato, se estabelecem relação matrimonial, casam-se mais tardiamente<sup>1</sup>.

O racismo (e o sexismo) se expressa em diferentes situações – na forma de morrer, na possibilidade de estudar, de ter ou não trabalho e moradia dignos, na possibilidade de casar... – todas causam sofrimento psíquico e impedem a mobilidade social do (a) negro (a)<sup>1</sup>.

## INSERÇÃO NO CAPS

André chegou no CAPS em 2015 encaminhado pelo Centro de Saúde de sua referência. Na ocasião, apresentava tristeza profunda; pensamento e desejo de morte; sintomas de pânico quando estava junto de outras pessoas (vontade de vomitar, tontura, falta de ar). Tais sintomas era percebido por ele

desde 2013. Possuía hipóteses diagnósticas de *outros transtornos específicos de personalidade* (CID 10 F60.8) e *episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos* (CID 10 F32.2), realizados por médico psiquiatra do Ambulatório de Saúde Mental de Paulínia-SP, onde era acompanhado antes de chegar no Centro de Saúde.

Na época, André ainda trabalhava como garçom em uma empresa terceirizada dentro da Unicamp. Gostava do que fazia, era dedicado, mas vivia intensas situações de discriminação racial, o que lhe acarretou piora dos sintomas de pânico (saía durante o expediente para se esconder no banheiro ou para dormir no carro devido uma sensação de extremo cansaço ou desmaio iminente). Desde outubro de 2014 encontrava-se sem condições de trabalhar. Devido a piora do quadro psíquico foi afastado, e posteriormente demitido.

André fazia pouco contato visual/ verbal. Respondia às perguntas que lhe eram direcionadas de modo retardado, ou às vezes não respondia. Evitava contato com as pessoas, uma vez que, segundo ele, todos eram falsos; se relacionavam com ele apenas por algum interesse; não gostavam da sua cor. Sempre foi alguém correto, esforçado, e não se sentia recompensado por isso (sic).

Sua circulação pelo CAPS era muito peculiar. Não se vinculou a nenhuma proposta terapêutica. Foi ofertado espaço de atendimento individual e atendimento de referência, porém, faltava com frequência devido a rotina de trabalho, por não se sentir bem no serviço, ou devido sono excessivo, segundo ele. Vinha ao CAPS em horários alternativos e fazendo solicitações incabíveis (chegava a noite pedindo para guardar a moto e/ou ficar no leito para descansar, por exemplo).

Em novembro de 2016 André solicitou relatório de acompanhamento, informando à equipe que voltaria para sua cidade de origem, porém, não foi o que aconteceu, como mencionado anteriormente.

Quando André chegou ao CAPS, ele já chegou com dois diagnósticos psiquiátricos interrogados. No Brasil não existem dados precisos sobre a prevalência dos transtornos mentais na população negra. Embora hoje possa ser observado a presença do quesito raça/cor em vários sistemas nacionais de

informação em saúde (SIM, SIHSUS, SIA-SUS), a análise desses dados ainda é incompleta, uma vez que para os dados de saúde mental é bem maior na produção hospitalar (25% a 34%) do que nos dados de mortalidade (3,6% a 5,7%), fato que limita em grande medida a análise de alguns indicadores. Outra limitação diz respeito à situação atual dos registros de produção ambulatorial dos CAPS, pois, a substituição do instrumento de coleta de dados nessa área (de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) para Registros das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) determinou uma queda significativa dos dados disponíveis, o que tem comprometido o monitoramento da oferta de serviços pelos CAPS's<sup>15</sup>.

Mas ainda que não se consiga ter um dado preciso sobre o acometimento psíquico da população negra no Brasil, é notável o aumento da pressão emocional que sofrem devido a reestruturação do setor produtivo na vida moderna e a conseqüente diminuição do emprego, as precárias condições de vida, a discriminação racial, entre outras, que são fatores de exposição de um grande número de pessoas ao sofrimento mental, com manifestações incluindo taquicardia, ansiedade, ataques de pânico, depressão, dificuldade de se abrir, ataques de raiva violenta e aparentemente não-provocada, depressão, hipertensão arterial, úlcera gástrica, alcoolismo, entre outros<sup>16</sup>, como bem podemos observar no caso de André.

A discriminação racial que André mencionou ter sofrido no trabalho, que, inclusive, contribuiu para a piora do seu estado psíquico, e posterior demissão, se refere a comportamentos de distinção com prejuízo para negros, podendo se manifestar como privação de direitos ou diferença de tratamento. Logo, o racismo, o preconceito, a discriminação, devem ser considerados como determinantes sociais das desigualdades e das condições de saúde<sup>3</sup>.

O Estatuto da Igualdade Racial (lei nº 12.288/10), documento publicado em 20 de julho de 2010 traz que o conceito de discriminação racial ou étnico-racial seria:

“toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício, em igualdade de



condições, de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro campo da vida pública ou privada” (Art. 1º, parágrafo único, inciso I)<sup>17</sup>.

Ainda que a Constituição Federal (1988) em seu artigo 4º, no inciso VIII, diga que repudia o racismo, a evolução da legislação de proteção a discriminação racial ainda é tímida. Quem sofre o constrangimento e a humilhação de ser diminuído em razão de sua cor, compreende o claro conceito de discriminação racial, porém, há ainda certa dificuldade em diferenciar o que seria crime de racismo e crime de injúria, aquele referente à coletividade e aquele relativo à pessoa como ser individual<sup>18</sup>.

O que acontece é que os magistrados, temerosos por considerar determinadas empresas como manifestamente preconceituosas, acabam por não conceder indenização ao ofendido. Apesar dos inúmeros processos promovidos na Justiça do Trabalho, muitas são julgadas improcedentes por ausência de provas. Isso acontece, por um lado, pelo fato de o Brasil ser um país dito democrático e que respeita os direitos humanos, a igualdade, esquivando-se sempre de abordar a questão racial. E por outro lado, por se tentar evitar um número elevado de ações judiciais nesse sentido<sup>18</sup>.

Essa é mais uma marca do racismo: retirar o negro do mercado de trabalho digno. Ao afetar o trabalho, por ampliação, todas as dimensões da vida relacionadas à mobilidade social e cultural e às condições de saúde (psíquica e física) da própria pessoa e da sua descendência são golpeadas. Trata-se de efeito dominó<sup>1</sup>.

## PROCESSO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL

O início do acompanhamento de André se deu através de sua curiosidade direcionada a mim pelo fato de eu ter um vínculo com a Unicamp assim como ele; além de me parecer com sua irmã, na sua opinião.

Em alguns momentos considero que a nossa vinculação foi fácil, mas, logo reconsidero quando retomo como esse processo foi permeado de dúvidas e testes por parte dele. Ele mesmo já tinha mencionado em um dos nossos primeiros encontros o quanto tinha dificuldade de confiar nas pessoas. Quando o fez, teve em troca uma irmã morta. Busquei colocar-me o mais compreensível e disponível possível a ele.

Procurei, também, saber se era uma questão eu parecer com sua irmã, uma vez que me colocava à disposição para ser sua terapeuta. Ele negou ser uma questão, ainda que em vários momentos ao longo do processo percebia que ele me colocava nesse lugar fraterno. Desde o início também ponderei minha condição temporária no serviço, enfatizando que o atenderia até o fim do ano. Isto precisou ser retomado algumas vezes e se mostrou extremamente importante.

André resgatou como era sua circulação pelo CAPS, e avalei por bem pactuar nosso contrato terapêutico (e repactuar quantas vezes fosse necessário). Ele dizia que vinha ao serviço quando se sentia desesperado (sic), necessitando conversar, mas não era acolhido (sic). Pontuei ser outro momento para pensarmos juntos novas estratégias para seu cuidado; que seria importante ele comparecer no dia e horário que tínhamos reservado para este encontro; que, caso não conseguisse estar, que avisasse, ou se precisasse de espaço de escuta para além deste, que acessasse a equipe de plantão do serviço naquele dia (uma vez que poderia ocorrer de eu não estar disponível no momento). Das vezes que ele faltava sem justificativa, eu procurava ligar, demonstrando preocupação (antes de retaliação, como costumeiramente é feito nos serviços).

Lancei mão da teoria winnicottiana para pensar a condução deste início com André, considerando que, do ponto de vista do desenvolvimento psíquico, algumas condições de um bebê o torna bastante semelhante a muitos pacientes em sofrimento que compõe nossa clínica; a mãe para o bebê seria como o terapeuta para o paciente<sup>19</sup>.

Winnicott<sup>20</sup> desenvolveu um conceito chamado preocupação materna primária, que se refere a um estado psíquico materno especial que faz com que a mãe se devote completamente aos cuidados do seu bebê, isso ainda algumas semanas antes de ele nascer; tal estado revela uma identificação e uma empatia com o bebê. Por outro lado, o bebê ainda percebe a mãe como uma extensão de

si mesmo, um objeto subjetivo. Desta forma, tudo o que a mãe faz, seus comportamentos, atitudes, falhas, gestos, enfim, são sentidos pelo bebê como acontecimentos que fazem parte dele, “são ele”. O bebê não sabe disso, mas a mãe precisa saber, para que então seja suficientemente boa<sup>19</sup>.

Quando André dizia que anteriormente vinha ao serviço quando se sentia desesperado, precisava conversar, mas não conseguia sentir-se acolhido, tentei fazer de forma diferente quando me ligava para pedir mais atendimentos na semana, ou quando eu percebia que ainda tinha muitas coisas a dizer, e estendia o tempo do atendimento (para, em algumas vezes, quase 2 horas). Quanto às falhas, lembro de um dia eu ter me atrasado para o atendimento e o quanto eu ter assumido meu erro foi extremamente importante para que André relacionasse essa vivência a outras anteriores na qual havia sido negligenciado e/ou culpabilizado.

A mãe suficientemente boa, assim como o terapeuta, não é perfeita. Winnicott<sup>21</sup> vai dizer que a perfeição é característica das máquinas, e, em sua condição humana, a mãe comete erros. Porém, quando está intimamente sintonizada com o bebê e apropriada de seu papel nessa relação dual, terá condições de reparar os erros e usar disso para favorecer a capacidade discriminatória de seu filho, ajudando-o ainda mais nesse processo de separação e individuação. Além disso, tal sinceridade do terapeuta sobre seus erros diante do paciente permite que sua confiança no terapeuta aumente ainda mais.

Podemos concluir que todo o trabalho anterior do terapeuta é favorecer o processo de ilusão através da sua postura de confiabilidade e previsibilidade profissional, pessoal e ambiental; é se colocar à disposição para o paciente (em estado de devoção e concentração) para que este (em busca de auxílio) seja movido pela própria expectativa (relação objetal inicialmente subjetiva), pela aliança terapêutica e tendência à integração<sup>22</sup>.

André chegava aos atendimentos sempre com a mesma postura de quando o conheci: cabeça baixa, arrastando-se pelo espaço, com uma aparente fraqueza, apatia, tristeza. Assim que entrava na sala, jogava-se na cadeira, estirava as pernas em outra cadeira na frente, se tivesse, e iniciava a conversa dizendo “não estou bem. A semana foi ruim. Não fiz nada. Não conversei com ninguém. Ainda penso em morrer”.

Eu tentava explorar sobre seus vínculos sociais, se tinha amigos. O que André me dizia era que se sentia esquisito diante de outras pessoas; olhava ao redor e sentia-se muito diferente, deslocado, como se não fizesse parte desse mundo (sic). Quando estive em situação de rua teve alguns “amigos” que lhe ofereciam bebidas e drogas, e então, como não gostava disso, se afastou. Os temas mais recorrentes trazidos por ele eram a relação com sua irmã (principalmente sua morte); dificuldades interpessoais (destacando, principalmente, situações do trabalho); sensação de ser diferente, esquisito (questões raciais/ sociais); a morte como solução para o sofrimento. E esses temas ocuparam um lugar privilegiado na minha escuta.

Acho válido retomar as hipóteses diagnósticas que André recebeu desde que chegou aos serviços de saúde, sendo *outros transtornos específicos de personalidade* (CID 10 F60.8) e *episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos* (CID 10 F32.2), e sua inserção num serviço de saúde mental para o cuidado de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

Em tudo o que André referia, era possível perceber marcas que o racismo foi produzindo em sua vida, e uma luta constante contra o sentimento de inferioridade, colocando à prova suas competências; envergonhando-se ao entrar ou estar em determinados lugares por se achar esquisito, achar que “não é o seu lugar”; a convivência com um sentimento de não ter direito a ser, dificuldade de ocupar lugares de destaque, enfim. O racismo estruturado nas relações sociais faz isso; tende a anular qualquer potência do sujeito negro sobre sua existência real, sua ancestralidade, sobre sua criatividade de existir e sentir prazer, de propor ideias que legitimem sua identidade racial<sup>23</sup>. O racismo, enquanto relação de poder e sustentação de privilégios, podem gerar o sofrimento psíquico<sup>4</sup>, tal qual fez com André.

E nesse sentido temos observado um movimento crescente de análise das problemáticas geradas no interior das relações sociais sendo respondidas por técnicos e instituições por meio de procedimentos pré-codificados por metodologias universalizantes, onde necessidades de grupos sociais - e mesmos étnicos - são convertidas em patologias; onde os comportamentos legítimos de enfrentamento do racismo são patologizados. A terapia ocupacional brasileira tem produzido, nesse contexto da discussão sobre os processos de adoecimento e

dos significados a eles relacionados, análises críticas da medicalização da sociedade, enquanto forma de administrar conflitos relacionais e sociais. Dessa forma, o adoecimento é entendido como resultante de fenômenos individuais, sociais, médicos e existenciais; logo, algo que não está desconectado da realidade dos sujeitos<sup>9</sup>.

Diferente de outras áreas da saúde, para a terapia ocupacional a exclusão social é a problemática de partida. Mais do que classificado de doente, esse indivíduo é classificado como problema social. O diagnóstico em terapia ocupacional é diferente; é um diagnóstico situacional<sup>8</sup>. Quando um usuário é considerado grave, está assim não só pelo diagnóstico médico, mas principalmente pela repercussão social acarretada pelo seu quadro.

No caso de André, eu observava que, por combinadas razões, ele se encontrava numa posição de exclusão de uma parte significativa de suas atividades. Interagia de forma insatisfatória com a família, com o trabalho, não tinha amigos nem perspectivas futuras.

No processo terapêutico ocupacional interessa o que as pessoas fazem, como usam o tempo, onde vão, quais são seus desejos, como o contexto social facilita ou dificulta o engajamento do indivíduo em diferentes atividades<sup>24</sup>. Foi assim a condução dos atendimentos com André: para além de tudo o que tinham me falado, eu queria saber quem era André por ele mesmo. As intervenções foram construídas por meio dessa significação sobre seu jeito de ser, para impor a sociedade que o receba desse jeito mesmo e não que ele precise esperar pela mudança social para nela se inserir. Nesse sentido, ele mesmo se torna agente dessa mudança<sup>25</sup>.

Em um atendimento, após André relatar exaustivamente como tinha passado a semana e o quanto não se sentiu bem, tirou da mochila um objeto grande e pesado e me entregou. Era um álbum com fotos da faculdade e da formatura de Angela. Eu folheava com cuidado cada página daquele álbum, olhando com curiosidade para cada rosto que ali aparecia. Ao perguntar de quem se tratava, André referiu apenas que a pessoa já tinha falecido. Nas páginas finais tinham fotos da festa de formatura, e percebi que tinham várias pessoas que eu supunha ser da família, mas não notei a presença de André. “Eu não estava lá, não fui”. Nesse momento André tomou o álbum da minha mão antes que eu

terminasse de ver as fotos restantes, guardou-o e deu como encerrado o atendimento daquele dia. Entendi que André estava me dando abertura para acessar suas dores.

A uma certa altura do acompanhamento foi possível abordar com o André a forma como ele se colocava diante dessas dificuldades, principalmente quando trazia a história de vida da irmã e seu desfecho trágico (considerando esta também ser uma solução para si). André, com certa frequência também, direcionava falas de admiração sobre o lugar e os papéis que eu ocupava - “você é muito inteligente!”, “você deve ser uma pessoa que se deu bem na vida”, “as pessoas devem te respeitar muito”, “você tem irmão? Com certeza ele deve te amar muito”.

No processo terapêutico a qualidade da interação estabelecida (transferência e contratransferência) está diretamente vinculada ao clima de confiabilidade e previsibilidade que o terapeuta pode oferecer e que o paciente ansiosamente espera encontrar<sup>19</sup>.

E durante esse processo os fenômenos transferenciais podem ser manifestados tanto por ações concretas, tais como modos de fazer, dificuldades, possibilidades, comentários, entre outros, quanto os sentimentos do terapeuta e aqueles que são referidos pelo paciente de diversas formas. Tais fenômenos podem ser parte dos procedimentos durante o processo terapêutico ocupacional desde que a relação triádica (terapeuta, paciente e atividade) esteja estabelecida; e desde que haja, por parte do terapeuta ocupacional, o reconhecimento e compreensão da transferência para pensar no seu manejo, e para que se possa avançar, limitar e indicar direções no decorrer da terapia<sup>26</sup>.

Em poucos atendimentos André aceitava fazer atividades. Quando proposto, hesitava e/ou pouco se implicava. Dizia que ao longo da semana não tinha com quem conversar, portanto, nos atendimentos, era o que gostaria de fazer. Às vezes parecia que só o escutar bastava. Houve dias de eu dizer quase nada no atendimento e André ir embora dizendo que estava se sentindo melhor.

Segundo Winnicott<sup>27</sup>, a comunicação também pode ser verbalmente silenciosa tanto em sua transmissão como em sua recepção, mas ela está ocorrendo constantemente, modelada em sua sonoridade, gestos, contatos físicos e silêncios. É nessa experiência de mutualidade, a qual Winnicott descreveu como

o início da comunicação entre duas pessoas, que a mãe pode ir de encontro com as necessidades do bebê.

De encontro com isto, na terapia ocupacional a comunicação se dá na articulação entre fazer e falar sem que se interprete nenhuma dessas duas formas de mostrar-se, pois aqui se trata de ocupar o espaço transicional da teoria winnicottiana e abrir a possibilidade de caminhar por trilhas associativas; trilhas estas que são construídas a partir das associações entre as atividades realizadas e as falas a elas referidas, que levam ao caminho da simbolização<sup>28</sup>.

Nos atendimentos que se seguiram, embora continuasse recusando a realizar atividades, André trazia algumas que tinha desenvolvido em casa para compartilhar comigo. Dentre essas atividades estavam filmes, escrita de cartas, músicas (tudo refletia como ele se sentia no momento). Os filmes sempre retratavam histórias de relação de confiança entre duas pessoas, assim como as letras das músicas.

As cartas foram a forma encontrada para externalizar os sentimentos desorganizados e sem sentido, segundo ele; e trazia nos atendimentos para que eu o ajudasse a encontrar tais sentidos. Vale ressaltar que esse compartilhamento só foi possível após várias demonstrações de interesse de minha parte, e após ele sentir-se confiante e a vontade para compartilhar tais conteúdos. Em todo caso, fazer atividades ao longo da semana e trazer para este espaço deu um contorno à sua solicitação por atendimentos conforme demanda (ligava quase todos os dias para saber se eu poderia atendê-lo), e ajudou a qualificar o seu dia a dia (passava o dia todo deitado na cama).

O fato de André sempre dizer que “não fazia nada”, mas, compartilhar comigo algumas de suas produções, nos convida a pensar na ideia de atividade de modo que esta ultrapasse ou desloque a ideia de atividade terapêutica ou do mito da atividade terapêutica, para pensar a atividade humana como território existencial, onde o tempo todos estamos em atividade; efetivamente em múltiplas atividades. São matérias de vida, acontecimentos de vida, ligadas às necessidades (seja do ponto de vista da sobrevivência, do crescimento, da sociedade, da cultura, etc) e sempre plenas de sentidos; sentidos de si no mundo<sup>29</sup>.

Como nos sugere Benetton<sup>8</sup>, o setting da terapia ocupacional deve ser um local que possibilite este fazer de múltiplas atividades e, como em qualquer situação onde há realizações, comporta produtos acabados, inacabados, abandonados, destruídos, resgatados, trazidos de fora e muito mais, com a finalidade de receber quem lá está, da maneira que for possível. Tudo isso sendo sustentado por uma terapeuta ativa e observadora de desejos e necessidades do paciente, que poderá trabalhar sobre uma transferência positiva.

A partir de então, foi possível observar uma mudança sutil, porém importante, na postura de André e na maneira como ia trazendo os assuntos. Destaca-se a pesquisa na internet que fez sobre “como suicidar-se”, onde, a partir de um vídeo, passou a listar coisas boas que já aconteceram na sua vida. Chamei sua atenção para o fato de estar conseguindo, aos poucos, sair da paralisação e encontrar novos sentidos, reconhecendo uma melhora.

André, por meio das atividades, pôde construir-se e transformar-se. Por meio de uma terapia ocupacional não onipotente, mas simples, capaz de acolher esse continuum de refazer-se e traduzir-se em atividade, pôde recriar sua vida<sup>29</sup>.

Um tanto deste processo foi pautado também na construção e nomeação das coisas que vivenciava, sentia e as condutas que adotava. Em alguns atendimentos destacava medo e angústia, mas não conseguia relacionar a algo específico. A forma de lidar com esse desconhecido era com agressões verbais (com os pais, principalmente), ou isolamento. Eu lhe fazia algumas devolutivas colocando como possibilidade a vivência do racismo (“será que isso o que você passou, foi por ser negro? ”), as quais ele enfatizava discordar. Quando estimulado a pensar/ nomear, mudava de assunto. Eu lhe pontuava a observação dessa postura, a qual ele confirmava que, de fato, não queria entrar em contato com algumas questões. Tal movimento também acontecia quando tentávamos pensar estratégias para lidar com seu sofrimento e desânimo frente a essas vivências. Porém, aos poucos, tais pontuações lhe pareciam ter sentido.

Segundo Souza<sup>2</sup>, uma das formas de exercer autonomia é possuir um discurso sobre si mesmo. Discurso esse que se faz muito mais significativo quanto mais fundamentado no conhecimento concreto da realidade.

Com o tempo André foi tendo clareza que seu adoecimento foi decorrente de inúmeras situações de discriminação vivenciada no trabalho (e na



vida). Ele próprio foi fazendo essa relação. Passou a descrever com detalhes cenas em que, na sua função de garçom, chegava em uma mesa para atender o pedido, e os clientes o olhavam com desprezo e/o ignoravam sua presença chamando outro garçom. Ou então, ouvia colegas de trabalho dizendo que ele era incompetente e não fazia as coisas direito por ser negro (embora seu chefe reconhecesse que ele era um bom funcionário, comprometido e responsável, e muitas vezes o tomava como exemplo para os demais).

A situação foi ficando grave e angustiante a tal ponto de André ver pichações pelo campus da universidade com dizeres racistas e acreditar que foram seus colegas de trabalho que escreveram direcionando a ele. Foi a partir desses fatos que André foi desenvolvendo sintomas de pânico, principalmente quando estava no ambiente de trabalho. Quando retomava essas questões, sempre se comparava com a irmã, ou para se diminuir perante às competências dela, ou para pensar em acabar com o seu sofrimento da mesma forma que ela fez.

A partir disso, nós discutíamos e refletíamos sobre os aspectos sociais da história do negro no Brasil, sobre a influência da mídia e construções sociais racistas. Me colocava no mesmo lugar que ele, enquanto sujeito negro que também vivenciava a violência do racismo independente do lugar social que eu ocupasse.

Claramente nota-se como tal violência subtrai do sujeito a possibilidade de explorar e extrair do pensamento todo o infinito potencial de criatividade, beleza e prazer que ele é capaz de produzir<sup>2</sup>. Compartilhar vivências minhas sobre racismo, ou responder algumas perguntas pessoais que ele direcionava sobre essa temática também se mostraram relevantes para o seu tratamento.

E para que eu pudesse acolher André nas suas questões, eu também precisei trabalhar as minhas. Winnicott<sup>30</sup> vai dizer que uma mãe suficientemente boa precisa assumir a vulnerabilidade do bebê, seu desamparo absoluto, passando ela própria a necessitar de amparo. Na clínica, cuidar de nossas relações para que possamos prover nossos pacientes é responsabilidade e compromisso nosso. Como a mãe que já foi bebê um dia, o terapeuta já foi também um paciente e esteve sob os cuidados de alguém que, supostamente, estaria em condições de fornecê-los.

No final do mês de setembro, André conseguiu retornar ao trabalho, agora em um novo emprego. Contou com detalhes como foi encontrar a vaga de garçom num restaurante italiano reconhecido internacionalmente, destacando como se sentiu, conseguindo, dessa vez, dar nomes: teve “receio”, “insegurança” de não dar conta considerando a experiência anterior; conseguia identificar que sintomas como falta de ar, tontura, fraqueza, cansaço, irritabilidade estavam relacionados a esse aspecto. Por outro lado, ponderou que poderia ser positivo iniciar em um novo lugar, com outras pessoas, uma vez que se sentia mais seguro quanto às suas capacidades e sua competência, além de perceber investimento nele, por parte da empresa; estava vivenciando coisas novas e conhecendo lugares diferentes; estava se identificando com algumas pessoas.

Próximo à finalização dos atendimentos, André, diferente de antes, ia trazendo as novidades diárias do novo emprego. Referia melhora dos tais sintomas ansiosos, e também dos pensamentos de morte, embora sentimento de tristeza ainda fosse recorrente. Eu pontuava que mudanças significativas em seu cotidiano estavam acontecendo, e que alguns receios eram pertinentes, porém estava conseguindo lidar de maneira positiva.

Cabe ressaltar, também, algumas observações no decorrer deste acompanhamento. Inicialmente André chegava muito atrasado para os atendimentos (em média 1 hora de atraso); ou vinha em período oposto ao combinado. Ficava isolado na ambiência sem falar nada com ninguém. Com o tempo, foi conseguindo dizer que ficar sozinho o fazia sentir-se menos esquisito (sic). Aos poucos passou a chegar antes do horário combinado, e enquanto aguardava, ficava mais próximo de outros usuários de modo um pouco mais espontâneo e descontraído. Ao longo do tempo passou a ligar para justificar as ausências (antes ou depois), e solicitava reagendamento.

Em vários momentos ao longo de todo o processo, André relatava preocupação com relação ao seu atendimento comigo, uma vez que seria por um tempo determinado e relativamente curto. Referia incômodo em ter que contar sobre sua vida repetidas vezes, para diferentes pessoas que não entendiam do que ele estava falando (sic). Próximo ao momento de finalização chegou a questionar se eu realmente queria ajudá-lo; insinuava que eu estava querendo

fugir dele ou me recusando a atendê-lo. Demonstrava preocupação com minha saída, desejando que esta não acontecesse.

Fui entendendo que André estava tentando encontrar formas de lidar com o sentimento de, novamente depositar a confiança em alguém, e esse alguém partir. Tais questões foram acolhidas e discutidas sempre que apareciam. Aos poucos conseguia ir lidando de outra forma, como por exemplo, sugerindo atendimentos quinzenais. Ele colocava essa situação como se estivesse “me dando alta” (sic). Dizia que pensar dessa forma lhe parecia mais suportável.

O importante neste processo foi perceber que o encontro pôde ser criado por André no momento da necessidade. Esse é um aspecto fundamental para o estabelecimento na clínica, do que Winnicott denominou espaço potencial, fruto do encontro do gesto da necessidade com o objeto necessitado. Uma vez que a comunicação é estabelecida, segundo esses princípios, em algum momento ela precisa ser finalizada. A finalização ocorre no momento em que o objeto criado pela necessidade deixa de ser necessitado. Isso porque o paciente encontrou-o através do encontro analítico. O paciente “livra-se” do terapeuta como objeto necessitado, para colocá-lo fora da área dos seus objetos subjetivos (objeto criado pela necessidade)<sup>22</sup>.

Nos atendimentos finais, resgatei com André todas as coisas que havíamos realizado juntos e as temáticas trabalhadas nesse período, propondo que fizéssemos uma trilha associativa<sup>28</sup> de nosso processo. É através dessa técnica de análise de atividades na terapia ocupacional que o sujeito alvo se apropria de sua história e cria possibilidades de novas organizações em seu cotidiano<sup>26</sup>.

Foi a partir da criação desse espaço de historicidade favorecido pelas trilhas associativas que André pôde se aproximar e dar sentido ao seu percurso na terapia ocupacional e sustentar sua melhora e seu tratamento.

A partir das estratégias de intervenção utilizadas, acolhendo as questões que trazia, possibilitando a apropriação de suas vivências de exclusão, de emoções e efeitos gerados pelo racismo e práticas discriminatórias; auxiliando-o na construção e implementação de ações para resolução de conflitos interraciais vivenciados em seu cotidiano pessoal e profissional; fortalecendo sua autoestima por meio da identificação de recursos pessoais e profissionais para lidar

com os efeitos psicológicos do racismo, foi que André pôde participar mais ativamente das escolhas de seus projetos de vida, significando e transpondo para seu cotidiano experiências vividas no setting, permitindo que ele pudesse experimentar novos jeitos de ser, fazer e estar no social.

A respeito da continuidade do seu acompanhamento neste serviço, foram realizadas várias conversas, onde ele passou a sentir-se bem no CAPS; recusou-se ser transferido para outro serviço de menor complexidade (como o Centro de Saúde, por exemplo). Sentia-se beneficiado por atendimento individual em detrimento de atendimento grupal.

Diante das mudanças institucionais, o que pôde ser pactuado com André foi a definição de algumas profissionais que ficariam na sua referência provisoriamente para repensar seu PTS.

Retomo aqui algo que coloquei ainda lá no prefácio, que foi a partir desse encontro que me deparei com a necessidade de (re) pensar a minha atuação; que eu falava de André, mas falava de mim também, que, enquanto Terapeuta Ocupacional do Programa de Residência, me deparei na clínica com questões que igualmente me atravessavam.

Um das coisas mais significativas que pude vivenciar neste processo foi contrapor a ideia que perpassa e fundamenta a expectativa das pessoas de que “negro não fala de negro”; de que negro que ascende socialmente aceita o mito da democracia racial e acredita que não existe problema negro, e que não há porque falar disso<sup>2</sup>.

Porque, no Brasil, nascer com a pele preta e/ou outras características negróides e compartilhar de uma mesma história de desenraizamento, escravidão e discriminação racial, não organiza, por si só, uma identidade negra.

“Ser negro é, além disto, tomar consciência do processo ideológico que, através de um discurso mítico acerca de si, engendra uma estrutura de descobrimento que o aprisiona numa imagem alienada, na qual se reconhece. Ser negro é tomar posse desta consciência e criar uma nova consciência que reassegure o respeito às diferenças e que reafirme uma dignidade alheia a qualquer nível de exploração. Assim, ser negro não é uma condição dada, a priori, é um vir a ser. Ser negro é tornar-se negro” (p. 77)<sup>2</sup>.

A possibilidade de construir uma identidade negra - tarefa eminentemente política -:

“é gerada a partir da voz de negros que, mais ou menos contraditória ou fragilmente, batem-se por construir uma identidade que lhe dê feições próprias, fundada, portanto, em seus interesses, transformadora da História - individual e coletiva, social e psicológica” (p.78)<sup>2</sup>.

Portanto, como bem nos aponta David<sup>4</sup>, apenas a presença de profissionais negros (as) não garante a potencialidade dos encontros e dos manejos terapêuticos. Mas, apesar disso, não se pode deixar de lado que, num país colonialista como o Brasil, a representatividade racial interfere nas relações de cuidado em saúde. David vai apontar ainda que a montagem das equipes de saúde deve levar em conta raça e gênero em suas ações cotidianas, para que, desse modo, possa se aproximar da perspectiva de equidade e singularidade.

Algumas considerações são importantes de serem feitas neste sentido: desnaturalizar o preconceito e gerar identificação negra positiva pode configurar-se em ações de prevenção e promoção de saúde, podendo transformar os territórios qualitativamente. Não se afirma que há um modelo específico de cuidado em saúde mental para a população negra, assim como não se considera que o efeito da violência racista sempre promoverá doenças, mas, quando profissionais de saúde consideram os efeitos (negativos) do preconceito e da discriminação racial o sujeito se sente acolhido no seu sofrimento. E para promover estratégias de cuidado em saúde mental que leve em consideração as particularidades raciais e a singularidade dos usuários, é necessário considerar a função do racismo na história do Brasil<sup>31,4</sup>.

Vale mais uma última consideração: em 13 de maio de 2009 (curiosamente 121 anos após assinada a Lei Áurea, que aboliu oficialmente a escravidão no Brasil) foi instituída no SUS a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), pela Portaria nº 992, que vem assegurar a equidade racial e étnica em saúde junto às três esferas do governo, se referindo à prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que

enfrentam maiores riscos de adoecer e/ou morrer em decorrência de alguns fatores de vulnerabilidade relacionados à raça e à etnia<sup>32</sup>.

De encontro com isso tem-se também a Política Nacional de Saúde Mental, instituída em 2001, que vai dizer de uma atenção de base territorial e comunitária, alicerçada nos princípios do acesso universal, respeito às diferenças de cada sujeito e território, considerando suas totalidades e complexidades<sup>33</sup>.

Como podemos ver, ambas políticas se aproximam no sentido de valorizar as diferenças, buscando a equidade no cuidado, onde o atendimento das necessidades de cada um é direito de todos, dentro de suas especificidades. Para além da construção e implementação de políticas, há de se pensar em como estão sendo efetivadas e potencializadas estas ações no dia a dia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver esse trabalho foi um exercício denso e intenso. Foi um momento de me debruçar sobre teorias e conceitos que fundamentaram tanto minha prática profissional, e sobretudo, minhas vivências pessoais também no que diz respeito à temática étnico-racial. Foram necessários momentos de parar e largar a escrita para dar conta de processar um tanto de coisas, organizar as ideias e os sentimentos, para então retomar envolta em inspiração.

Foi possível perceber que a prática distanciada dos profissionais de saúde em relação à população negra e sua saúde psíquica diz respeito a uma ideologia que opera de forma extremamente maciça na sociedade, mantendo as desigualdades e precariedades da existência do povo negro.

Apesar de me encontrar num lugar de ascensão, como vai dizer Souza (1983), isso não me isenta da vivência do racismo (quem me dera!). Mas pude me ver num lugar de poder usar do meu conhecimento e da minha prática profissional para potencializar e fortalecer o outro.

Buscou-se neste trabalho destacar a significância de um (a) terapeuta negro (a) envolvido nesse processo de cuidado, mas é importante ressaltar que essas questões não dizem respeito somente a sujeitos negros. Que todo e

qualquer terapeuta precisa se atentar para as especificidades da população negra; buscar aprimorar a prática; se rever; a fim de não reproduzir o racismo institucional, a exclusão e a negligência.

Relatei a experiência que vivi ao acompanhar um usuário que tinha como demanda o racismo. Uma relação que me atravessou e me afetou de diferentes formas; que demonstrou o quanto legitimar a dor e o sofrimento do sujeito pode transformá-lo; o quanto considerar a real importância da temática racial na saúde mental são suficientes para serem transformadoras.

Apesar de políticas públicas voltadas para a saúde da população negra estarem sendo construídas em várias frentes, faz-se necessário pensar como de fato serão efetivadas e potencializadas no cotidiano dos profissionais envolvidos nas ações de cuidado.

Este é um assunto abordado ainda de forma discreta nas produções científicas da terapia ocupacional. Por isso, este trabalho reitera o meu compromisso em pautar essas questões dentro do meio acadêmico e nos espaços de assistência a fim de colaborar com a promoção e equidade em saúde e maior garantia de acesso aos direitos humanos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho Federal de Psicologia. Relações Raciais: Referências Técnicas para atuação de psicólogos/os. Brasília: CFP; 2017. 147 p.
2. Souza NS. Tornar-se negro- As vicissitudes da Identidade do Negro Brasileiro em Ascensão Social. Ed. Graal: Rio de Janeiro; 1983.
3. Instituto Amma Psique e Negritude - AMMA. Os efeitos psicossociais do racismo. São Paulo: Imprensa Oficial, 2008.
4. David EC. Saúde mental e racismo: atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil (dissertação). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social; 2018.

5. Munanga K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação-PENESB-RJ. Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira. Niterói: EDUFF, 2004.
6. Hasenbalg CA. Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil. In: MC Maio & RV Santos (Orgs). Raça, ciência e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB; 1996. p. 235-249.
7. Cunha EMGP. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. IN: Batista LE, Werneck J, Lopes F. Saúde da população negra. 2. Ed. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012.
8. Benetton MJ. Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental (tese). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 1994.
9. Barros DD. Terapia Ocupacional social: o caminho se faz do caminhar. Rev Terap Ocup USP, SP. 2004; 15 (3): 90-97.
10. Ballarin MLGS, De Carvalho FB. Considerações acerca da reabilitação psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: Cavalcanti A, Galvão C. Terapia ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 162 – 170.
11. Salviano D. IN: Geledés Instituto da Mulher Negra. O sofrimento psíquico dos negros e a importância do psicólogo negro enquanto reparador. Geledés – Instituto da Mulher Negra – Centro Feminista de Estudos e Assessoria, s/a. Acesso em 22 de setembro de 2018. Disponível em <https://www.geledes.org.br/o-sofrimento-psiquico-dos-negros-e-importancia-psicologo-negro-enquanto-reparador/>.
12. Costa LA, Almeida SC, Assis MG. Reflexões epistêmicas sobre a Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2015; 23 (1).
13. Farias MN, Leite Junior JD, Costa, IRBB. Terapia Ocupacional e população negra: possibilidades para o enfrentamento do racismo e desigualdade racial. Rev. Interinst. Bras Ter Ocup. Rio de Janeiro. 2018; 2(1): 228-243.
14. Bonifácio WVG. Mitos e identidades brasileiras: o Saci no cotidiano escolar. Rev Fór Ident Univ Fed Ser, Itabaiana – SE. 2017; 24: 95-110.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Saúde da População Negra / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. - Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 82 p.



16. Da Silva ML. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: Batista LE, Kalckmann S. (Org.). Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004. São Paulo: Instituto de Saúde; 2005. p. 129 - 132.
17. Brasil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF. Acesso em 03 de dezembro de 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm).
18. Lima JLA. Direitos humanos e discriminação racial. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande. 2011; 14 (92). Acesso em 03 de dezembro de 2018. Disponível em: [http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=10352](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10352)>.
19. Kahtuni HC. O terapeuta/mãe, o paciente/bebê e os cuidados requeridos. Psychê. São Paulo. 2005; 9 (16): 197-212.
20. Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1978 (Trabalho original publicado em 1956). A preocupação materna primária, p. 491-498.
21. Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artmed; 1983 (Trabalho original publicado em 1960). A contratransferência, 145-151.
22. Lescovar GZ. As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. Rev Est Psic PUC. Campinas. 2004; 21 (2): 43-61.
23. Costa JF. Prefácio. In.: Souza NS. Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Edição Graal; 1983. (Coleção Tendências; v. 4).
24. Salles MM, Matsukura TM. Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas de terapia ocupacional no campo da saúde mental. São Carlos: EdUFSCar; 2018. Capítulo 1, Conceitos de ocupação e atividade: os caminhos percorridos pela literatura nacional e de língua inglesa, p. 13 – 35.
25. Benetton MJ. O encontro do sentido do cotidiano na Terapia ocupacional para a construção de significados. Rev CETO, SP. 2010; 12 (12): 32-39.
26. Ceccato T. A transferência na constituição da relação triádica: relato clínico. Rer CETO. 2012; 13 (13).
27. Winnicott DW. Explorações psicanalíticas. Porto Alegre, Artes Médicas; 1994 (Trabalho original publicado em 1969). A experiência mãe-bebê de mutualidade.

28. Benetton MJ. Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose. São Paulo: Lemos; 1991.
29. Quarentei MS. Do ocupar a criação de territórios existenciais. Trabalho apresentado no X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional em Goiânia- GO, 2007.
30. Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988 (Trabalho original publicado em 1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo.
31. David EC, Silva LAA. Coletivizando singularidades ou singularizando coletivos? O cuidado em saúde mental com a população negra. Semana Nacional de Humanização – PHN. Brasília, 2014.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. 36 p.
33. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1.