CEFET/RJ
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

AUTOPERCEPÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS DE ENSINO APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO DE UM GRUPO DE MÉDICOS PSIQUIATRAS

Carolina Michaella Borges Torelli

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Étnico-Raciais, do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, CEFET/RJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestra em Relações Étnico-Raciais.

Rio de Janeiro
Abril/2023

AUTOPERCEPÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS DE ENSINO APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO DE UM GRUPO DE MÉDICOS PSIQUIATRAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Étnico-Raciais do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, CEFET/RJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestra em Relações Étnico-Raciais

Carolina Michaella Borges Torelli

Banca Examinadora:

_____

Presidente, Professor Dr. Roberto Carlos da Silva Borges (CEFET/RJ)

(orientador)

_____

Professora Dra. Marcia P Alves dos Santos (UFRJ)

_____

Professora Dra. Cecilia Maria Izidoro Pinto (UFRJ)

_____

Professora Dra. Aline da Fonseca (CEFET/RJ)

SUPLENTES

_____

Professora Dra. Glenda Cristina Valim de Melo (UNIRIO)

_____

Professora Dra. Talita de Oliveira (CEFET/RJ)

Rio de Janeiro
Abril/2023

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do CEFET/RJ

T678 Torelli, Carolina Michaella Borges
Autopercepção de saberes e práticas de ensino aprendizagem na formação de um grupo de médicos psiquiatras / Carolina Michaella Borges Torelli – 2023.
101f. il. (algumas color.) + anexos. , enc.

Dissertação (Mestrado). Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, 2023.
Bibliografia : f. 95-101.
Orientador: Roberto Carlos da Silva Borges.

1. Negros – Saúde mental – Brasil. 2. Psiquiatria. 3. Psiquiatria – Estudo e ensino (Superior). I. Borges, Roberto Carlos da Silva (Orient.). II. Título.

CDD 305.896081

Elaborada pelo bibliotecário Leandro Mota de Menezes – CRB/7 nº 5281

A todas as mulheres negras silenciadas ao longo da história.

AGRADECIMENTOS

Em meio a um processo tão intenso que é o mestrado, atravessado e iniciado no decorrer de uma pandemia mundial, uma escolha de mudança de estado não poderia começar de outra forma sem ser agradecendo a todas as mulheres de minha vida, que me impulsionaram de formas visíveis e invisíveis a estar aqui, escrevendo essas linhas, produzindo conhecimento, ocupando um espaço que tanto nos foi negado, como mulher e como negra.

Desejo antigo que foi se reconstruindo e se reformulando ao longo dos anos, das frustrações encontradas no caminho e se firmando como possibilidade em meio a uma pandemia, a da Covid-19.

Agradeço e peço licença aos Orixás, que me acompanham e me amparam, às minhas mais velhas e às minhas mais novas.

Agradeço à nação Ilú Obá De Min, às mulheres do Atunko, Josi Lima, Juliana Rosa, Maira Beirutti, Daiane Pettine, Raquel Santos, às amigas do Donas do Mercado e a tantas outras mulheres que foram me mostrando que podemos tudo o que quisermos, mesmo o mundo nos dando tantas mensagens opostas a isso o tempo todo. “Todo o mundo é meu lugar”, como diz uma das letras cantadas e tocadas por nós.

Nascida e crescida em São Paulo, jamais imaginei fazer de outra cidade a minha morada e fui aqui, no Rio de Janeiro, recebida com carinho por Felipe Soares, vizinho e hoje, grande amigo e pelos colegas do mestrado, que foram se transformando em amigos. Nas trocas, que nasceram na única possibilidade de contato à tela, e que aos poucos se concretizaram em encontros presenciais. Agradeço a Viviane Santos, que me recebeu com muito afeto em sua família e se tornou uma grandiosa parceira nessa travessia. Também a Walmir Pimentel Baptista, que estendeu suas mãos amigas, seu colo e seu carinho em diversos momentos desde a minha chegada.

A pesquisa é um caminho que, assim como todos os outros, não se constrói em solidão. É na partilha que se desenvolvem pensares, inquietudes,

geram-se reflexões e se tem acolhimento em momentos de incertezas e inseguranças e, na encruzilhada, como presente de Exu, encontrei meu orientador, o professor Dr. Roberto Borges que, com gentileza, doçura, firmeza e afeto me conduziu até aqui. Vida longa a ti, querido mestre!

Meu obrigada ao professor Julius Monteiro, que me ajudou, salvou e pensou junto quando o assunto foram números e gráficos.

Agradeço à minha família, aos meus avós por serem avós e pais presentes em todos os momentos da minha construção, que, mesmo com tanta diferença de pensamentos, encontramos no amor a forma de nos conectarmos. À minha mãe que, com valentia sem tamanho, enfrenta uma doença dura, cria um neto e ainda descobre formas de ser mãe, avó e apoiar a filha que mora longe. Agradeço à minha irmã Luana Acacia, que, em meio às descobertas da maternidade, sempre encontrou tempo e formas de me apoiar nos desafios da caminhada.

Agradeço à Maria Célia Malaquias, mulher preta, psicóloga, conhecedora profunda de nossas dores, que me ampara há tantos anos, que é exemplo e referência profissional e me ajudou a transformar inquietude em projeto de pesquisa e, hoje, em dissertação.

Agradeço às minhas amigas e minhas irmãs, Francini Gnecco, Julia Baisi e Ruth Lopes, com quem desde muito partilho a vida e tenho a alegria em caminhar junto.

E, por fim, agradeço a mim, pela escolha que fiz em aqui estar, pelo caminho que estou construindo, pela mulher que me torno todos os dias e por escolher o afeto como estratégia de existir, resistir e estar nesse mundo.

“e a luta continua...”

(CARNEIRO, 2022).

RESUMO

Autopercepção de saberes e práticas de ensino aprendizagem na formação de um grupo de médicos psiquiatras

Esta pesquisa investiga a maneira como os currículos acadêmicos da Residência Médica em Psiquiatria, preconizados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), abordam as questões raciais. A pesquisa interessa-se também em verificar se a prática de médicos psiquiatras e estudantes de psiquiatria refletem aspectos inerentes e necessários à saúde da população negra, conforme consta nos currículos oficiais. Desta forma, analisam-se as ferramentas e metodologias que têm sido oferecidas a estes residentes no processo de ensino-aprendizagem no que diz respeito às relações étnico-raciais. A partir de fundamentação teórica sobre raça, racismo e branquidade e das DCNs da Psiquiatria, analisam-se as respostas a um questionário difundido em formato on-line, estruturado com 14 perguntas com respostas fechadas e abertas, respondido por 83 profissionais médicos psiquiatras ou estudantes de psiquiatria. Os dados foram analisados por estatística descritiva em termos absolutos e relativos. Os resultados obtidos mostram que mesmo diante do atendimento a pessoas negras ao longo de sua formação e do documento oficial norteador para atenção ao impacto do racismo na saúde de pessoas negras, atender a essa camada populacional em um consultório psiquiátrico não implica a investigação do atravessamento do racismo em nenhum dos problemas que levam o paciente a um acompanhamento psiquiátrico. A análise aponta para o fato de que saber-fazer dos residentes e médicos psiquiatras analisados desconsidera a perspectiva étnico-racial para a produção do cuidado e da atenção às pessoas negras e desconsidera, também, a possibilidade de o racismo atuar como propulsor/desencadeador de doenças mentais. Pondera-se que isto seja reflexo de uma matriz curricular racista, ancorada na branquidade, que opera na manutenção da universalização das humanidades, mantendo o homem branco como figura de referência no ensino do cuidado em saúde e, ao agir desta forma, produz apagamento, silenciamento, exclusão e dor nas pessoas negras.

Palavras-chave: saúde da população negra; psiquiatria; branquidade; educação em saúde; racismo.

ABSTRACT

Self-perception of knowledge and teaching-learning practices in the training of a group of psychiatrists

This research investigates how academic curricula for Medical Residency in Psychiatry, as recommended by the National Medical Residency Commission (CNRM), address racial issues. The research examines the extent to which the practice of psychiatrists and psychiatry students align with the official curricula concerning the health and well-being of Black patients. Additionally, the study analyzed the tools and methodologies offered to these residents during the teaching and learning process regarding ethnic and racial relations. Informed by scholarly production about race, racism, and whiteness and the DCNs of Psychiatry, the study comprised the analysis of answers to an online questionnaire, structured with 14 close and open-ended questions and applied to 83 psychiatrists and students of psychiatry. The collected data was analyzed using descriptive statistics in absolute and relative terms. The results show that despite the official guidelines that identifies the impact of racism on mental health, psychiatrists in training often overlooked the intersection of racism with the problems that led patients to seek psychiatric care. The analysis also points to how residents and psychiatrists disregard ethnic and racial approaches to healthcare and to how racism can act as a trigger of mental disorders. The study concludes by suggesting that the omission of racism in healthcare practices reflects a curricular structure embedded in racist biases and rooted in the privileging of whiteness. By perpetuating the white patient as a universal paradigm in the teaching and learning process, this omission reproduces the erasure, silencing, exclusion and the suffering of Black patients.

Keywords: black population health; psychiatry; whiteness; health education; racism.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Turma de novos residentes do ano de 2022 em Psiquiatria da Santa Casa de São Paulo.....22

Figura 2 - Palestrantes médicos psiquiatras intitulados “grandes nomes da Psiquiatria” em anúncio para evento científico a ser realizado em Agosto/22.....22

Figura 3 - Turma de formandos em residência médica em Psiquiatria do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), do Governo do Ceará.....22

Figura 4 – Busca pela palavra “médico” no Google Imagens.....58

Figura 5 – Busca pela palavra “médica” no Google Imagens.....58

Figura 6 - Pergunta 1 – Como você se autodeclara?.....61

Figura 7 - Pergunta 2 - Qual a sua identificação de gênero?.....64

Figura 8 - Gráfico com a relação entre autodeclaração racial e identificação de gênero.....66

Figura 9 - Pergunta 3 – Qual a sua faixa etária?.....66

Figura 10 - Relação entre faixa etária e tempo de formado.....67

Figura 11 - Pergunta 4 - Em qual instituição de ensino você fez/faz a sua residência médica em Psiquiatria?.....68

Figura 12 – Pergunta 5 – Há quanto tempo está formado psiquiatra?.....69

Figura 13 – Pergunta 6 - Durante a sua residência você atende/ atendeu pessoas pardas/pretas?.....70

Figura 14 - Pergunta 7 – Como você foi ensinado a preencher a identificação étnico-racial do/a paciente nos protocolos/prontuários?.....70

Figura 15 - Pergunta 8 - Como você faz atualmente a identificação étnico-racial do/a paciente nos protocolos/prontuários?.....73

Figura 16 - Pergunta 9 - Durante a sua formação, havia discussões em sala de aula, reuniões clínicas, científicas, *journal club*, supervisão de atendimentos sobre aspectos que permeiam a construção da subjetividade negra?.....74

Figura 17 - Relação entre o tempo de formado e o estudo da subjetividade negra (pergunta 9).....75

Figura 18 – Pergunta 10 - As questões socioculturais envolvidas no diagnóstico da população negra foram estudadas ao longo de sua residência no que se refere a diagnóstico e tratamento?.....76

Figura 19 – Pergunta 11 - Como os principais fatores; os fatores de risco, diagnóstico diferencial e tratamento dos transtornos mentais foram ensinados a partir dos fatores socioculturais, econômicos, étnicos, sexuais, religioso-espirituais e familiares?.....77

Figura 20 – Pergunta 12 - Você se sente um profissional apto na compreensão dos fatores étnico-raciais que envolvem o atendimento de uma pessoa negra?.....78

Figura 21 - Relação entre autopercepção de aptidão e identificação étnico-racial.....79

Figura 22 – Relação entre as perguntas 10 x 11 x 12.....80

Figura 23 - Relação entre as perguntas 9 x 10 x 12.....80

Figura 24 – Pergunta 13 - Essa aptidão foi construída na residência médica em Psiquiatria?.....81

Figura 25 – Questão 5 x 12 x 13.....82

Figura 26 – Pergunta 5 x 12 x 13.....83

Figura 27 - Pergunta 14 - Caso não, onde buscou qualificar a sua aptidão para o atendimento dessa população?.....85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Autodeclaração de ingressantes em 2019.....34
Tabela 2 - Autodeclaração de alunos em escolas privadas em 2019.....35
Tabela 3 - Autodeclaração de ingressantes em escolas públicas em 2019.....35
Tabela 4 - Distribuição numérica dos artigos por categorização temática.....48
Tabela 5 - Artigos levantados sobre a área de Psiquiatria.....49

LISTA DE SIGLAS

AMB - Associação Médica Brasileira

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

CEFET/RJ - Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca

DMB - Demografia Médica no Brasil

DSM IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

HSM - Hospital de Saúde Mental

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SUS - Sistema Único de Saúde

UNIFESP - Universidade Federal do Estado de São Paulo

SUMÁRIO

Introdução 17
1 – A Medicina e as Questões Étnico-Raciais 27
1.1 A História da Medicina na Contemporaneidade Brasileira 28
1.2 Dados atuais da Medicina no Brasil 32
1.3 Comissão Nacional de Residência Médica 37
1.4 A residência em Psiquiatria 40
2 – Saúde mental da população negra no Brasil 46
3 – Branquidade 51
4 – Pregando botões – Análise de dados 61
O fim é só o começo 87
Referências 95
Anexos 102

Escolhendo linhas e agulhas

Meu corpo-espaço muda a geografia dos caminhos que percorre e é com esse pensamento e esse desejo que justifico ocupar um lugar no território acadêmico. Para que outras mulheres pretas possam aqui pisar, construir ciência, legados, pensares contranarrativos e que, cada vez mais, a hegemonia branca do saber científico seja rompida.

Pensar no processo que me trouxe a esse mestrado é também compreendê-lo como um dos resultados do primeiro ano da pandemia da Covid-19. 2020 foi um ano socialmente muito duro para a população negra, além da morte que assolou os nossos, o desemprego, a insuficiência alimentar, os casos de violência doméstica aumentados também foram marcadores que atravessaram as pessoas negras. Além do contato aumentado com as redes sociais e notícias trazendo, com acesso mais rápido e mais constante, os casos de racismo e morte por racismo, como foi com George Floyd[1], do menino João[2], ambos com desfecho de morte, entre tantos e tantos outros. A marca da violência e a dor emocional que ela provoca me atingiram e não só como cidadã, mulher negra, mas também como profissional da saúde.

O ano de 2020 foi um dos anos em que mais tive a procura pelo meu trabalho como psicóloga clínica por pessoas negras. Foi um ano em que a rede de profissionais negros da Psicologia se falava e se acessava constantemente em busca de novas vagas para novas pessoas em sofrimento psíquico, adoecidas diante de todo o cenário que estávamos vivendo. Fui procurada para dar consultoria sobre letramento racial para empresas e recebi um convite, talvez o que mais tenha me chamado à atenção, e tenha sido o disparador "cereja do bolo" das inquietações que me trouxeram aqui. O centro acadêmico, de uma grande universidade de São Paulo, me convidou para falar sobre racismo para todo o seu corpo discente, composto por cursos de graduação na área da Saúde, após um episódio de *black face* de um de seus professores, médico. O que me gerou mais incômodo, não foi o convite, mas a forma como ele chegou "para falar desse

---

[1] UOL. **Justiça para George Floyd:** como a morte de um homem negro nas mãos de um policial inspira a luta antirracista no mundo hoje. Disponível em: https://noticias.uol.com.br/reportagens-especiais/george-floyd-como-negro-morto-pela-policia-inspira-hoje-luta-antirracista/#cover. Acesso em: 12 fev. 2023.

[2] G1 Rio. **O que se sabe sobre a morte a tiros de João Pedro no Salgueiro, RJ**. G1 Rio de Janeiro. 20 mai. 2020. Disponível em: https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/20/o-que-se-sabe-sobre-a-morte-a-tiros-de-joao-pedro-no-salgueiro-rj.ghtml. Acesso em: 15 jan. 2023.

tema que tá aí, em alta” (sic). Ainda que não surpreendesse a atitude, algo tão vexatório me produziu inquietudes.

Como algo tão nocivo como o racismo poderia estar sendo compreendido dentro da universidade, que forma profissionais da saúde, como “assunto em alta”? Como tantos atravessamentos em nossos corpos pretos, que mudam o curso de compreensão e cuidado em saúde, poderiam estar sendo negligenciados na formação profissional? A palestra não aconteceu, ao perguntar sobre a remuneração ao meu trabalho, o convite foi retirado, no entanto, o incômodo, as inquietações sobre essas questões, continuaram em mim.

A partir do incômodo com essa situação, desse embrulho no estômago que a pandemia só exacerbou, passei a buscar informações sobre como as formações acadêmicas na área da Saúde olham para as questões raciais dos atendidos. Para minha surpresa, os artigos e as pesquisas estão majoritariamente discutindo estratégias para melhorar a assistência às pessoas negras, entretanto, pouco ou nada se fala sobre a melhora nas matrizes curriculares dessas formações. Em meu pensar, há um grande buraco: temos a Lei 10.639, que institui o ensino da história afro brasileira nas escolas, que, mesmo com todas as dificuldades de aplicação, começa a dar novas noções de pertencimento e legitimidade às crianças negras, provocando impactos positivos na construção de suas subjetividades e identidades. Na outra ponta, temos os cuidados na assistências, as discussões promovidas por associações e profissionais que ocupam a linha de frente e promovem reflexões em toda a equipe profissional para mudança de cognição social e consequente melhora no atendimento. Contudo, entre a infância e a atuação no mercado de trabalho, há uma grande lacuna: a formação acadêmica.

Refletir sobre como ela se dá, principalmente na área da Psiquiatria, que é o campo da ciência com maior abrangência de possibilidade de atuação, indo desde o diagnóstico aos tratamentos, sejam eles medicamentosos e/ou sejam terapêuticos, me parece de grande relevância para mudanças futuras. Promover discussões sobre as ausências de pautas raciais na formação médica são importantes, visto que esse país é formado por mais de 50% da população negra e cerca de 70% da população atendida no SUS é também negra. Ter médicos psiquiatras que compreendam as questões sociais e raciais para além dos sintomas descritos no DSM V é possibilitar cuidado mais adequado à população negra assistida em Saúde Mental.

Introdução

> “Esse ato de fala, de “erguer a voz”, não é um mero gesto de palavras vazias: é uma expressão de nossa transição de objeto para sujeito - a voz liberta”. (HOOKS,, B., 2019)

Anastácia, mulher preta escravizada, foi marcada na história por ter a sua boca calada com uma máscara de ferro, colocada por seu senhor. Anastácia não podia falar, não queriam ouvir o que Anastácia tinha a dizer (KILOMBA, 2019).

Pesquisar é uma forma de falar, de transformar incômodos em dados científicos, de promover reflexões, de gestar mudanças. É um desafio que se constrói como o aprendizado de uma costura. Sei aonde quero chegar e te convido a construir comigo esses pontos, esses alinhavados, ora frouxos, ora apertados, que darão nós e que formarão, ao final, uma peça bonita do que proponho discutir. Esse trabalho é inspirado pela força dos bordados de Bispo do Rosário[3], no discurso poderoso de Estamira[4] e no legado de todas as mulheres negras silenciadas e institucionalizadas ao longo de séculos de apagamento.

Há silêncio nos meios acadêmicos sobre a formação profissional de médicos psiquiatras. Há silêncio sobre a ausência de discussões acerca das questões raciais no contexto dessa formação e romper esse silêncio é o que proponho. Questionar a branquidade e a crença no modelo universal de homem, pontos aprendidos diante do sofrimento emocional das pessoas negras e nas patologias psiquiátricas, são os objetivos dessa pesquisa. O confronto desconfortável com a realidade diferente aprendida dentro da universidade, nas consideradas melhores do país, é a reflexão provocativa que aqui pretendo.

Em um país de maioria negra, vivemos sobre a estrutura do racismo e as suas violências físicas e psíquicas contra nossa existência, além do apagamento de nossa história. A compreensão desse sistema racista, que sinaliza os lugares de sofrimento e do privilégio, no qual uns sofrem e outros gozam, lógica já conhecida em que sabemos que negros sofrem e brancos aproveitam os privilégios da branquidade. Esta ordenação,

---

[3] Arthur Bispo do Rosário, homem negro, sergipano, artista plástico, que recebeu o diagnóstico de esquizofrenia e foi asilado em diversas instituições psiquiátricas. Contemporâneo aos debates sobre o pensamento eugênico, subverte a ordem posta através de sua genialidade e propõe, com sua obra a ressignificação do Universo.

[4] Estamira Gomes de Souza, mulher, preta, moradora de um aterro sanitário na cidade do Rio de Janeiro, que protagonizou um documentário que leva o seu nome. Ao longo das gravações, explanava sobre questões filosóficas sobre a vida, sobre si e a sociedade.

para além de construir no branco o autoconceito e autoestima valorizados, cria também e, em paralelo, ideias de desvalorização das pessoas negras em um imaginário potentemente negativo sobre as suas existências, responsabilizando a pessoa negra por todo o sofrimento oriundo do racismo, justificando assim, as desigualdades sociais (BENTO, 2022).

Dessa forma, o racista tem a convicção de que todo o mal está fora de si e precisa ser eliminado. Sendo assim, fundamental nesta discussão, a branquidade como um instrumento operacionalizador das e nas estratégias políticas e educacionais.

O social e a saúde se atravessam e o sofrimento psíquico é um problema político, não sendo possível dissociar esses conceitos. É na intersecção entre branquidade, racismo, saúde mental e formação profissional médica psiquiátrica que se dá o tensionamento aqui proposto.

A construção do uso do termo raça, de acordo com Munanga (2003), tem origem no latim *rattio* e significa categoria, espécie, sorte e foi trazida da Botânica e da Zoologia (Ciências Naturais) na categorização de espécies animais e vegetais. No século XVII, especificamente em 1684, um médico francês, François Bernier, propõe o uso do termo para cunhar a diversidade humana, usando aspectos físicos como diferenciador das raças e, entre, a cor da pele como o critério fundamental nessa classificação.

É na França do século XVII que o termo passa a conduzir as relações sociais, definindo-as em classes por meio da raça. O conceito passou a ser utilizado para ratificar as relações de poder e dominação entre a nobreza e a plebe francesas. (MUNANGA, 2003).

Em meados do século XVI, ganha força por meio do movimento Iluminista, que transforma o homem europeu no símbolo de universalidade e é quando o homem passa a ser a figura central dos estudos e o objeto do conhecimento.

Pelos conceitos construídos no Iluminismo, o homem passou a ser observado em diversos campos, como o biológico, o econômico, o psicológico e o linguístico. Estas análises justificariam mais tarde as categorizações dos homens pelas suas características físicas e culturais, separando-os em civilizados e primitivos.

Esta lógica, que o colonialismo europeu utilizou para submissão e destruição de populações em todos os continentes em que esteve, foi usada como umas das tecnologias mais irremovíveis da sociedade moderna. Escritos europeus de meados do século XVIII relatam os homens das sociedades invadidas como irracionais, bestiais, envoltos em ferocidade e superstição, associando seus comportamentos e suas características físicas a animais, sinalizando o processo de desumanização já desde

esse período. Já no século XIX, o determinismo biológico chega para explicar que as diferenças físicas, culturais e comportamentais podiam estar associadas às condições climáticas e ambientais, portanto, os homens dos trópicos eram de raça distinta aos europeus e a sua pele não branca e o clima seriam então responsáveis pelos comportamentos violentos, sexualmente imorais, e pouco inteligentes. Arthur de Gobineau, entre outros, recomendava evitar a mistura das raças, pois, do fruto dela, nasciam os degenerados, aqueles capazes de reproduzir toda a imoralidade, pensamento hoje reconhecido como racismo científico (SCHWARCZ, 1993).

Essa inferioridade racial dos povos colonizados, fadados ao subdesenvolvimento e desorganização, é que justificaria o comportamento civilizador do europeu e, portanto, a normalização de todas as práticas racistas e o genocídio dos grupos considerados minorias.

Posto isso, a noção de raça passou a ser um fator político importante, gerador de tensões e conflitos. Em uma sociedade marcada pela formação escravocrata, justificada pelos constructos científicos iniciados no século XVI, a consequência das práticas discriminatórias ao longo dos séculos levou à estratificação social de forma intergeracional, ou seja, todo o percurso de vida de membros de um mesmo grupo social ou de uma mesma família foi afetado em sua possibilidade de sustento, de ascensão, de reconhecimentos materiais, de reconhecimentos e bens simbólicos, de pertencimento e de uso de espaços. Além das consequências intangíveis marcadas na construção da subjetividade do indivíduo negro (FANON, 2008; ALMEIDA, 2019; OLIVEIRA, 2020; SOUZA, 2021).

A Medicina e, em especial, a Psiquiatria, foram, ao final dos séculos XIX e início do século XX, instrumentos de discursos de saberes científicos, de práticas de poder e responsáveis por construir o juízo sobre os sujeitos, tendo a cor da pele o principal critério utilizado nessa forja. Isso tudo em meio a discussões das Ciências Biológicas e com a presença do racismo científico preconizado pelas teorias da Frenologia e Antropometria, que eram o estudo das variedades do cérebro humano. Tais teorias interpretavam a capacidade humana a partir do tamanho e da proporção do cérebro em distintos povos. Assim sendo, a noção de raça, como construção social, foi sendo aparelhada e utilizada pela Psiquiatria (SOARES, 2017).

Em um século em que as colônias europeias já existiam e a mestiçagem era uma realidade, há a ideia de degeneração social pelo cruzamento entre raças, o negro já era considerado uma raça inferior e, portanto, o mestiço só herdava as piores características no “cruzamento” (SCHWARCZ, 1993).

No final do século XIX e início do século XX, o período escravagista já tinha se encerrado e os debates que circulavam na intelectualidade brasileira estavam centrados no conceito de país, tal quais as questões sobre o que se fazer com os negros e seus descendentes que se entendia como atraso para o país. Nesses debates, as teorias raciais atravessavam essas discussões, inclusive no conceito de cientificidade.

Assim sendo, os homens brancos, usando a branquitude e seu discurso distorcido da realidade, que os coloca em lugar de superioridade intelectual, amparados pelo racismo científico, estavam aptos a decidir a vida pública, o governo, o que era considerado doença, quem deveria estar preso ou ser eliminado da população para não deteriorar essa a nação a ser construída. Foi também a partir desse pensamento, que determina o homem negro como inferior, que se estruturou a medicina legal, explicando a criminalidade e determinando a loucura (GOES, 2016; SOARES, 2017; SANTOS, SILVA, 2018).

A Medicina Social e a Psiquiatria eram parte das engrenagens de poder e as primeiras instituições psiquiátricas surgiram também como estratégia de controle dos indivíduos considerados desviantes do ideal de civilização (pessoas LGBTQIPA+, mulheres com qualquer comportamento considerado impróprio ou entregues por seus maridos e, evidentemente, pessoas negras).

Foi somente em 1946 que o conceito de saúde e saúde mental foram alterados, até então eram influenciados pelos contextos sociopolíticos e pelas práticas em saúde em desenvolvimento, vinculados especificamente ao campo da Medicina. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”. As noções de aspectos físico, mental e social foram incluídas, abandonando a abordagem higienista e trazendo a saúde como produção social. Apesar disso, apenas em 1986, após discussões na 8ª. Conferência Nacional de Saúde, que o conceito de saúde no Brasil começou a ser entendido de forma mais complexa fazendo uso dos princípios de equidade, integralidade e universalidade. Hoje, o termo saúde mental teve sua definição complementada pela OMS como "um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade". Nesse conceito, há a prevalência do saber psiquiátrico que o compreende em oposição à loucura (GAINO et al, 2018).

Dentro desse contexto histórico, pautado em informações, em dados pressupostos, em obras literárias, em jornais, em livros e em educação formal que se

constrói um legado com duas faces. Uma delas é formada pela construção da imagem e da subjetividade da população negra como inferiorizada, incapaz, subalternizada, com suas histórias de resistência e de protagonismo apagadas. A outra, formada pelas pessoas brancas, com subjetividades atravessadas pelos constructos de pureza, razão, capacidade, poder, beleza e modelo universal de humanidade (FANON, 2008), (VEIGA, 2019), (BENTO, 2022).

Diante desse cenário de dualidades de construção de conhecimento, imagem e subjetividades, em 2003, depois de muita luta do Movimento Negro, é outorgada, como ação de reparação, a lei que obriga o ensino da história afro-brasileira no ensino básico. É recente e é sabida a luta de educadores para que ela se coloque em prática no cotidiano do ensino, para que, assim, a história contada tenha outras perspectivas, além da já conhecida e branca e a imagem do negro (e de todos os povos originários) possa ser alterada. Se, dentro das escolas de educação básica, esse caminho é árduo e distante de ser concretizado com sucesso, dentro das universidades, majoritariamente brancas, ainda há muitos passos a serem construídos. Quando penso na graduação e residência em qualquer área da Medicina, esse sucesso parece estar ainda a mais passos de distância. As fotos e os fatos abaixo nos mostram o quanto a área da saúde, quando sai dos cargos de auxiliares e técnicos, é branca, de profissionais, professores e cargos de gestão.



Figura 1 - Turma de novos residentes do ano de 2022 em Psiquiatria da Santa Casa de São Paulo
Fonte: FCM/Santa Casa, 2020



Figura 2 - Palestrantes médicos psiquiatras intitulados “grandes nomes da Psiquiatria” em anúncio para evento científico realizado em Agosto/22
Fonte: Tupi FM, 2022.



Figura 3 - Turma de formandos em residência médica em Psiquiatria do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), do Governo do Ceará
Fonte: Braga, 2020

As fotos explicam por si só, em todos esses espaços de formação e atuação profissional, majoritariamente as pessoas são brancas, o que chega a ser constrangedor em um país cuja população é majoritariamente negra.

Entre as histórias de resistência e luta, o Movimento Negro é referência no combate ao racismo e na luta pela garantia dos direitos da população negra do Brasil. É recente a escuta de alguns dos profissionais da saúde mental aos temas que atravessam a integralidade das pessoas negras. Foi somente com ações afirmativas que corpos pretos passaram a compor as salas de aula, os centros de pesquisa e ocupar mais lugares de poder. Essa ocupação resulta na possibilidade da construção de questionamentos e novos olhares para a ciência, até agora eurocêntrica e majoritariamente branca.

Ao se associar os fatos históricos sobre a construção da medicina na contemporaneidade, a forma como as pessoas negras foram e são tratadas e tiveram as suas subjetividades subalternizadas, atacadas e violadas desde que aqui chegaram escravizadas, o apagamento das nossas histórias e os dados em saúde mental no país, estudar como a branquidade (tema que passará mais adiante por alinhavados e pontos) atravessa e forma os profissionais responsáveis pelo cuidado e promoção do bem viver emocional é fundamental.

O que poderia a negra dizer que obrigaria o sujeito branco a ouvir? Que incômodo tanto provoca no sujeito branco a fala da pessoa negra? Grada Kilomba levanta essa provocação em seu livro “Memórias da Plantação” e eu sigo seu caminho nessa provocação à branquidade dentro da formação de médicos psiquiatras.

Objetivos

Essa pesquisa investiga a auto percepção acerca do ensino aprendizagem na formação de profissionais médicos psiquiatras e residentes em Psiquiatria e tem por objetivo geral problematizar se e como o currículo acadêmico abordou as questões raciais e quais os reflexos dessa qualificação na autopercepção da aptidão à assistência à saúde da população negra.

Os objetivos específicos desse trabalho são abaixo apresentados

1- Verificar o conteúdo da discussão envolvendo questões raciais e se elas se alteraram ao longo do tempo nas matrizes pedagógicas propostas pela CNRM;

2- Identificar o *lócus* de contato com as questões raciais nas matrizes pedagógicas e na autopercepção dos residentes e psiquiatras;
3- Avaliar se as questões de raça/classe são identificadas e consideradas no diagnóstico e tratamento dos/as pacientes negros/as;

Metodologia

É comum e esperado que, ao longo do processo de mestrado, o projeto de pesquisa se modifique e até se transforme e, nessa pesquisa, não foi diferente. O percurso foi se alterando ao longo do tempo conforme os desafios encontrados no caminho. Em meu projeto inicial, o desejo era avaliar as residências médicas com atendimento SUS do eixo Rio-São Paulo, fazendo comparativo entre os seus programas, suas avaliações e seus conteúdos apresentados e a percepção dos seus residentes e formados quanto a esses conteúdos, no que se refere ao aprendizado das questões étnico-raciais e seus atravessamentos e impactos no atendimento da população negra. Em virtude do tempo disponível para a pesquisa de mestrado, entendi que seria mais cabível e adequado escolher um dos centros, a decisão foi pelas instituições da cidade de São Paulo, por ser minha cidade de origem e onde possuo maiores contatos.

O primeiro desafio encontrado, foi a dificuldade de acesso às informações acerca dos conteúdos programáticos dos programas de residência médica de duas das maiores universidades de SP, que somam a maior quantidade de residentes e formados da cidade de São Paulo. Sendo assim, o foco tornou-se a autopercepção de residentes e médicos psiquiatras a respeito de sua formação no que tange as questões étnico-raciais, perguntando desde a identificação racial do paciente ao aprendizado das questões que atravessam as subjetividades negras dos atendidos.

Para essa avaliação, a escolha foi pela aplicação de questionário (ANEXO III) utilizando a Plataforma Google Forms. O link para o questionário foi enviado por e-mail e WhatsApp para os meus contatos pessoais da área da saúde mental, a fim de encaminharem aos seus colegas e/ou alunos residentes e/ou psiquiatras.

De acordo com Chagas (2010), não existe um modelo padrão a ser seguido sobre a elaboração de questionários, no entanto deve ser seguida uma ordem lógica que inicia com perguntas simples e avança para as complexas, delineando a temática proposta e convidando o entrevistado a ativar a sua memória e tornando-o sujeito interessado em participar da pesquisa (GOOD, H.; HATT, P., 1977).

Para esta pesquisa, elaboramos o questionário com 14 questões, sendo cinco questões abertas e nove de múltipla escolha. As perguntas foram construídas a partir dos constructos das matrizes curriculares, a que ficou vigente até o final e 2021 e a que passou a ser implementada a partir de 2022, de forma a levar o respondente a inicialmente avaliar o que foi aprendido em sua formação e, em seguida, avaliar a sua prática.

Para responder o questionário, fizemos a escolha pela não identificação dos sujeitos respondentes, pois a temática das relações raciais gera diversos tensionamentos. De acordo com pesquisa do Poder Data, realizada em 2021, 79% das pessoas acreditam que existe racismo no Brasil, entretanto somente 39% dos respondentes admitem ter preconceitos contra pessoas negras, em oposição a 53% que negam sentir preconceito. Pelos temas das perguntas se tratarem das questões raciais e a forma de aprendizado e de manejo desses aspectos dentro dos espaços de aprendizagem e consultórios e compreendendo que isso pode gerar incômodos e dificuldade em falar do seu preconceito e assumir as suas práticas não refletidas diante da questão, entendemos que não se identificar facilitaria a construção de respostas mais livres, sem alteração do comportamento alvo, sendo assim essa uma pesquisa encoberta. Os resultados serão apresentados nessa dissertação e posteriores escritos, mantendo o compromisso com a confidencialidade de quaisquer informações que possam identificar os respondentes ou as universidades e instituições de ensino identificadas nas respostas.

A respeito da ferramenta escolhida, a que melhor possibilitaria o alcance de maior quantidade de respondentes, que permitiria o sigilo da identidade dos mesmos e manteria o distanciamento físico, visto que essa pesquisa foi conduzida em meio à pandemia mundial da Covid-19 foi o Google Forms.

A Google é uma empresa bastante conhecida e utilizada em nosso dia a dia, com seus pouco mais de 20 anos de existência, já é a maior ferramenta de busca utilizada no mundo todo. Seus serviços se atualizam conforme as necessidades dos usuários e criam ferramentas que proporcionam negócios e serviços on-line. São diversas as ferramentas criadas pela empresa, que atendem desde a área de comunicação à de publicidade e pesquisa. Uma dessas ferramentas é o Google Drive, que é integrado ao Gmail e, dentro dele, diversos aplicativos, sendo um deles o Google Forms (MOTA, 2019).

De acesso gratuito, o Google Forms pode criar formulários por uma planilha no Google Drive, tendo como vantagens a possibilidade de ser acessado de qualquer lugar,

apresentar praticidade na coleta de dados, pois o autor da pesquisa envia o questionário via e-mail ou por link e ter os resultados organizados através de gráficos e planilhas, o que facilita a análise dos dados e ser econômico. Os dados são acessados somente pelo autor do questionário, para acesso de outro usuário, o autor precisa criar permissão. Dentro dessas permissões, é possível impedir que os colaboradores alterem ou compartilhem os dados (MOTA, 2019).

Como riscos a essa pesquisa, pelo envio ser feito via e-mail e link, o recurso fica suscetível a ser acessado por usuários fora do perfil em questão e com comportamento maldoso, o que pode comprometer a confiabilidade dos dados coletados (MOTA, 2019).

Obtivemos 84 respostas, de diferentes centros de formação em residência médica em Psiquiatria no país e um fora dele. O link ficou disponível para ser respondido entre os dias 15 de janeiro e 15 de fevereiro de 2022.

Os dados coletados ficam disponíveis em uma tabela de Excel, com as informações de data e hora da resposta, bem como a resposta de cada questão em distintas colunas. A análise dos dados se deu pelas descrições estatísticas apresentadas pela própria plataforma, que gera gráficos com as porcentagens obtidas para cada resposta de pergunta fechada. A tabela de Excel permitiu a construção de outras tabelas a fim de fazer o cruzamento de informações relevantes nas análises dessa pesquisa (ANDRES et al.; 2020). Já as perguntas abertas tiveram suas respostas organizadas por agrupamento.

Focamos em uma abordagem quantitativa, pois trabalharemos na intenção de quantificar os perfis obtidos no questionário e de buscar subsídios que nos indiquem como é percebido, por eles o aprendizado das questões raciais e quais as fontes de busca desse saber.

1– A Medicina e as questões Étnico-Raciais

Depois da introdução que nos coloca diante do tecido, das linhas escolhidas e do molde que utilizaremos, este capítulo pretende fazer os primeiros alinhavados dessa costura. Nesta parte, que inicia com a revisão de literatura, pretendo ir juntando, nesses primeiros pontos, as minhas inquietudes com aquilo que a academia já produziu. Esses pontos serão dados buscando retomar a história, entender de onde partimos como mundo colonizado, recebendo as influências do pensamento europeu sobre o que é ser humano na construção da ciência, do que hoje chamamos de “medicina” e “psiquiatria”, até chegarmos à contemporaneidade, em descrições atuais de como está a saúde mental da população negra, assim como a Medicina e Psiquiatria.

A história ocidental foi marcada pelo período das grandes navegações e as reflexões e debates advindos da percepção da diferença entre os homens “descobertos” nas terras desconhecidas. A descrição presente nos arquivos de viagens era de que esses homens tinham costumes e natureza estranha e diversa.

No século XVIII, esses homens passaram a ser considerados primitivos, a partir do conceito-chave da teoria humanista de Rousseau de que a humanidade estava reduzida a uma espécie e a uma única evolução. Rousseau se dedicou a compreender e entender esse homem idílico que era tão diferente da experiência ocidental do homem. No entanto, somente a partir da segunda metade do século, com maior tempo de “colonização” desses territórios, é que pensamentos de inferioridade passaram a se fazer presentes (SCHWARCZ, 1993).

O pensamento corrente no século XVIII, produzido principalmente por dois pensadores franceses, Buffon e De Pauw, passou a ser de que as Américas eram degeneradas e infantis, marcando a América como um território carente, cuja carência era determinada pelo pequeno porte dos animais, pela ausência de pelos nos homens, pela abundância de insetos e répteis (SCHWARCZ, 1993).

Houve tensionamento entre as correntes de pensamento vigentes. De um lado Rousseau, proveniente da Revolução Francesa, que naturalizou a igualdade humana. Do outro, os primeiros passos de uma corrente que acreditava nas diferenças entre os homens. As teorias divergiam entre os autores que tinham uma visão monogenista, acreditando, a partir do dogma da igreja, na humanidade una e nos homens, que iam do mais perfeito ao menos perfeito, de acordo com a sua aproximação com o Éden (QUATREFAGE, 1857 apud SCHWARCZ, 1993) aos pensadores da corrente

poligenista, com posicionamento divergente, acreditando na existência de múltiplos centros de criação do homem.

No século XIX, a partir desse conceito de poligenia, as teorias da Frenologia e Antropometria surgiram. Objetivando o estudo das variedades do cérebro humano, essas teorias interpretavam a capacidade humana a partir do tamanho e da proporção do cérebro em distintos povos.

No entanto, é em 1859, com a publicação de “A origem das espécies” que essas disputas diminuem e Charles Darwin, com a sua teoria evolucionista, torna-se referência obrigatória. Seus pressupostos para a análise do comportamento humano passaram a ser utilizados em diversas áreas do saber, como a Antropologia, a Sociologia, a História, a Psicologia e a Linguagem.

As teorias sociais da época se utilizavam do conceito de “seleção natural” para pensar a mestiçagem, que era uma nova realidade presente nas “colônias”. Havia ainda algumas divergências entre os monogenistas e os poligenistas quando somavam as suas teorias à teoria darwinista. Entretanto, o que se nota é que, em ambas, há a ideia de degeneração social pelo cruzamento entre raças. Broca citado por Schwarcz (1993) defendeu comparando o mestiço à mula, como infértil e Gobineau e Le Bon afirmaram que o mestiço é extremamente fértil e que, do cruzamento, só se herdavam as piores características e, portanto, esse fenômeno deveria ser evitado.

Foram esses pensamentos nascidos na Europa que categorizavam os homens em raças e outorgavam o conceito de eugenia que se fizeram presentes na construção da identidade nacional, na forma como as relações sociais entre negros e não negros se estabeleceu (SCHWARCZ, 1993).

A ideologia e as políticas de branqueamento presentes na construção da identidade nacional foram completamente baseadas em uma herança branca e europeia, tendo negado todo e qualquer possibilidade de pensamentos de uma construção concorrente também fundamentada na herança negra de origem africana. (MUNANGA, 2019; PANTA, PALLISER, 2017; SANTOS, SILVA, 2018).

1.1 A História da Medicina na Contemporaneidade Brasileira

Quando falamos dos saberes médicos, sabe-se que a fundação da Sociedade de Medicina no Brasil se deu em 1829, ao molde da escola francesa. Em 1832, foi, por um projeto que transformou as academias médico-cirúrgicas em faculdades ou escolas de medicina, que o título de médico, parteiro ou farmacêutico passou a ser concedido,

tirando então essa função das mãos de barbeiros e sangradores, que eram os responsáveis pela prática de assistência até então. A estrutura das faculdades e os critérios para adentrá-la, como conhecimentos em latim, francês, lógica, aritmética e geometria, foi alterando o perfil socioeconômico dos alunos, sugerindo uma inacessibilidade a determinados grupos sociais a esse curso (SANTOS; SILVA, 2018)

Apesar das dificuldades iniciais nas faculdades de Medicina, com ausência de verbas, livros e outros fatores, foi na década de 1870 que as produções acadêmicas passaram a se consolidar e os grupos de interesses comuns a se formar. É a partir dessa época que a medicina passa a operar por meio de suas próprias leis, suas lógicas e a participar ativamente das estruturas de poder, colocando em prática na sociedade o seu olhar para as pessoas não brancas como animalizadas, iniciando assim as estratégias de dizimação dessa população através dos processos de apagamento, de exclusão e de aprisionamento.

Escolas importantes como a da Bahia e do Rio de Janeiro tiveram contribuições significativas no processo de eugenia. No Rio de Janeiro, as epidemias de febre amarela, principalmente, deram espaço aos médicos e às políticas higienistas, sabidamente, racistas. Já na escola da Bahia, os estudos estavam centrados na medicina legal e seu olhar voltado para o criminoso e, somente na década de 1920, o foco passou a ser as doenças mentais.

Ao olharmos para a escola de medicina na Bahia, um dos grandes representantes da corrente de pensamento da medicina legal foi Nina Rodrigues. Baseado nos princípios da Antropometria e da Craniotomia, a consolidação da prática das perícias teve crescente influência da medicina no campo do direito. Tendo como objetivo o estudo do criminoso, havia uma corrente, liderada por Nina, que creditou que o indivíduo era consequência de sua genética e de seu meio, sendo, portanto, o negro, inferior biologicamente e incapaz de ser conduzido como cidadão. Esse “saber médico” contribuiu para os diferentes acessos a direitos, à cidadania e às políticas sociais, determinando quem ficava preso ou solto diante de determinadas situações. A medicina, como parte das engrenagens do poder do século XIX, passa a exercer estratégias de controle dos indivíduos considerados desviantes do ideal eugênico, pelo surgimento das primeiras instituições psiquiátricas (SCHWARCZ,1993; MAIO, 1995).

O nome de Juliano Moreira é o primeiro a aparecer na contranarrativa das práticas eugênicas e higienistas, combatendo o racismo científico. Homem negro, médico, oriundo de uma família pobre e muito à frente de seu tempo, aliou-se às práticas de modernização da psiquiatria, filiando-se à escola psicopatológica alemã, participou

de inúmeras conferências e congressos, estudou a psicanálise e acreditava que Psiquiatria estava na profilaxia e na promoção da higiene mental. Suas ideias foram colocadas em prática quando em 1903 assumiu a direção do Hospício Nacional Dom Pedro 2°, no Rio de Janeiro, onde adotou práticas e políticas de atendimento humanizadas, inovadoras para a época, como a retirada das grades das janelas, do uso da camisa de força, a separação de crianças e adultos em alas distintas (ODA; DALGALARRONDO, 2000).

Ao mesmo tempo que na França, na Alemanha e outros países da Europa, a Psiquiatria se institui como campo do saber da Medicina, especialmente em relação às doenças mentais, no Brasil, que tinha a sua capital no Rio de Janeiro, sob os cuidados do Império, apresentava as primeiras discussões sobre saúde pública.

Os cuidados com os enfermos, abrangendo as doenças clínicas e mentais, eram realizados pelas Santa Casas de Misericórdia, que tinham um caráter filantrópico e de acolhimento nas esferas de saúde e espiritual até o início do século XIX. Com as mudanças econômicas e sociais advindas da diminuição do uso de mão de obra escravizada, que, após a abolição, foi abandonada à própria sorte, o Estado passou a se preocupar com a situação dos chamados alienados que vagavam nas ruas, sofriam maus-tratos e ausência de tratamento médico nas enfermarias da Santa Casa. Esta situação impulsionou as correntes médicas que compunham as esferas de poder e fez com que elas reivindicassem um espaço para tratamento adequado a estes pacientes, ou para que deixassem de ser vistos na rua, poluindo visualmente as cidades (GONÇALVES, 2009; BARREIRA, PERES, 2009).

As doenças mentais, que eram chamadas de loucura e compreendidas a partir do modelo alienista francês, passaram a ser vistas como um problema da Saúde Pública. A diminuição do número de escravizados e a busca sem sucesso por trabalho nas cidades portuárias, fez, segundo o olhar burguês, com que as ruas da capital Rio de Janeiro passassem a ser vistas como inseguras, transitadas por uma quantidade crescente de indigentes que deixavam a elite da sociedade amedrontada, justificando o tratamento pelo isolamento, isto, pela institucionalização (SOARES, 2008).

No fim do ano de 1852, a partir de um decreto, é inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico no Brasil nomeado de Hospício Pedro II. Em seguida, inicia-se uma sucessiva abertura de hospícios pelas principais cidades do Reinado como São Paulo, Pernambuco, Bahia, entre outras.

Tanto os médicos como o provedor, responsável também pelos assuntos administrativos, defendiam que o hospício deveria tratar somente pessoas acometidas

de doenças mentais. Em contrapartida algumas famílias e senhores de escravos entendiam que o hospício deveria ser um espaço de depósito de pessoas que incomodavam, mulheres e aqueles que a sociedade não desejava circulando, que, por sua vez, eram tratados como indigentes (GONÇALVES; EDLER, 2009).

O médico Nina Rodrigues também se destacou no meio psiquiátrico, e, entre seus estudos, um deles chamava atenção por tratar das manifestações religiosas de possessão praticadas nos cultos africanos. Este estudioso afirmava que os estados alcançados pela possessão eram sugestionados e teceu crítica aos responsáveis por estes cultos por estimularem quadros psicopatológicos latentes. Isso também era reforçado pelos médicos europeus na final do século XIX. Assim as práticas espirituais negras, nessas concepções, eram prejudiciais e desencadeantes da loucura (ALMEIDA et al, 2007; PESSOTTI, 1996).

No final da década de 1920, um novo momento da Psiquiatria no Brasil é instaurado. Há uma franca ampliação dos manicômios e uma vinculação entre a psiquiatria brasileira e a alemã, que busca explicar além da origem das doenças mentais a sua etiologia, considerando os aspectos éticos, étnicos e os eventos sociais.

Amarante (1998, p.79) descreve que, em 1923, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, que cedia à psiquiatria o controle majoritário das intervenções sociais, trazendo ao tratamento dos transtornos mentais características de racismo e xenofobia. Nos anos 30, eram utilizados como tratamento os choques insulínico, cardiazólico, eletroconvulsoterapia e lobotomia.

No ano de 1930, além dos estudos na área médica sobre estes fenômenos, os cultos religiosos de matriz africana também passaram a ser condenados na sociedade. Somente na segunda metade do século XX, os fenômenos espirituais e mediúnicos foram considerados pela psiquiatria como parte do universo cultural da sociedade, mesmo não sendo praticados por toda a sociedade, tanto os rituais afro-brasileiros como no Kardecismo já eram práticas religiosas consolidadas por seus praticantes (ALMEIDA et al 2007).

Já na década de 50, o tratamento passou a ser feito com os recém-lançados neurolépticos. Estes fármacos deram à psiquiatria uma ideia de tornar a internação nos manicômios “mais tolerável e os enfermos mais dóceis”.

Ao final da Segunda Guerra Mundial, surgem isoladas tentativas de reformas psiquiátricas. Todavia, mantendo o modelo institucionalizado, o tratamento aos transtornos mentais deixa de ser papel somente do Estado e passa a ser realizado

também por clínicas particulares, tornando o tratamento psiquiátrico um empreendimento lucrativo.

Na década de 70, o modelo da Psiquiatria Clássica é questionado e rompimento passa a ser discutido, reorganizando o olhar não apenas na doença, mas também no indivíduo, pretendendo um cuidado descentralizado da medicina no qual o paciente é participante desde o planejamento de seu tratamento.

Em 1987, o movimento dos trabalhadores de saúde mental lança o tema “por uma sociedade sem manicômios”, estimulando o debate sobre a loucura e os manicômios. Três anos mais tarde, é realizada a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, em que é assinada a Declaração de Caracas. Neste momento, o Brasil se compromete a fomentar a reestruturação do modelo de assistência psiquiátrica, proporcionando aos usuários dos serviços de manicômios um tratamento mais digno, com a preservação dos direitos civis promovendo um marco histórico na área de saúde mental (BERLINCK et al, 2008; AMARANTE, 1998; HIRDES, 2009; NICACIO, 2010).

Assim, inicia-se o trabalho de desinstitucionalização com a desativação dos hospitais psiquiátricos. Frente a um número significativo de indivíduos acometidos de transtornos mentais graves, como, por exemplo, a esquizofrenia, começaram a ser pensadas alternativas de tratamentos. Neste contexto, instituíram-se os serviços como Hospitais-Dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, oficinas e residências terapêuticas. É relevante destacar que todos esses recursos de tratamento passaram a priorizar o convívio destes indivíduos com a sociedade e suas famílias (HIRDES, 2009; BERLINCK et al, 2008).

1.2 Dados atuais da Medicina no Brasil

Quando pensamos no recorte atual da área médica no Brasil, é salutar compreender a fotografia demográfica quanto aos números absolutos e seus recortes étnico-raciais e sociais. Pensar em uma medicina que compreenda as questões da subjetividade negra também se faz com mais pessoas negras ocupando os espaços médicos, sejam eles na assistência ou sejam na gestão, pois, dessa maneira, a possibilidade de se questionar o sujeito específico que se pretende universal passa a ser mais presente.

As informações demográficas sobre a área médica são levantadas pela Demografia Médica do Brasil. Iniciada em 2011 pelo Departamento de Medicina

Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo tem por objetivo estudar de forma quantitativa e qualitativa as informações sobre a população de médicos, sua evolução, tamanho, densidade, fazendo as projeções sobre a necessidade de novos médicos e suas implicações para o SUS.

Esse documento teve a sua última versão lançada em fevereiro do ano de 2023, por uma parceria entre a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, conduzida especificamente pelo Departamento de Medicina Preventiva, com a Associação Médica Brasileira (AMB), contando ainda com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde. Em sua versão anterior, lançada em 2020, foi o Conselho Federal de Medicina que participou com a mesma faculdade, de sua confecção. Iniciada em 2011 pelo Departamento de Medicina Preventiva, tem nessa a sua sexta edição. As edições anteriores datam de 2020, 2016 e 2013. De acordo com a DMB de 2023, os dados foram obtidos pelas informações de entidades de profissionais, do governo e de registro produzidos durantes as formações e de trabalho, contando também com os dados anonimizados dos associados a AMB.

De acordo com o último levantamento, o número de indivíduos médicos no Brasil em janeiro de 2023 era de 562.226. Esse número dobrou em pouco mais de vinte anos, pois, nos anos 2000, eram 219.896. Nesse mesmo período, a população cresceu 27% (de acordo com o IBGE). Atribui-se esse crescimento ao aumento da oferta de vagas ao curso de Medicina desde 2010, tanto na abertura do curso em instituições privadas quanto a abertura de novas vagas nas instituições públicas. Entretanto, o número de ofertas em instituições públicas no período teve um aumento de 64%, enquanto nas escolas médicas privadas foi de 358%. Esse aumento das ofertas privadas nas escolas de medicina teve seu crescimento mais acentuado a partir de 2013 e, no ano de 2022, as escolas privadas detinham quase 77% da oferta de novas vagas.

A evolução dos números de médicos é medida pela relação de três variáveis; a taxa de crescimento do número de médico, a taxa de crescimento geral da população e a razão médico por 1000 habitantes. Usando essa conta, em 2010, a média brasileira de médicos a cada 1000 habitantes era de 1,63 (eram 310,8 mil médicos) e, em 2023, essa razão sobe para 2,6 a cada mil. Esse número se difere entre as regiões do país, (utilizando aqui o corte temporal de junho de 2022, quando a soma era de 514.215 indivíduos médicos), sendo o Sudeste a que apresenta a maior relação, de 3,39 e a região Norte com a menor, de 1,45 médicos por mil habitantes, dos 27 estados, 11 estão acima da média nacional e 16 abaixo. Mesmo utilizando outros critérios como análise,

percebe-se que as capitais e regiões metropolitanas ainda concentram a maior parte dos profissionais.

Segundo a DMB de 2023,

> “o estudante de medicina no Brasil é majoritariamente branco, do gênero feminino, com idade entre 19 e 24 anos, faz a graduação em instituições privadas e cursou o ensino médio também em escolas particulares”.

Esse cenário vem se alterando na última década quando falamos do perfil de alunos que ingressam os curso de Medicina. Uma das mudanças que podemos pensar que tenha relação com as políticas afirmativas é a média de idade de ingresso, que, em 2010, era de 21,3 anos e, em 2019, passou a 21,5 anos, aumentando, inclusive, no mesmo período os ingressantes entre as faixas de 30 a 34 anos e de 35 anos ou mais. Outro fator que também chama a atenção para as ações afirmativas é o aumento de 9,9% para 12,1% dos alunos ingressantes em escolas públicas no comparativo 2010 e 2019 em relação às escolas privadas que teve um decréscimo de 2,2% de ingressantes no mesmo período.

Acerca da reserva de vagas, que correspondem às vagas destinadas a todos os programas ou políticas afirmativas, conforme dados coletados do Inep pela DMB, o número de ingressantes foi de 4,3% em 2019 para 9,5% em 2019, sendo o ano de 2016 o de maior pico, 13,1%.

Quando o tema é raça, nos dados apresentados em 2023, no período correspondente a 2010 a 2019, os alunos de primeiro ano somavam, em 2019, 69,7% dos ingressantes. Já os alunos negros, também de primeiro ano (somatório de pardos e pretos) tiveram um aumento de 1483 em 2010 para 9326 em 2019. Segundo a DMB, esse aumento se justifica pela mudança na autodeclaração dos alunos pardos. Em 2010, eram 20,5%, subindo para 24,7% em 2019. Número que não se reflete na realidade da autodeclaração de alunos pretos, que sofreu queda no período de 8,2% para 3,5% do total de alunos ingressantes.

De acordo com esse último levantamento, o número de ingressantes em 2019 por autodeclaração étnico-racial são:

Tabela 1 - Autodeclaração de ingressantes em 2019

Brancos	69,7%
Pardos	24,7%
Pretos	3,5%

Indígenas + Amarelos	2,1%

Fonte: DMB 2019

Na análise que compara as instituições de ensino públicas e privadas também há diferença nos números referentes a autodeclaração étnico-racial. Em 2019, nas escolas privadas, autodeclararam-se:

Tabela 2 - Autodeclaração de alunos em escolas privadas em 2019

Brancos	75,3%
Pardos	20,8%
Pretos	2,2%
Indígenas	0,2%
Amarelos	1,5%

Fonte: DMB 2019

Já nas escolas públicas:

Tabela 3 - Autodeclaração de ingressantes em escolas públicas em 2019

Brancos	55%
Pardos	34,6%
Pretos	7%
Indígenas	1%
Amarelos	2,4%

Fonte: DMB 2019

Um dado que não está descrito na DMB 23 e que consta na DMB 20 são aqueles que não quiseram responder à autodeclaração. Na escola pública foram 3,4% e na privada 1,8%. Já quando a análise compara a renda familiar, nota-se um aumento no comparativo 2013, 2016 e 2020 das pessoas que adentraram o curso de medicina de estratos socioeconômicos mais baixos. Em famílias com renda de até 1,5 salários-mínimos, o número de 2,6% em 2013, para 4,1% em 2016 e chegando a 6,8% em 2019. Com renda de 1,5 a 6 salários, os números subiram de 24,7%, 34% e 37,9% respectivamente. Isso nos demonstra que os estratos sociais de menor renda estão desde 2013 mais presentes dentro das universidades.

Ainda em conformidade com a DM 2020, quando analisamos os dados referentes às cotas, eles datam de 2019 e consideram os alunos que concluíram a graduação em Medicina, que tem o total de duração de 6 anos. O recorte utilizado foi dos alunos que fizeram Enade. Foram 16, 5% que afirmaram o ingresso por meio de alguma política de ação afirmativa, de inclusão social ou cotas. Entre eles, 37,8% pretos, pardos 30,3% e indígenas 60,7% com os brancos somaram 10,1%. Isso ressalta a importância das políticas afirmativas para a mudança no cenário de quem ocupa os espaços nas escolas de Medicina.

Ao focarmos na área de maior interesse nesse trabalho, a Psiquiatria, os profissionais desse campo são definidos como especialistas em Saúde Mental. Para a sua formação, é necessário passar pelos seis anos de graduação em Medicina e depois uma residência médica de três anos com carga horária de 60 horas semanais ou uma pós-graduação em Psiquiatria seguida pela aprovação na prova de título. Suas funções são diagnosticar, tratar, prevenir e reabilitar. A Psiquiatria trata de transtornos mentais como transtornos do humor, transtornos de ansiedade, dependência química, transtornos de personalidade, entre outros.

Em números absolutos, na DMB de 2020, somavam-se 11.977 profissionais. Agora, na DM de 2023, são 13.888, estando entre as quinze especialidades que se destacaram no crescimento entre 2012 e 2022, em uma década a taxa de crescimento da especialidade foi de 83,8%. Corresponde a 8% do total de médicos, ficando na 11° posição na lista de especialidades e está no grupo, junto a outras quatro, compondo o segundo bloco de especialistas em maior quantidade no país. Juntas somam 14,4% deste total, mantendo-se na posição e na mesma proporção, nas últimas duas DMB's de 2,8% em relação ao total de médicos especialistas.

O levantamento de 2020 mostrou cerca de 1500 profissionais a mais que em 2016. Para 2023, a diferença é de cerca 1900 profissionais a mais. Quando a referência é gênero, a lógica utilizada ainda é binária, e os homens são 53,4% e as mulheres 46,6% dos psiquiatras, número que se mantém igual na DMB de 2023.

No DM de 2020, a média de idade desses profissionais é de 48.7 anos. Já no DM 2023, os profissionais com 35 anos ou menos somam 20,7%, enquanto os com 55 anos ou mais são 34,4% do total, mantendo a média de idade descrita em 2020.

Em 2023, a demografia médica trouxe um capítulo específico para falar sobre a residência médica no que tange as ofertas e distribuições de vagas. De acordo com o MEC 41.853 médicos cursando residência médica em 2021 nas 789 instituições cadastradas pela CNRM. Em 2021, os residentes em Psiquiatria somavam 1592 e no

primeiro ano de residência eram 533. Em 2019, eram 1990 médicos cursando residência em Psiquiatria (englobando em três anos de residência), sendo 639 no primeiro ano. Os dados mostram que o número de profissionais que buscaram a Psiquiatria como especialidade teve um aumento de 280 em 2010 para mais de 500 em 2019, entretanto, nesse último levantamento, viu-se o decréscimo de 21,7% da procura por essa especialidade quando analisados os números de primeiros anistas (R1) entre os anos de 2018 e 2021.

A Associação Brasileira de Psiquiatria, na DMB de 2020, alertou para a falta de profissionais na área e que os transtornos mentais estão entre as principais causas de atendimentos de urgência no país, sendo 20% da população suscetível a sofrer de algum transtorno mental ao longo da vida.

A idade média desses profissionais, o tempo médio para a formação, os profissionais que já estão no mercado sendo responsáveis pela formação dos novos, as mudanças no conceito de saúde mental propostas há pouco mais de 30 anos e a Portaria número 992, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, assinada em 13 de maio de 2009, são fatos que somados ao já sabido racismo científico e estrutural presentes na sociedade levantam a hipótese da falta da discussão da temática racial na formação de psiquiatras.

O estresse vivenciado pela população negra e os números de acometidos por transtornos mentais na população denotam também a importância de profissionais atentos as essas demandas (SMOLEN; ARAUJO, 2017).

1.3 Comissão Nacional de Residência Médica

A primeira residência médica no Brasil aconteceu em 1945, no serviço de Ortopedia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-USP. Entre as décadas de 40 a 70, surgiram outros programas como Pediatria, Cirurgia e Clínica Médica, porém esses programas eram pouco procurados. Essa realidade só foi alterada quando passou a ser obrigatória a realização da residência médica para a obtenção do título de especialista (SOUSA, 1985).

A Comissão Nacional de Residência Médica é a responsável pela aprovação das matrizes de competências dos programas no Brasil. Tal grupo, que regulamenta a residência médica, foi fundado pelo governo Ernesto Geisel, em 1977, pelo decreto N° 80.281 de 5 de setembro. A residência médica se constitui, de acordo com o artigo primeiro do decreto N°80.281, como uma

> modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1977).

Com o intuito de regulamentar, supervisionar, avaliar e definir as matrizes de competências para as formações nas áreas de residências médicas, a Comissão é formada pelo Conselho Federal de Medicina e pelos Ministérios da Educação, da Saúde e da Previdência Social.

Na área da Psiquiatria, as duas últimas resoluções publicadas datam de 07 de maio de 2006 com a CNRM n°2 e 6 de julho de 2021, a CNRM n°18, esta última tendo validade inicial a partir de 2022. Nelas, há a descrição do tempo de duração da residência em Psiquiatria, atual de três anos e todas as competências a serem desenvolvidas em cada ano da residência, conforme consta em ANEXO I e ANEXO II.

A Comissão Nacional de Residência Médica nasce na década em que os movimentos sociais já manifestavam a suas insatisfações em relação às condições de vida da população negra.

A primeira CNRM foi formada por 10 membros, todos escolhidos pelo Ministro da Educação, sendo eles:

a) o Diretor Geral do Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura, que é membro nato da Comissão e seu Presidente;

b) um representante da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura;

c) um representante do Ministério da Saúde;

d) um representante do Ministério da Previdência e Assistência Social;

e) um representante do Estado-Maior das Forças Armadas;

Em 21 de junho de 1985, o decreto de lei que outorga a CNMR sofre alteração em seu segundo artigo, o que fala da composição e passa a ser formada por 9 membros, passam a ser:

a) o Secretário da Secretaria da Educação Superior do Ministério da Educação, que é membro nato da Comissão e seu Presidente;

b) um representante da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação;

c) um representante do Ministério da Saúde;

d) um representante do Ministério da Previdência e Assistência Social;

e) um representante do Conselho Federal de Medicina;

f) um representante da Associação Brasileira de Escolas Médicas;

g) um representante da Associação Médica Brasileira;

h) um representante da Federação Nacional dos Médicos;

i) um representante da Associação Nacional dos Médicos Residentes.

Nota-se uma crescente participação das entidades médicas e não mais apenas e tão somente de órgãos do Estado, o que pode ser compreendido como novamente a ocupação desses profissionais aos lugares de poder de decisão, dessa vez mais próximos à educação e a assistência, ou seja, ao cotidiano de quem está sendo assistido.

Em 15 de setembro de 2011, o artigo segundo sofre nova e última alteração, ainda vigente, e a CNRM passa a ser constituída por 12 membros. Nesta última alteração, percebe-se a participação das esferas estaduais e municipais de Saúde, exatamente seguindo o modelo de descentralização do SUS. São eles:

a) dois representantes do Ministério da Educação, como membros natos;
b) um representante do Ministério da Saúde, como membro nato;
c) um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS; V - um representante do Conselho Federal de Medicina - CFM;
d) um representante da Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM;
e) um representante da Associação Médica Brasileira - AMB;
f) um representante da Associação Nacional de Médicos Residentes - ANMR;
g) um representante da Federação Nacional de Médicos - FENAM;
h) um representante da Federação Brasileira de Academias de Medicina - FBAM; e

i) um médico de reputação ilibada, docente em cargo de provimento efetivo em Instituição de Educação Superior pública, que tenha prestado serviços relevantes ao ensino médico, à residência médica e à ciência médica em geral.

Desde o primeiro decreto, a CNRM tem por exercício as funções de regular, supervisionar e avaliar as instituições que possuem programas com oferta de residência médica. Seguindo o que promulga a última atualização do Decreto em parágrafo único, a regulação das instituições deverá considerar a necessidade de especialistas de acordo com os dados socioepidemiológicos e em "consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS" (BRASIL, 2011, Diário Oficial).

Assim sendo, compreende-se que a Educação e a Saúde são áreas que, desde a década de 70, caminham juntas quando o assunto é formação de profissionais médicos especialistas, e que o SUS, criado ao final da década de 80 coloca na atenção à saúde o princípio de equidade, que é justamente a diretriz que conversa diretamente com as desigualdades raciais de nosso país.

Saúde e Educação caminham de forma conjunta e a formação de médicos especialistas se dá, majoritariamente, dentro de Hospitais Escola em parcerias entre universidades públicas e instituições médicas que prestam atendimentos para pacientes em acompanhamento pelo SUS, como é o caso, por exemplo, da Santa Casa de SP, do Hospital das Clínicas, instituições em que tive maior quantidade de respondentes. Faz-se importante compreender como os princípios de equidade propostos pelo SUS estão sendo articulados quando o assunto é a formação de especialistas em Psiquiatria, visto que, e sempre válido importante lembrar e ressaltar, saúde é um direito em nosso país.

1.4 A residência em Psiquiatria

Até maio de 2006 (data da publicação da CNRM N°2/2006), a residência em Psiquiatria era realizada em dois anos e, na compreensão dos profissionais da área, esse tempo era inadequado à formação, pois deixava lacunas significativas que só teriam a possibilidade de serem preenchidas ao longo da atividade profissional (BOTEGA, BRASIL, JORGE, 2005).

De acordo com Coêlho, Zanetti e Neto (2004), os novos avanços desenvolvidos pelas neurociências e as novas possibilidades dentro das teorias e abordagens psicoterapêuticas levavam à melhoria da compreensão dos casos, entendendo que o homem universal proposto pela medicina é o sujeito nessa compreensão e ampliação da boa prática da especialidade e, para isso, havia a necessidade de tempo maior de

treinamento com supervisão. Além disso, para os autores, a Psiquiatria, por ser um campo do conhecimento com convergência de diversos saberes, não poderia ser “reduzida apenas a uma ciência cuja base é meramente relacionada a área da saúde” e que precisaria incorporar a compreensão do ser humano “em toda a sua essência biopsicossocial”.

Os autores defendem, ainda, que a Psiquiatria precisaria aprender a lidar com aspectos peculiares à sua prática, como a relação com os seus pacientes, que poderia ser chamada de transferência e contratransferência em abordagens psicanalíticas ou de relação terapêutica, em linhas como a terapia cognitiva-comportamental. Salientando, também, a necessidade desses profissionais saírem da residência com uma visão geral de diversas construções teóricas terapêuticas.

Em artigo proposto por Coêlho, Zanetti e Neto (2005), publicado na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, os autores também discutem uma necessidade já levantada pela Associação Mundial de Psiquiatria (WPA) no ano de 2002, após extenso levantamento, feito pela própria, sobre os programas de residência médica no mundo todo. Eles descrevem que nenhuma instituição no Brasil participou do questionário e demonstram como resultado desse levantamento. Eles também abordem que 88,4% das instituições no mundo todo já possuíam programas de residência com três ou mais anos, alguns chegando até seis anos. Apontam, da mesma forma, que há no Brasil uma defasagem, em relação as propostas da WPA, no programa de residência, tanto no tempo de formação como no currículo, levando os profissionais a buscarem formações extracurriculares, “cuja qualidade alguma vezes não pode ser garantida”. Destacam também a questão do aprendizado das psicoterapias, mais presente nas instituições do sul e sudeste e não regulamentado nos programas.

Desperta-me a atenção, nesses artigos, o quanto os autores colocam enfoque nas necessidades, na formação de psiquiatras, no saber das abordagens psicoterápicas, destacando que há uma tendência nos currículos em diversos países considerando esse saber para a Psiquiatria, contudo, não consideram que outras áreas de formação, com a Psicologia, já fazem o que eles (querendo acrescentar um ano de residência) levam cinco de graduação mais um a dois anos de especialização para realizar com qualidade. Obviamente é importante o conhecimento das abordagens, o uso do processo de psicoterapia no acompanhamento dos transtornos mentais, todavia ambos os artigos ressaltam que esse conhecimento deve estar dominado pelo profissional médico ao final de sua formação.

No mesmo período em que psiquiatras publicavam discussões referentes ao currículo da residência, aconteceu, em 2004, o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, articulado pelos Ministérios da Saúde, a Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial, com apoio do Conselho Nacional de Saúde. Nesse evento, houve a importante e necessária implementação do recorte de raça no Plano Nacional de Saúde, levando propostas de aprimoramento para o SUS e firmando compromissos políticos, humanos e técnicos.

Em seu manifesto, acordado pelos participantes do seminário, há a sinalização do racismo como determinante das desigualdades do nascer, do viver e do morrer e propõe o basta para a desumanização e a desqualificação do racismo no trabalho em saúde. Sinaliza ainda que há problemas no que se refere à área de informação, de capacitação e de formação em saúde. Termina ressaltando a importância com o compromisso por uma saúde mais democrática. “A luta pela vida é nosso objetivo principal, e isto significa garantir os princípios do SUS. A cor da pele não pode ser um obstáculo nessa luta”.

O início dos anos 2000 também trouxe outra mudança significativa para a pauta étnico-racial na área da Educação. As discussões sobre a importância do ensino da história e cultura afro-brasileira e africana também já aconteciam, entendendo que as mudanças no ensino básico promoveriam o aprendizado sobre a luta, a cultura e a importante contribuição da população negra na formação do Brasil nas áreas sociais, econômicas e política, haja vista que, em 2003, foi promulgada da Lei 10.639 e, em 2004, foram publicadas as Diretrizes Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais, confirmando a necessidade, por parte da Ciência, de reparação histórica e tratamento adequado das questões vinculadas a essa população, que podemos entender como biopsicossociais.

Diante de mudanças políticas importantes, com a criação de Secretaria da Igualdade Racial em 2003, a promulgação da Lei 10.639 no mesmo ano, a realização do I Seminário Nacional da Saúde da População Negra, a CNRM composta por membros da Educação, Associações Médicas e Saúde, como dito anteriormente, lança a normativa para a residência em Psiquiatria, acrescentando mais um ano a formação de especialistas.

Nessa normativa, preconiza-se que, ao final da residência, o profissional deverá ser capaz de comunicar-se eficientemente e demonstrar atenção e comportamentos respeitosos ao interagir com os pacientes e familiares, bem como reunir informação essencial e acurada sobre seus pacientes, sendo capaz de obter sua história

sociocultural e educacional também aconselhar e instruir pacientes e familiares sobre a etiologia do transtorno, que envolve os fatores ambientais, entre outros que exploraremos mais à frente.

O que não aparece nessas diretrizes é o aprendizado sobre sujeito racializado[5], os aspectos destacados falam sobre exploração das informações socioculturais, mantendo o sujeito universal, que é o homem branco. A diretriz de 2006 finaliza abordando sobre a capacidade de atualização do profissional, indicando que ele deve ser capaz de rever, avaliar de forma crítica, localizar e assimilar as evidências relacionadas aos problemas de saúde de seus pacientes.

Essa diretriz ficou vigente até o final do ano de 2021, isto é, foram 15 anos das mesmas diretrizes curriculares. O ser biopsicossocial ou sociocultural, como entende a CNRM, investigado e cuidado pela Psiquiatria. mudou. As reflexões e lutas promovidas pelos movimentos sociais trouxeram à baila a discussão da compreensão do sujeito universal e branco. Além disso, as alterações também incluíram o crescimento do acesso à tecnologia, o uso das redes sociais como disseminadoras de informação, o aumento de pesquisadores negros dentro das Universidades, em consequência a lei de Cotas em 2012, a implantação da PNSIPN em 2009, o aumento da publicação de livros com temáticas raciais, sejam eles infantis ou sejam acadêmicos. Esse período também foi atravessado pela pandemia de Covid-19, marcada pela morte de mais de 500 mil pessoas (até as novas diretrizes começarem a ser pensadas). Muitos outros eventos dramáticos invadiram o cotidiano nacional e mundial e obrigaram as pessoas a reflexões como os que seguem:

No ano de 2020, um evento nos EUA ampliou a discussão racial em diversos meios de comunicação, a morte de George Floyd[6] foi recebida com diversos protestos pelo mundo todo em virtude da violência que o levou à morte.

No mesmo ano, em outubro, um professor de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP é acusado, pelos alunos, que filmam a cena,

[5] O uso dos termos racializado e racializar nessa pesquisa, se referem ao conceito que observa raça/cor para além da classe social. Compreendendo que o sujeito não é universal e raça não é uma característica só existente nas pessoas não- brancas, mas sim em todas as etnias.

[6] UOL. **Justiça para George Floyd:** como a morte de um homem negro nas mãos de um policial inspira a luta antirracista no mundo hoje. Disponível em: https://noticias.uol.com.br/reportagens-especiais/george-floyd-como-negro-morto-pela-policia-inspira-hoje-luta-antirracista/#cover. Acesso em: 12 fev. 2023.

de uma prática racista chamada *blackface*[7], ao ensinar aos alunos do primeiro ano de Medicina como falar com pessoas pobres (a CNRM de 2006 preconiza comportamento respeitoso como paciente e familiar).

No ano de 2021, a Comissão de Residência Médica reformula o seu currículo, com vigência para os ingressos em 2022. Nessa comissão, já com a última atualização, fazem parte Educação, Saúde (nas três esferas de governo) e Associações Médicas.

Nessa reformulação, os objetivos específicos compreendem que o residente deve concluir a sua especialização dominando a abordagem de “concepção integral e centrada no indivíduo” e, do mesmo modo, desenvolver a relação respeitosa e produtiva em diferentes contextos culturais, entendendo “interações entre a psicopatologia, genética, neurobiologia, biografia, história médica, personalidade e relações do paciente no desenvolvimento de uma compreensão do indivíduo em seu contexto cultural e social”.

Novamente, não aparece no objetivo principal e nem nos específicos a compreensão do sujeito racializado, mesmo que haja uma política de saúde focada na população negra, mesmo que já tenhamos leis que mudam o curso da educação 17 anos antes da implementação dessas diretrizes, que o racismo já seja reconhecido como prática que estrutura as relações sociais e institucionais, e que diversos estudos sobre o impacto do racismo na saúde mental da população negra tenham sido publicados. O sujeito, que aparece nas diretrizes, sempre masculino, branco e tido como universal e os aspectos culturas e sociais, não abarca a dimensão dos aspectos que permeiam as questões raciais.

Assim posto, pode-se afirmar que esta foi uma escolha deliberada da comissão que pretende continuar formando especialistas em Psiquiatria com uma compreensão de homem universal. Mesmo esta última reformulação se dando em ano em que a pandemia da Covid-19 já fazia parte do cotidiano, que os números de mortos já contabilizam dezenas de milhares e já salientavam que a maior parte da população acometida da doença, da morte, da insegurança alimentar, era e continua sendo a população negra. Uma formação que pretende formar especialistas capazes de olhar o indivíduo em todas as suas dimensões escolheu deixar de lado o aprendizado do

[7] ARAÚJO, Glauco. **Professor de medicina da Santa Casa de SP usa 'blackface' para mostrar como conversar com pacientes pobres, dizem alunos**. G1 São Paulo. 8 out. 2020. Disponível em: https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/10/08/professor-de-medicina-da-santa-casa-de-sp-usa-blackface-para-mostrar-como-conversar-com-pacientes-pobres-dizem-alunos.ghtml. Acesso em: 15 jan. 2023.

impacto do racismo na saúde mental da população, dos aspectos que permeiam a construção a subjetividade das pessoas negras. Sendo assim, é possível inferir que há uma prática negativa ao olhar racializado? Quando se nega compreender o sujeito que morre em consequência do racismo seja por violência policial, doméstica, suicídio, doenças físicas em decorrência de abuso de substâncias, ou adoece emocionalmente por fazer parte dessa estrutura, pode-se concluir que a instituição medicina é corresponsável pelo genocídio da população negra do Brasil?

2 – Saúde mental da população negra no Brasil

Para continuar na costura dessa pesquisa, esse capítulo pretende criar pontos que interseccionam as políticas construídas para o cuidado da população negra, os aspectos vinculados à saúde mental e a ausência de estudos da psiquiatria nesse campo do conhecimento.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) existe desde 13 de maio de 2009. Foi criada na data da falsa abolição da escravatura e chega como uma resposta do Ministério da Saúde em reconhecimento a todas as desigualdades que o processo histórico de escravização e manutenção da população negra em condições sociais e econômicas mais vulneráveis produziu. Havia um entendimento, por parte do Governo Federal deste período, após anos de luta e resistência dos movimentos sociais e do movimento negro, da necessidade de redução da exclusão social. Desse modo, a formulação dessa política tornou-se imprescindível para a continuidade do princípio de universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua construção é justificada, de acordo com a própria política, pelo fato de esta população continuar ocupando a maior prevalência em índices de mortalidade infantil e materna, violência urbana, doenças crônicas e infecciosas e, atualmente, infecção e morte por Covid-19. Esta construção foi realizada com diálogos entre movimentos sociais por meio do Comitê Técnico da População Negra e estudos que evidenciaram essa realidade desigual. Entre as suas etapas de formulação, houve o comprometimento da planificação de metas para melhorias da saúde dessa população.

Por se tratar de uma política transversal, suas ações envolvem órgãos vinculados ao Ministério da Saúde (MS) desde a formulação até a operação. Essas ações são compartilhadas pelo campo da Saúde e áreas correlatas pelas três esferas do governo e são inseridas na metodologia do SUS, preconizando desde condutas de cuidado, promoção e prevenção a doenças, à produção de conhecimento e educação permanente aos trabalhadores da área e buscam a promoção da equidade em saúde, por meio de manejos de gestão participativa e solidária.

É importante sabermos que suas ações incluem:

> “utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de

> ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial" (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra compreende que o cuidado dessa população passa pelo olhar racializado, entende os indivíduos em suas especificidades atreladas à raça e não somente como sujeito universal, até então ponto de partida para todos os cuidados e aprendizados em saúde. A política analisa as condições sociais e de saúde e enxerga o racismo como uma estrutura que atravessa a cultura, a linguagem e as relações pessoais e institucionais, sejam elas vivenciadas em ambientes urbanos ou sejam rurais. *"*As instituições comprometem sua atuação quando deixam de oferecer um serviço qualificado às pessoas em função da sua origem étnico-racial, cor da pele ou cultura" (BRASIL, 2013, p.16).

A política deixa salientado, frisado e marcado na agenda política deste país o reconhecimento do racismo, do racismo institucional e suas consequentes desigualdades étnico-raciais como "determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade social" (BRASIL, 2013, p. 19).

Compreende-se que as questões raciais fazem parte da agenda política desde a década de 80 e que os movimentos sociais foram os grandes responsáveis para que as pautas identitárias passassem a ser percebidas, acolhidas e cuidadas pela esfera federal. O que pode ser considerado irônico, porém, são as pautas que envolvem a maior parte da população brasileira ainda serem enquadradas como identitárias ou pertencentes a diversidade[8]. Depois de muitos passos, em 2009, a política acima citada foi promulgada e passou a fazer parte do cotidiano das agendas de saúde.

As políticas públicas de saúde demoraram décadas para considerar as diferenças de raça/cor e sociais como marcadores para a saúde mental. Isso posto, como consequências dessa ausência, temos dados preocupantes e que diferenciam os números de adoecimentos e violência sofridos pela população negra. Segundo informações do Ministério da Saúde (2012), as taxas de mortalidade (por 100 mil habitantes) em decorrência do uso prejudicial de álcool é de 5,93 para pretos, 3,89 para pardos e 2,69 para brancos e 0.86 para amarelos, melhor dizendo, quase o dobro de corpos negros morrem em decorrência do uso de álcool.

De acordo com levantamento realizado pela parceria entre Ministério da Saúde e Universidade de Brasília e divulgado no início de 2019, a cada dez jovens que

[8] Bento (2022) ressalta que o termo pode se transformar em armadilha pois diversos estudos já sinalizam que raça e gênero são aspectos que estruturam o quadro das desigualdades vividas no Brasil.

cometem suicídio, seis são negros. Entre os anos de 2012 e 2016, a taxa de suicídio entre pessoas brancas de 10 a 29 anos permaneceu estável, enquanto pessoas negras entre a mesma faixa etária subiu de 4,88 para 5,88 por 100 mil habitantes (SMOLEN; ARAÚJO, 2017).

Um dos fatores causais para esses números, apresentados por Smolen e Araujo (2017) em seu artigo são os mecanismos do estresse. Os fatores de raça e cor de pele podem interferir nas oportunidades de vida que vão desde as sociais, trazem influências nas questões financeiras, sociais e educacionais dos indivíduos. O estresse pode estar relacionado à estrutura social e aos papéis sociais vividos ou relacionado às vivências de discriminação e racismo. Ambos influenciam o adoecimento e a saúde mental.

Os estudos apresentados nessa área do conhecimento (saúde mental) ainda são menores quando comparados aos estudos na saúde física e ficam ainda mais diminuídos quando observamos os fatores de raça/cor como objeto de análise.

No artigo intitulado “Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos”, publicado em 2018 pela revista Psicologia: Ciência e Profissão, Damasceno e Zanello fizeram um levantamento nas bases de pesquisa Scielo e Lilacs, plataformas conhecidas e com maior número de produções indexadas, sobre as produções acadêmicas entre os anos de 1999 e 2014. Os autores utilizaram como descritores Psicologia Clínica e Saúde Mental e equivalentes de um lado e Racismo e correlatos, de outro. Privilegiaram também as categorias profissionais presentes no Centro de Assistência Psicossocial (CAPS): Psicóloga(o), Psiquiatra, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e Enfermeiro(a). Usaram 48 descritores relacionados a Psicologia Clínica e Saúde Mental e 15 correlatos a racismo, manifestação racista e população negra. Esse levantamento chegou ao número total de 19 artigos que abordavam racismo e saúde mental de pessoas negras. Distribuídos conforme tabela abaixo apresentada pelos autores:

Tabela 4 - Distribuição numérica dos artigos por categorização temática

Tema	**N**	**%**	**Área 1º/ª Autor/a**	**Área Periódico**
Impacto do racismo/ discriminação (social e institucional) na saúde mental	2	10,5	Psicologia: 1	Saúde Pública: 1
			Psiquiatria: 0	
			Serviço Social: 0	
			Terapia Ocupacional: 0	Enfermagem:1
			Enfermagem: 1	

Tema	N	%	Área 1º/ª Autor/a	Área Periódico
Abordagem histórica: incorporação do racismo em teorias psicológicas / psiquiátricas	9	47,4	Psicologia: 5	Psicologia: 4
			Psiquiatria: 2	Psicopatologia: 3
			Serviço Social: 0	Saúde Coletiva: 1
			Terapia Ocupacional: 0	
			Enfermagem: 0	História, Ciências, Saúde:1
			Antropologia Social: 1	
			História: 1	
Percepção de psicólogos da saúde mental sobre o racismo	1	5,3	Psicologia	Saúde
A Psicologia clínica/psiquiatria nas relações raciais ou nas relações que envolvam alteridade	5	26,3	Psicologia//Intervenção: 1	Saúde Social: 1
				Psicologia: 2
			Psicologia//Análise social: 1	Psicanálise: 1
			Medicina Social//Análise social: 1	Etnia e Doenças: 1
			Psicologia//Formação do Psicólogo: 2	
Crítica epistemológica/ metodológica à Psicologia	2	10,5	Psicologia	Psicologia
	19	100		

Fonte: Damasceno; Zanello, 2018

Nos achados desse estudo, atenta-se para o fato de que a área da Psicologia é a que mais contribui na produção científica desse tema. Está presente nas categorias criadas pelos autores a partir do agrupamento de artigos sob nome genérico. Já na área da Psiquiatria, presente na busca entre descritores e correlatos, o número de artigos é ínfimo e estando presente quando o tema é a abordagem histórica e não há em nenhum artigo selecionado à discussão sobre a formação de Psiquiatras e às questões raciais. Os artigos localizados na área da Psiquiatria são dois e são eles:

Tabela 5 - Artigos levantados sobre a área de Psiquiatria

Tema	Artigos encontrados	Título	Autores	Publicação	palavras- chave
Abordagem histórica: incorporação do racismo em teorias psicológicas / psiquiátricas	2	Uma preciosidade da psicopatologia brasileira: A paranóia nos negros, de Raimundo Nina-Rodrigues	Ana Maria Galdini Raimundo Oda; Paulo Dalgalarrondo	Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 12, n. 4, p. 759-765, dezembro 2009	Raimundo Nina-Rodrigues, paranoia, atavismo psíquico, história da psicopatologia
		Nina Rodrigues e A loucura epidemica de Canudos	Ana Maria Galdini Raimundo Oda	Rev. Latinoam. Psicop. Fund., Ill, 2, 139-144	Não consta

Fonte: Damasceno; Zanello, 2018

Em ambos, são explorados os pensamentos de Nina Rodrigues e sua prática tanto na Antropologia quanto na Medicina. Não há crítica quanto ao seu modelo racista de compreensão de sujeito. Nota-se até certa apreciação a formulação de suas teorias, como segue:

> “Seu espírito investigativo era genuíno e o levava a dialogar constantemente com seus colegas brasileiros e com os mestres europeus, em publicações nacionais e em periódicos franceses e italianos. Neste sentido, pode-se dizer que Nina Rodrigues procurou fazer uma psiquiatria brasileira que tivesse em conta um certo caráter nacional, mesmo filiando-se a escolas europeias” (ODA, 2000).

Sugerindo dessa forma, pela ausência de crítica ao discurso, uma concordância por partes dos autores desse pensamento racista proposto por Nina Rodrigues.

3- Branquidade

O conceito de branquitude, que inicialmente tem o mesmo conceito que branquidade, continua sendo bastante utilizado nos meios sociais e acadêmicos. É comum se referir ao termo branquitude quando se discutem as relações raciais de poder e dominação. Entretanto, em 2004, a pesquisadora Vron Ware lança o livro chamado "Branquidade: identidade branca e multiculturalismo". A partir dessa coletânea e de outros estudos propostos, Frankenberg, em 2004, reformulou a sua teoria na qual diz que a branquitude se dá no não-marcado e invisível e que se esconde na característica da normatividade. Até chama essa construção de bizarra, visto que, e ainda com ressalvas, ela só poderia acontecer em determinados tipos de hegemonia da supremacia racial, e, pensando em Brasil, isso fica ainda mais bizarro, pois, pela construção desse país, a supremacia racial é algo que não se faz possível. Sendo assim, postulam-se 8 características da branquidade, sendo elas:

> 1. A branquidade é um lugar de vantagem estrutural nas sociedades estruturadas na dominação racial.
> 2. A branquidade é um "ponto de vista", um lugar a partir do qual nos vemos e vemos os outros e as ordens nacionais e globais.
> 3. A branquidade é um *lócus* de elaboração de uma gama de práticas e identidades culturais, muitas vezes não marcadas e não denominadas, ou denominadas como nacionais e "normativas", em especificativamente raciais.
> 4. A branquidade é comumente redenominada ou deslocada dentro das denominações étnicas ou de classe.
> 5. Muitas vezes, a inclusão na categoria "branco" é uma questão controvertida e, em diferentes épocas e lugares, alguns tipos de branquidade são marcadores de fronteira da própria categoria.
> 6. Como lugar do privilégio, a branquidade não é absoluta, mas atravessada por uma gama de outros eixos de privilégio ou subordinação relativos; estes não apagam nem tornam irrelevante o privilégio racial, mas o modulam ou modificam.
> 7. A branquidade é um produto da história e é uma categoria relacional. Como outras localizações raciais, não tem significado intrínseco, mas apenas significados socialmente construídos. Nessas condições, os significados de branquidade têm camadas complexas e variam localmente e entre os locais; além disso, seus significados podem parecer simultaneamente maleáveis e inflexíveis
> 8. O caráter relacional e socialmente construído da branquidade não significa, convém enfatizar, que esse e outros lugares raciais sejam irreais em seus efeitos materiais e discursivos. (FRANKENBERG, 2004, p.312)

Na continuidade das discussões propostas pela coletânea de Ware, em 2005, Edith Piza propõe uma diferenciação entre os termos, em uma nova forma de pensá-los

e sugere que a branquitude seja vista como uma fase de suplantação da branquidade. Indica-se, então, que na branquitude, o sujeito branco possui consciência de sua brancura e os privilégios estruturais advindos dessa, sem julgar todos iguais, como na ideia de democracia racial e que esta postura possibilitaria a negação, por meio de práticas antirracistas, desses privilégios. Sugere-se que a branquitude seja uma "identidade branca negativa", nessa negação de brancura, em um movimento de e para fora da vivência e experiência de vida branca. Reconhecendo que para tal é necessário que a pessoa branca faça movimentos ativos e de grandes esforços, que chega a comparar a adolescência com suas grandes questões existências de que quem se é.

A branquidade é, então, um produto da história, em que as práticas das pessoas brancas são voltadas para assunção e reafirmação dessa condição única e idealizada de humano (ser branco), fazendo, assim, com que os seus privilégios socialmente forjados se mantenham. É, sob essa perspectiva, que me debruço, diante dos posicionamentos mantidos ao longo da história, de uma organização que regulamenta o exercício da profissão médica e dos saberes oriundos a essa cientificidade, que, ao longo de uma pandemia mundial da Covid-19, mesmo diante a ausência de comprovações científicas de ineficácia de determinadas medicações, manteve o apoio a autonomia do médico, tirando o seu dever de informar a ausência dessa comprovação à população que recebia a sua indicação terapêutica. Tendo posicionamento diferente de outro momento, como em 2016, com uma medicação específica para o tratamento de câncer, também ainda sem comprovação, mas que o Conselho Federal de Medicina orientou ativamente a importância do resguardo da população quanto a ausência de estudos de comprovação de eficácia. Dessa vez, ressaltou que a prescrição, sem a informação ao paciente, não produzia infração ética e não haveria julgamento pelo conselho[9].

Discurso de autonomia que foi dito e repetido pelo presidente em exercício, sabidamente e afirmativamente racista, legitimando a prática de uma medicalização ineficaz ao vírus[10], e de não distanciamento social, assim como a prática ilegal da

---

[9] GIMENES, Erick. **Conselho Federal de Medicina é processado pela DPU por liberar uso de cloroquina**. Jota. Brasília. 1 out. 2021. Disponível em: https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/conselho-federal-de-medicina-e-processado-pela-dpu-por-liberar-uso-de-cloroquina-01102021. Acesso em: 28 jan. 2023.

[10] Câmara dos Deputados. **CFM volta a defender autonomia de médicos para prescrever hidroxicloroquina contra Covid-19**. Agência Câmara de Notícias. Comunicação. 4 nov. 2021. Disponível em: https://www.camara.leg.br/noticias/823744-cfm-volta-a-defender-autonomia-de-medicos-para-prescrever-hidroxicloroquina-contra-covid-19/. Acesso em: 15 fev. 2023.

aplicação de cloroquina a pacientes internados por covid-19 sem o conhecimento e aceite destes[11]. Como interesse fundamental deste trabalho, dentro deste escopo de negação, cabe ainda ressaltar o fato de as diretrizes pedagógicas de uma das mais procuradas especialidades da medicina ainda não reconhecerem a diferença social, econômica, cultural, imposta às pessoas em consequência do grupo racial a que elas pertençam e, consequentemente, não abarcar as questões das vivências negras, ao mesmo tempo que os corpos que ocupam esse lugar da ciência, do poder inerente ao saber, serem majoritariamente brancos nas turmas em sala de aula, como nas imagens demonstradas anteriormente.

O caminho que enxergo possível nessa costura é o de mostrar, de salientar e de ressaltar que o problema da manutenção dessa estrutura, que nega e não compreende as especificidades da vivência e adoecimento das pessoas negras, é também dessa classe institucional e que as possíveis soluções devem partir exatamente dela, uma das principais responsáveis por chegarmos até aqui dessa forma.

Bianca Santana (2015) tem um livro chamado “Quando me descobri Negra”. Nele, ela narra fatos em seu processo de descoberta e reconhecimento de sua negritude, descreve situações de racismo, disputas em local de trabalho, abandonos e conversas suas com ela mesma nesse processo. Pensar que existe um livro com esse título e essa temática diz muito sobre a construção racial e os lugares racialmente definidos nessa sociedade. Recordo-me que ganhei esse livro de uma colega psicóloga, com quem eu dividia eventualmente alguns questionamentos internos no meu processo de entender-me negra. Paro para pensar que nenhuma das minhas amigas brancas demoraram 30 anos para se descobrirem racialmente brancas, pois elas simplesmente foram e sempre puderam ser o que eram (quando o aspecto é raça, sobre gênero a conversa é outra). Fez parte do meu processo de descoberta contar a elas que elas eram brancas e eu, negra e que, em diversas situações que dividimos na adolescência, elas foram racistas comigo.

A racialização foi coletiva, não fui só eu quem descobriu que era negra, elas também se descobriram brancas e o tiveram de fazer para compreender sua forma de pensar o mundo. Foram se questionar para entenderem que, mesmo a gente tendo vindo do mesmo colégio, mesmo tendo a mesma profissão, nós sempre fomos

[11] BALZA, Guilherme. **EXCLUSIVO: Prevent Senior ocultou mortes em estudo sobre cloroquina, indicam documentos e áudios**. G1 São Paulo. 16 set. 2021. Disponível em: https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/09/16/investigada-na-cpi-da-covid-prevent-senior-ocultou-mortes-em-estudo-sobre-cloroquina-apoiado-por-bolsonaro.ghtml. Acesso em: 15 fev. 2023.

diferentes e não só na personalidade, mas, nas histórias de abandono, de preconceito, de racismo que meu corpo sofreu e o delas jamais sentiu. Elas se depararam com a porta de vidro descrita por Edith Piza (2005, pag. 61), e eu tive que achar as brechas entre os vãos para mostrar, para mim e para elas e para quem me cercava, as dores que atravessam a nossa existência, provocadas por essa lógica perversa da branquidade.

Quando penso no conceito de branquidade e a formação de profissionais da psiquiatria, reflito sobre essa construção que fizemos (minhas amigas e eu) na última década, nas horas de conversa, no choro, nas leituras, no apontar situações, no explicar conceitos e na minha negativa por dar respostas. No interesse delas em refletir as suas práticas e posturas e na mudança que tudo isso gerou em nós, que além de amigas, somos profissionais da saúde.

É certo que essa nossa construção foi pautada e costurada no afeto e pelos anos de amizade já consolidados, entretanto o ponto que as diferencia de outras amigas de tão longa data é o interesse na transformação. A busca delas por informações para serem cidadãs mais conscientes dessa realidade, amigas melhores, mães que criam seus filhos com referências múltiplas de leituras, desenhos e bonecos e, consequentemente, psicólogas melhores.

Lembro-me de participar de uma reunião clínica (a reunião fazia parte das atividades de uma universidade em São Paulo com residência em Psiquiatria e eu fazia parte da equipe de Psicologia) em que foram apresentados os resultados de um dos grupos de pacientes que estavam sendo assistidos pelo programa de reinserção profissional para pessoas com esquizofrenia. Essa reunião era composta por residentes de Psiquiatria, professores e preceptores dessa residência, psicólogos, assistente social, terapeutas ocupacionais e neuropsicólogas. De todo o grupo de pacientes, o único que não conseguiu colocação profissional foi o paciente negro. A negativa da empresa foi em virtude de sua aparência (na época, o paciente em questão havia perdido dentes da frente e, segundo a empresa, isso comprometeria o trabalho que poderia eventualmente ter atendimento ao público). Todos os outros pacientes da iniciativa estavam recolocados no mercado, mas esse, citado pela assistente social na reunião, teve a negativa no processo seletivo e todos os profissionais ali presentes, em nenhum momento, questionaram se este era, de fato, o real motivo da negativa ou pensou-se em alternativas que pudessem auxiliá-lo naquele tempo de recusas. Vale ressaltar que ele não era o único com questões dentárias, já que é comum que pessoas

com esquizofrenia, acometidos pela patologia por diversos anos e pela falta de acesso e cuidado com a saúde bucal, tenham dentes a menos.

O que faz com que profissionais da saúde, comprometidos com a qualidade de vida do atendido, com a reinserção social do indivíduo, simplesmente não se importem ou nem se deem conta do que fez com que aquela pessoa não conseguisse o tão desejado emprego? O que me auxilia a responder a essa e a outras perguntas é o conceito de branquidade. Essa lógica de poder que percorre a formação desses profissionais psiquiatras, que não racializam os sujeitos, que aprendem que todos são iguais, utilizando o branco como padrão universal de humanidade e que as dificuldades de acesso se dão pela classe social e não pela raça, como já preconizam as suas matrizes pedagógicas.

Refletir sobre a branquidade na formação de psiquiatras é exatamente sobre o ponto que mantém, até o presente momento, a cognição social sem transformação no que se refere ao racismo e à subalternização das existências negras, na negação de atendimento em saúde que leva em consideração os aspectos que são específicos a sua realidade, o não interesse, a não busca por ressignificações, a manutenção do lugar do privilégio e sem mudança na lógica de poder na construção pedagógica desses saberes.

Nos alinhavados e nos pontos dessa dissertação, certamente as linhas aqui escritas foram as de mais difícil e incômoda construção. Ser um corpo negro falando sobre branquidade me gerou desconfortos bastante robustos, me tirou noites de sono, me fez desaguar em diversas leituras. Vale enfatizar, novamente, que trabalho com a perspectiva de que a pesquisa não é neutra, pois ela permeia nossos corpos, vidas, interesses e subjetividades. Do mesmo modo que novamente passar a agulha nesse ponto e deixar mais firme que essa pesquisa foi construída em tempos atravessados por pandemia de Covid-19, presidência de Jair Bolsonaro, o bolsonarismo e o crescimento de células fascistas[12]. O que significa que as leituras iam mostrando, por intermédio da teoria, com profundidade, além do já sabido, a pele alvo de todos esses fatos e isso gerou momentos de muita dor emocional na construtora dessa costura.

[12] CFMEA. **'O neonazismo é mais forte no Brasil do que a gente imagina', alerta especialista**. Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Sputnik. 27 out.2022. Disponível em: https://cfemea.org.br/index.php/pt/?view=article&id=5400:o-neonazismo-e-mais-forte-no-brasil-do-que-a-gente-imagina-alerta-especialista&catid=564. Acesso em: 10 dez. 2022.

Muito já costuramos juntos sobre como as pessoas negras foram e ainda são vistas e colocadas em nosso país, entretanto, essas linhas pretendem descrever agora o *lugar do branco* nesse processo.

Pensar a branquidade no Brasil é lançar o olhar para a construção história desse país, desde a invasão portuguesa, em 1500, seguido pelo genocídio da população indígena e o processo de escravização e genocídio dos povos africanos a partir de 1600. Passando por todo o processo abolicionista, que, em 1888, colocou o Brasil como o último país latino a acabar com o processo escravista (SCHWARCZ, 1993; SKIDMORE, 2012). Com o fim da escravização, o que se viu foi o povo preto abandonado à própria sorte, um dia escravo, no outro, sem renda, sem trabalho, sem casa, sem comida, sem reparação, sem remuneração, entretanto "livre". Na sequência, um Brasil com projeto nacional de embranquecimento, com objetivo de erradicar o problema da presença negra nesse território. Para a resolução dessa situação, o que tivemos foi a consolidação dessa ideologia do embranquecimento por meio da imigração massiva de europeus.

Houve então a construção da força de trabalho branca com as primeiras leis de cotas que distribuíram terras aos imigrantes. O processo de industrialização do Brasil acentuou ainda mais essa distância, porque, por mais que os trabalhadores se unissem pela luta por direitos, o marcador racial cor da pele deixou a população negra de fora dos espaços educacionais e de cargos melhores. A questão social começa pela racial (SCHWARCZ, 1993).

De acordo com Jesus (2012), a problematização do papel do branco nas relações étnico-raciais foi inicialmente descrita no início do século XX, primeiramente por W.B. Du Bois em 1935, seguido por Franz Fanon, em 1952, porém os primeiros destaques acadêmicos surgem nos Estados Unidos da América somente nos anos 1990. Já no Brasil, Gilberto Freyre foi o primeiro a utilizar o termo "branquitude" em 1962, fazendo crítica tanto a ele quanto ao termo "negritude", visto que ele era defensor da grande mentira chamada democracia racial, embora não tenha utilizado o termo em questão. Entretanto, a discussão sobre o assunto foi proposta por Guerreiro Ramos, em 1957, com a utilização do termo 'brancura', com o mesmo significado de "branquitude".

Guerreiro discutiu e fez crítica aos pensadores que utilizavam o negro em suas pesquisas como forma de garantir a sua brancura/branquitude, através da afirmação dos seus traços europeus e de sua superioridade. Além de Freyre, um dos intelectuais criticados por Guerreiro foi Nina Rodrigues, citado mais cedo nessa escrita como executor do racismo científico (CARDOSO, 2010).

Os anos 2000 foram significativos nas divulgações acerca das discussões sobre o tema. Em 2004, Sovik traz à baila a discussão e a ampliação do pensamento de Ramos sobre o uso do termo “pé na cozinha” para assegurar a farsa da democracia racial, bem como a manutenção dos traços europeus como argumento para conservação do poder (CARDOSO, 2010).

Edith Piza, em suas pesquisas partilhadas com a estadunidense Ruth Frankemberg, iniciadas no final dos anos 1990, perceberam que as pessoas brancas discutiam as questões raciais no mundo pelo “olhar branco”, quer dizer, neutro em relação os corpos brancos. Isso mostra que a branquidade não se reconhecia como racializada e suas ações de manutenção da lógica de poder, por consequente, não eram conscientes (PIZA, 2014).

Para a pesquisadora Cida Bento (2022), o problema no Brasil se dá na relação entre brancos e negros, “na supremacia branca incrustada na branquitude”, que segundo a autora, estabelece uma relação de dominação dos brancos sob os negros e que é observável em todas as esferas da vida e que determina e assegura modos de vida e privilégios para uns e péssimas condições para outros, até mesmo quando o assunto é morte. A autora, em sua pesquisa dentro de instituições, nota que, ao longo dos anos, sejam elas instituições públicas, sejam de sociedade civil ou sejam privadas, o modo de funcionamento, que vai desde os sistemas de valores aos processos, chegando nos perfis dos profissionais, que persiste é branco e masculino. Esse modelo se dá e se mantém por um pacto, silencioso e de cumplicidade, entre as pessoas brancas que assim o fazem para a manutenção de seus iguais no poder. A esse pacto, Bento deu o nome de pacto narcísico da branquitude, a partir do qual o diferente é visto como anormal e como ameaça ao universal e os negros são vistos como aqueles que atacam os considerados espaços do branco, o de poder, prestígio e sucesso (BENTO, 2022).

Schwarcz (2012) inicia seu livro “Nem Preto, Nem Branco, muito pelo contrário: Cor e raça na sociabilidade brasileira”, narrando uma história infantil, publicada no Brasil em 1912, no livro “Contos para crianças”. O texto conta de uma princesa que nasceu “preta como o carvão” e que, depois de muitas desventuras, perdeu a chance de ser tornar branca e só tem o seu final feliz quando essa realidade se transforma e ela passa a ter a pele alva, como a de seu príncipe. A construção narrativa é de que a pele branca é referência indireta de “felizes pra sempre”, de benção. A descrição para as pessoas negras foi construída, no imaginário dos indivíduos, pela falta. “Falta lei, falta rei e falta fé”. (SCHWARCZ, 2020, p. 12). Na mesma perspectiva de herança simbólica, Bento

(2022) evidencia que aqueles que lideram as instituições também são representados nos meios de comunicação como homens e brancos, sendo assim, se mantém no imaginário e acentuam a naturalização de prestígio desses corpos em relação ao diferente desse perfil. O que é muito evidente quando falamos dos corpos que ocupam o lugar da medicina. Em uma busca no Google Imagens com os descritores ‘médico e médica’, essa é a representação encontrada:

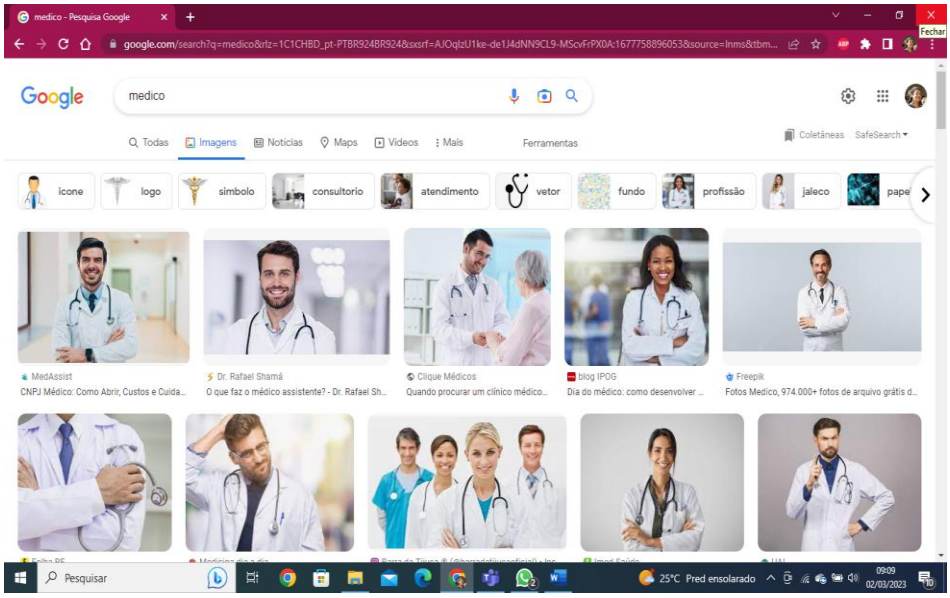


Figura 4 – Busca pela palavra “médico” no Google Imagens
Fonte: Google Imagens

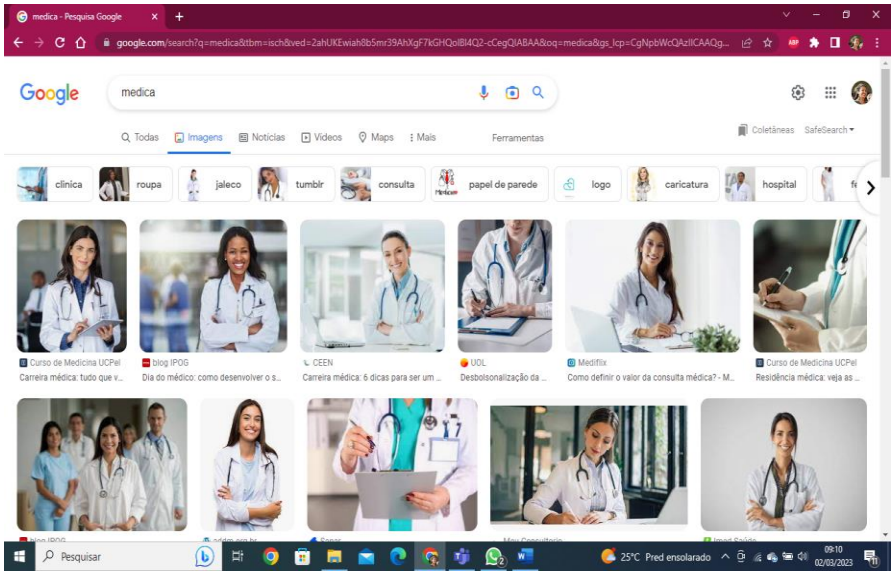


Figura 5 – Busca pela palavra “médica” no Google Imagens

Fonte: Google Imagens

Nas imagens acima, vemos exatamente o que a autora descreve como representação desses corpos, quando se busca por referências de imagens de profissionais médicos, sejam eles homens ou sejam mulheres, o que encontramos, no maior site de busca da atualidade, são pessoas brancas, reforçando a naturalização desses corpos nesse lugar do saber e do poder em detrimento a outros.

Um dos aspectos também discutidos por Bento (2022) é o conceito de branqueamento. Em diversas situações, de sala de aula a discussões técnicas, o branqueamento está relacionado a uma condição do negro, que, descontente com a sua existência, busca se parecer com o branco, seja na sua autoidentificação, seja pela busca da miscigenação como estratégia de apagamento de suas caraterísticas. Já sabemos, diante dos estudos feitos, muitos deles descritos no livro “Psicologia Social do Racismo”, que retrata pesquisas realizadas por Bento, Pizza, entre outros, que o sabido é exatamente o oposto, o branqueamento foi um processo criado pela elite brasileira, que entendendo o homem branco como modelo universal de humanidade, cria e constitui que todo aquele não é branco e, logo, não é humano, sente inveja e desejo de pertença a esse grupo. Nessa constituição, estabelecem-se simbolismos de mais valia em relação aos demais, o que lhes garante lugar de poder econômico, político e social.

Para além do autoconceito e autoestima valorizados, cria-se também e, em paralelo, ideias de desvalorização das pessoas negras, em um imaginário potentemente

negativo sobre as suas existências, responsabilizando a pessoa negra por todo o sofrimento oriundo do racismo, justificando, assim, as desigualdades sociais. Quantas vezes não se ouviu, principalmente nos tempos atuais, que a condição de pobreza e de insegurança alimentar é culpa daquele que a vive? Discurso presente em falas do ex-presidente e de seu ministro da Economia, que, em 2019, disse “rico capitaliza recursos, pobre, consome tudo”[13].

Um dos aspectos que destacam atenção nas pesquisas sobre branquitude, feitas por Cida Bento nas quase três últimas décadas é que, independentemente do grupo de pessoas brancas pesquisadas, o que se assemelha em todas é o foco na pessoa negra e o silêncio sobre os brancos.

Dessa forma, Frankenberg (1995) define a branquitude por meio da característica do ser branco se encontrar no conforto da sensação de nada representar além de si mesmo, com a sua individualidade. Uma posição de poder estrutural não denominada dentro dos espaços sociais, em um mundo racializado, atribuindo ao outro o que não atribui a si mesmo. Sendo a neutralidade ‘natural’, visto que se estabelece como modelo de aparência e condição humana.

A discussão da branquidade dentro do contexto das diretrizes que engendram as bases pedagógicas para a formação de profissionais da área da Psiquiatria se faz relevante na medida da compreensão que, diante dos elementos apresentados pelas políticas públicas já existentes para a população negra, dos novos estudos internacionais, que revelam a necessidade da ampliação da formação dos profissionais de saúde, no que tange aos aspectos raciais, das especificidades biológicas de algumas patologias que acometem as pessoas negras e dos números referentes a adoecimento, à insegurança alimentar e à morte dessa população, maioria no Brasil, existe uma força mantenedora da resistência em trazer para as bases curriculares o elemento raça como fundamental no processo de aprendizagem.

---

[13] CONGRESSO EM FOCO. **“Rico capitaliza recursos, pobre consome tudo”, diz Guedes**. Congresso em Foco. Economia. 3 nov. 2019. Disponível em: https://congressoemfoco.uol.com.br/temas/economia/paulo-guedes-critica-servidor-publico-e-detalha-pacote-pos-reforma-da-previdencia/. Acesso em: 10 fev. 2023.

4- Pregando botões – Análise de dados

A proposta desse capítulo é fazer uma análise descritiva e crítica dos dados obtidos com a aplicação do questionário para residentes e médicos psiquiatras. É importante relembrar que o questionário foi elaborado na plataforma Google Forms e enviado por WhatsApp e e-mail para a rede de contato de profissionais da saúde de conhecimento pessoal da autora, com o pedido de envio às suas redes. Ao total, obtiveram-se 84 respondentes, com a exclusão de um deles, pois a sua formação em Psiquiatria se deu fora do Brasil, portanto foram analisadas 83 respostas.

A apresentação será feita por meio de gráficos e explanação, inicialmente apresentando os números absolutos obtidos em cada pergunta (ANEXO III), seguindo de relações estabelecidas entre as questões. Apesar de a amostra dessa pesquisa ser pequena quando comparada ao número de médicos, algumas costuras com os números sociodemográficos demonstrados pela última Demografia Médica foram realizadas, criando paralelos comparativos entre algumas referências da medicina atual com os resultados obtidos nessa pesquisa, a fim de criar uma conversa reflexiva entre o recorte da atualidade na área e os dados aqui obtidos de idade, gênero, exercício profissional e refletir sobre as tendências e características do ensino de Psiquiatria quando a temática racial é evidenciada, com o intuito de promover possibilidade de possíveis avanços dentro da formação desses especialistas a partir do referencial utilizado pelos própria instituição Medicina sobre si mesma.

A pergunta 1 questionou como o respondente se autodeclara racialmente e a oferta de alternativa de respostas seguiu a mesma classificação utilizada pelo IBGE. Das 83 respostas consideradas, 72% dos respondentes se autodeclaram brancos, seguidos dos pardos, que são 12%, amarelos somando 9% e pretos com 6%, não houve nenhum respondente indígena e um respondente não se autodeclarou.

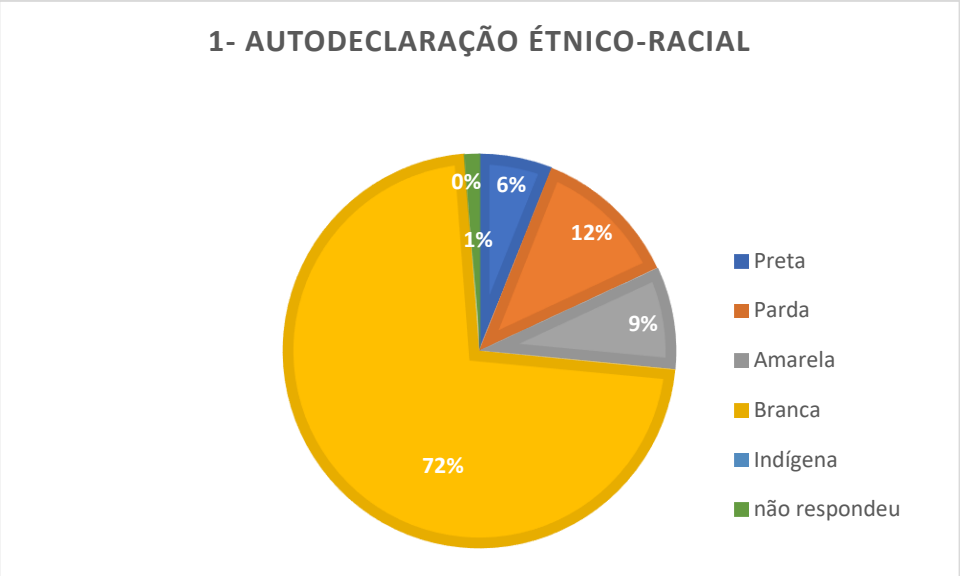


Figura 6 - Pergunta 1 – Como você se autodeclara?

Fonte: Dados da pesquisa

Ao compararmos os dados acima com os da Demografia Médica Brasileira, constatamos que existe uma correspondência nos números, pois, apesar de a demografia utilizar somente o índice total de médicos que concluíram a graduação entre 1920 e 2019, sem a especificidade da especialidade Psiquiatria, os dados apontam que em 2020, dos 473.875 médicos, os autodeclarados brancos somavam 67,1% do total, como a própria DMB declara, a medicina é branca, o que coincide com os dados obtidos.

A DMB utiliza os dados do Censo da Educação Superior para avaliar o aspecto racial no período entre 2010 e 2019. Nela, sinaliza-se que, considerando a proporção entre os alunos autodeclarados negros e o número de total de estudantes, não houve alteração em termos percentuais, ao longo de uma década nesse número. O que se percebe é a maior inclusão, como consequência das cotas, que completou em 2022, 10 anos de existência.

Dentro o período avaliado, o ingresso teve um percentual aumentado a partir da “reserva de vagas”, que são as vagas destinadas aos programas, políticas ou ações afirmativas, podendo ser as vagas garantidas pela origem de escola pública, renda ou critério étnico. Em 2010, o ingresso era de 4,3% e em 2019 de 9,5%.

A maioria autodeclarada branca não surpreende como resposta, pois já é sabido que a Medicina é um curso majoritariamente branco pelo seu histórico e pelo alto custo de investimento ao longo da graduação, com a impossibilidade de que o/a estudante trabalhe ao longo do curso, no entanto 19% dos respondentes ser autodeclarado pardos e pretos nos faz refletir sobre os possíveis reflexos da lei de Cotas, que passou a ser

implementada em 2012 pelas universidades, mudando portanto a geografia desse espaço acadêmico e construindo possíveis novas perspectivas de ensino. A primeira demografia que faz o levantamento e as análises utilizando o recorte de raça/cor ao falar do perfil sociodemográfico dos seus estudantes é a DMB de 2020 e, agora, em 2023, traz novamente esses dados, ambas analisados a partir das ações afirmativas. As edições anteriores 2011, 2013, 2015 e 2018 não falam sobre o recorte racial.

A ausência desse recorte pode estar presente em outras classes profissionais, contudo pelas ausências já descritas nesse trabalho. Esse fato ressalta a hipótese de uma negação institucional da existência do sujeito negro, inicialmente, entre os seus. A classificação atual do IBGE que categoriza raça/cor, pela autodeclaração, em preto, pardo, branco, amarelo e indígena, é utilizada desde 1991, contudo, é a partir de 1996 com a resolução 196/96 que o Conselho Nacional de Saúde obriga a inclusão do “quesito cor” em todas as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996). Mesmo as pesquisas exigindo a identificação racial desde a década de 90, os números da demografia médica que consideram esse aspecto como critério de análise, ainda que seja com foco maior nas consequências das ações afirmativas, só aparecem debatido duas décadas depois da implementação da resolução.

A pergunta 2 é referente à identidade de gênero, em que 61% dos respondentes se identificam como do gênero feminino, seguido de 35% como masculino e 4% como não binários.

Na DMB de 2023, de acordo com o número de médicos titulados, somam-se 46,6% de psiquiatras mulheres e 53,4% são homens, dado esse que conversa com o cenário geral da medicina, sendo diferente dos dados levantados nessa pesquisa. Essa diferença pode ser explicada que pela amostragem menor e pelo fato de seu alcance ter sido vinculado às redes individuais dos respondentes.

A maioria é masculina, com 51,4%, contra 48,6% de mulheres. Não há a consideração para além do binarismo feminino X masculino na DMB, aspecto que também poderia ser discutido, uma vez que, quando é colocada a opção, aparecem respostas aqui: entre 83 respostas, 3 respondentes se enquadram nessa identidade de gênero. O Censo de 2022 já incluiu identidade e orientação sexual como quesitos a serem investigados com objetivo de incluir essas informações, já adotadas em outros países, para acabar com a invisibilidade ou diminuí-la, pois só, por meio de números realísticos, poderão ser pensadas e articuladas estratégias de cuidado e políticas públicas.

Existe um movimento que as análises da DMB chamam de “feminização”, que consiste no aumento das mulheres nas escolas de Medicina (o que coincide com os dados desta pesquisa), a projeção é que, em 2024, a maioria dos egressos e de novos registros nos CRMs seja feminino. A projeção foi calculada até 2035 mantendo o aumento. Quando o critério de análise são os novos estudantes, a maioria já é feminina, de acordo com o Censo de Educação Superior no Brasil (INEP/MEC). Percebe-se ainda que, entre os anos de 2010 e 2019, o número das ingressantes teve aumento tanto nas instituições privadas quanto nas públicas, porém, no período, foi maior para as escolas privadas.

A partir de dados do IBGE, as Estimativas do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) fizeram um levantamento em 2020 e indicam que as mulheres representam 65% dos mais de seis milhões de profissionais que atuam em todos os níveis, da Atenção Básica às atividades de assistência dentro dos hospitais, tanto no setor público quanto no privado de saúde. O gráfico a seguir ilustra o resultado da identificação de gênero dos respondentes:

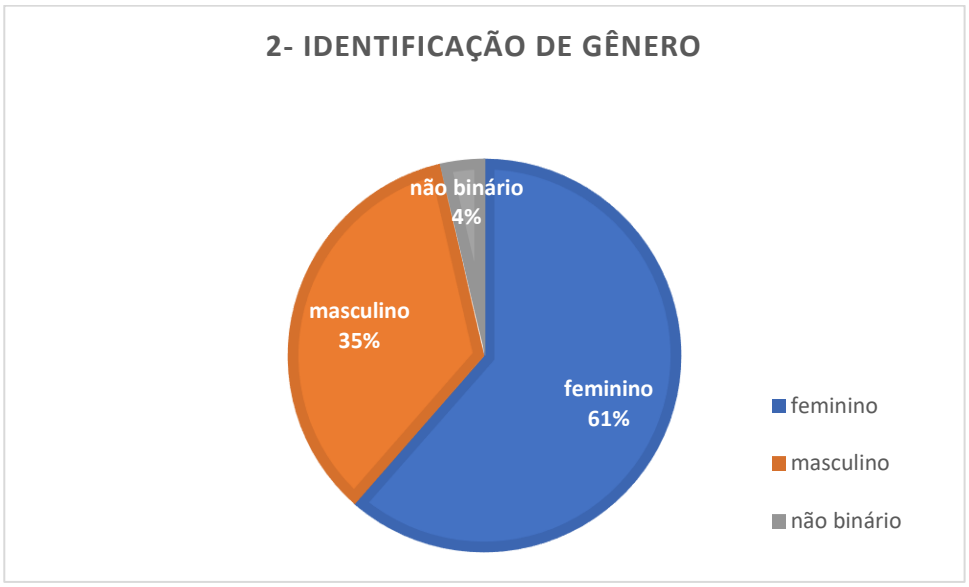


Figura 7 - Pergunta 2 - Qual a sua identificação de gênero?
Fonte: Dados da pesquisa

Quando se faz a relação entre identificação de gênero e raça, o resultado é que, entre as pessoas brancas, pardas e amarelas, a maioria é do gênero feminino. Entre pessoas pretas, no entanto, os dados apontam para proporcionalidade.

Os dados das últimas Demografias Médicas, lançadas em 2020 e 2023, articulam em suas análises os dados entre gênero (binário), idade, região no Brasil, razão entre especialidades, renda, comparação com outros países. Os únicos levantamentos que levam em consideração à raça estão relacionados aos dados absolutos da quantidade de médicos e ingressos no curso e mostram o aumento gradual da quantidade de médicos formados pretos e pardos, ressaltando a mudança na autodeclaração e estratificam por raça/cor autodeclarada os estudantes concluintes do curso que tiveram seu ingresso garantido pelo Enade, ressaltando que a percebem a Medicina “mais diversa e socialmente inclusiva” (DMB, 2023, p.116), atribuindo essa movimentação ao aumento de vagas, o financiamento estudantil na escolas privadas e as políticas de cotas nas escolas públicas.

Na DMB de 2023, diferente da anterior, discute-se a importância das ações afirmativas no aumento significativo de pessoas negras na área e ainda se ressalta o ano de 2015 com o maior número de ingresso de pessoas negras, aspecto que me faz refletir sobre a possibilidade de o momento político e a eminência de um golpe ter sido disparador do aumento da busca como resposta ao medo de uma mudança estrutural nas possibilidades de acessos.

Ao me deparar com esses dados, eu me questiono como será possível uma formação que olhe para as diferenças sociais, raciais e de gênero, já que, ao se fazer a fotografia de quem são os médicos no Brasil, a dimensão de análise não abarca dados como identidade de gênero em sua diversidade.

Os dados sobre gênero e identificação racial dessa pesquisa, quando interseccionados, nos trazem os seguintes resultados:

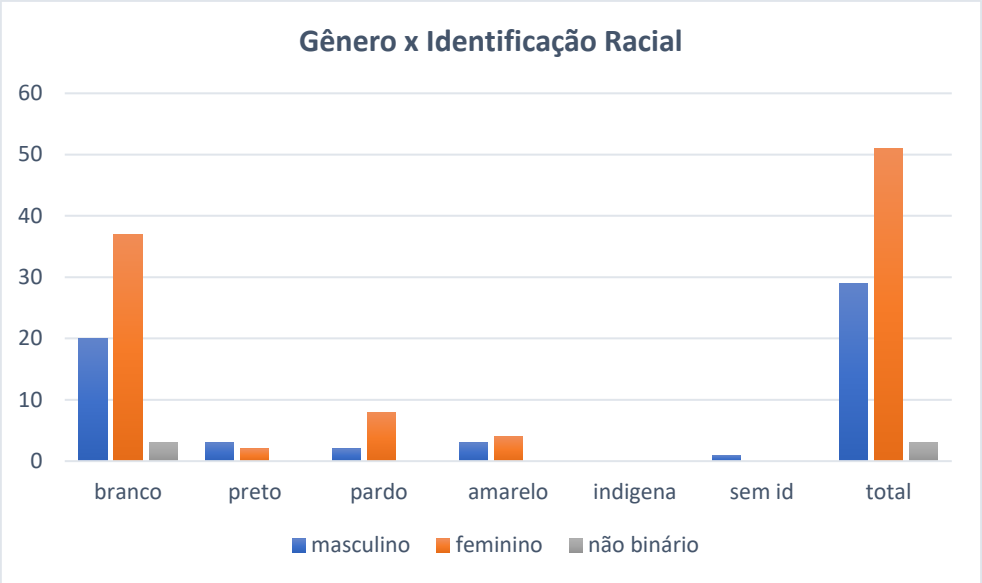


Figura 8 - Gráfico com a relação entre autodeclaração racial e identificação de gênero
Fonte: Dados da pesquisa

No que se refere à faixa etária, a distribuição é bem próxima entre as faixas disponibilizadas, sendo que a maior concentração está entre 26 e 30 anos, com 29%, seguido da faixa de 36 a 40 anos, com 27%, em seguida 25% de 31 a 35 anos, 18% com mais de 40 anos e somente 1% na faixa entre 20 e 25 anos. O próximo gráfico trata de questões relativas à faixa etária dos respondentes:

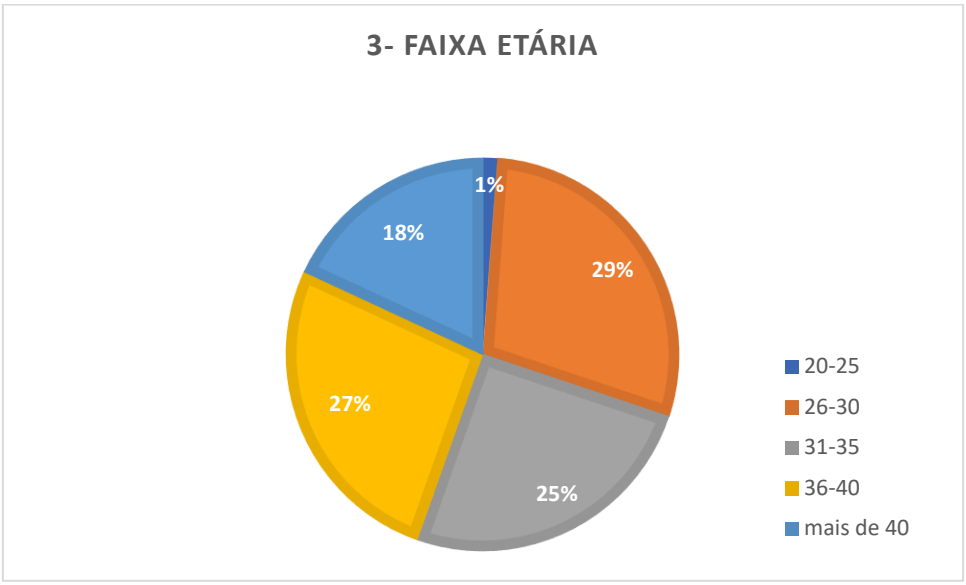


Figura 9 - Pergunta 3 – Qual a sua faixa etária?
Fonte: Dados da pesquisa

Fazendo a relação entre faixa etária e tempo de formado, nota-se que os respondentes com mais de 40 anos também possuem mais de 10 anos de formados. A maior parte dos residentes se encontra na faixa dos 26 aos 30 anos, sinal de a residência médica em Psiquiatria acontece subsequentemente após a graduação em Medicina, ponto também evidenciado pelos formados há menos de 5 anos sendo maioria nas faixas de 31 a 35 anos e de 36 a 40 anos. A DMB de 2023 também ressalta que há mais médicos jovens se formando, logo pode-se pensar que, por serem pessoas mais novas e, em início de carreia, existiria, em tese, uma pré-disposição aumentada ao aprendizado, e, por isso, as questões sociais oriundas dos atravessamentos de raciais teriam espaço importante e significativo na formação desses profissionais.

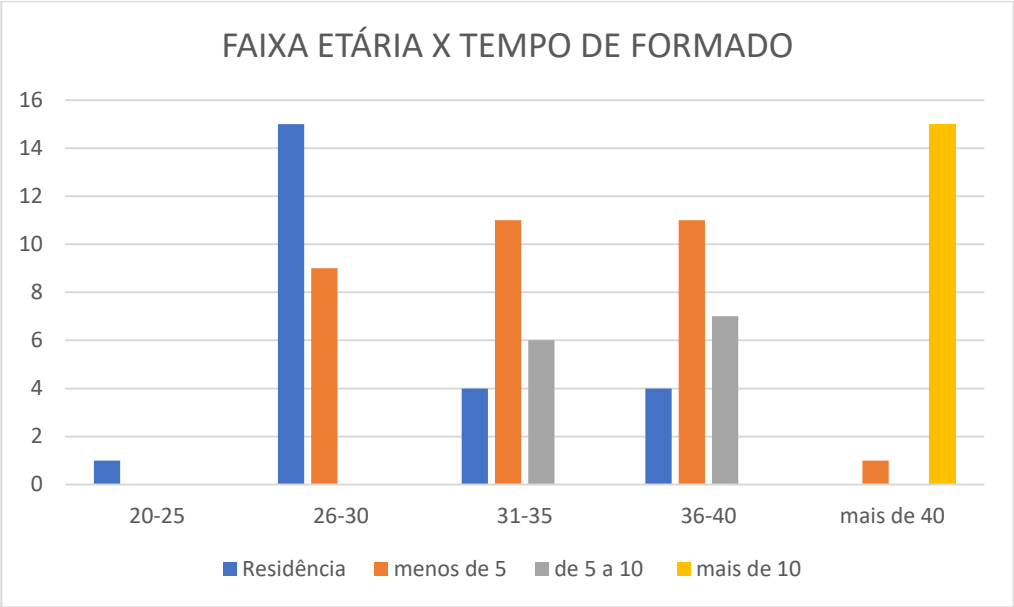


Figura 10 - Relação entre faixa etária e tempo de formado
Fonte: Dados da pesquisa

A pergunta 4 foi sobre a instituição de ensino em que a residência estava em curso ou havia sido cursada. Notou-se que os respondentes foram de diversas regiões do país, sendo a maior concentração em São Paulo e Rio de Janeiro, regiões onde tenho mais contatos pessoais. Acredito que esse atravessamento pessoal gerou esse recorte, sendo as instituições que mais apareceram em número de respondentes. A DM de 2020 também mostra que a maior concentração de médicos está na região Sudeste e no estado de São Paulo, somando 53,2% do total. O próximo gráfico trata da distribuição geográfica das instituições:

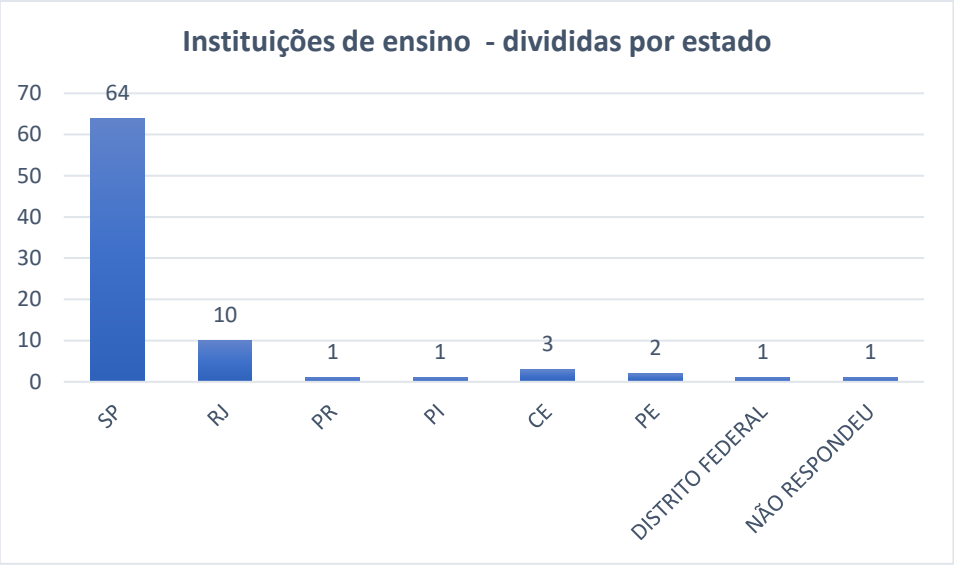


Figura 11 - Pergunta 4 - Em qual instituição de ensino você fez/faz a sua residência médica em Psiquiatria?
Fonte: Dados da pesquisa

O próximo gráfico diz respeito ao tempo de formação em Psiquiatria, dividindo as respostas em: cursando a residência, formado há menos de 5 anos, entre 5 e 10 anos e mais de 10 anos. A distribuição dos respondentes foi bastante equilibrada, no entanto, a maioria, 30% estão formados há menos de 5 anos, seguido por 26% há mais de 10 anos formados, 24% ainda na residência e 20% formados entre 5 e 10 anos.

Na DMB de 2023, há um capítulo exclusivo para falar sobre residência médica, aspecto não observado com tantos dados no levantamento anterior. O número de residentes de primeiro ano soma 8% do total de médicos em atividade no país, sendo a região Sudeste com 56,1% do total, seguidas pelas regiões Nordeste com 16,1% e Sul com 16,1%. Centro-Oeste e Norte seguem com as menores concentrações de residentes com 7,5% e 3,6% respectivamente.

Na DMB deste ano, em pesquisa realizada por telefone com 1614 médicos residentes, o levantamento sobre autodeclaração racial demonstrou que 70,1% se declararam brancos. 24,5% pardos, 3% pretos, 1,7% amarelos, 0,1% indígena e 0,6% não souberem ou não quiseram responder. Os números nas duas pesquisas se diferem em proporcionalidade, mas refletem resultados semelhantes. Em ambos, podemos pensar nas ações afirmativas que possibilitaram o ingresso de pessoas negras e nas bolsas estudantis como possibilidade de manutenção das pessoas negras em formação. Os números ainda estão distantes de refletir a realidade, porém há de se esperançar na construção e na retomada dos caminhos de mudanças.

Um dos aspectos sabidos que leva à evasão da universidade, principalmente em cursos com carga horária que inviabiliza a associação com trabalhos é questão financeira. Existem diversos tipos de financiamento estudantil, privados ou públicos, parciais ou totais, como, por exemplo, o Fies (que é reembolsável e o pagamento da dívida acontece após a formação) e o ProUni (não reembolsável). A proposta de análise feita pela DMB deste ano mostra que, no período compreendido entre 2010 e 2019, houve um aumento de cerca de 3000 ingressantes atendidos por algum tipo de financiamento para cerca de 6200. Contudo, quando o recorte temporal é de 2010 a 2014, esse número é muito maior, pois chegou a quase 8000 alunos. A queda é atribuída, por eles, na mudança do volume de ofertas e pelas mudanças políticas. Abaixo, a figura de mostra a destruição dos respondentes quanto ao tempo de formado:

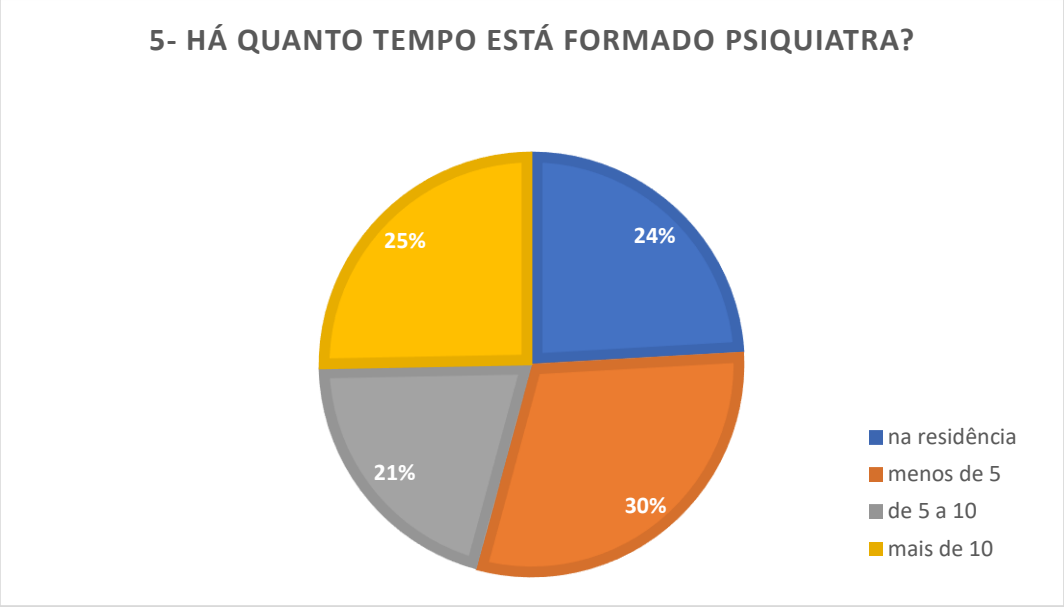


Figura 12 – Pergunta 5 – Há quanto tempo está formado psiquiatra?
Fonte: Dados da pesquisa

Na pergunta 6, referente ao atendimento de pessoas pardas e pretas na residência, a resposta foi unânime. 100% prestaram atendimento a essa população durante a sua formação profissional. Melhor dizendo, todos os respondentes tiveram, ao longo de sua formação, o contato com, ao menos, um paciente pardo/preto, o que ressalta, mais uma vez, a importância do aprendizado das características específicas desse grupo populacional, que é a maioria da população do país, conforme demonstra o gráfico abaixo.

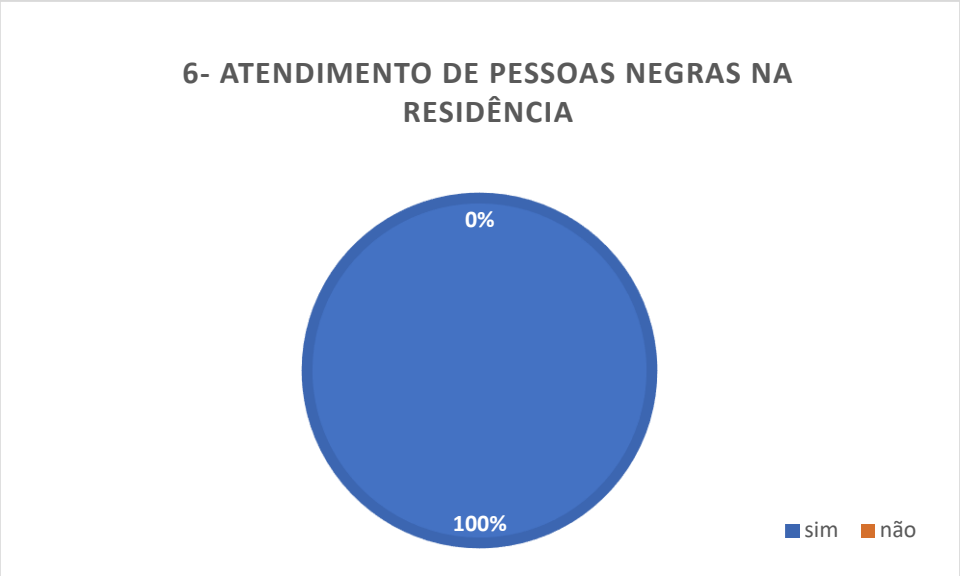


Figura 13 – Pergunta 6 - Durante a sua residência você atende/ atendeu pessoas pardas/pretas?
Fonte: Dados da pesquisa

A pergunta 7 foi a primeira questão aberta e, a partir dessa, as análises são construídas sem paralelismo com a DMB, já que, a partir dessa pergunta, os questionamentos se deram com foco na percepção sobre o aprendizado a respeito das questões raciais. Essa questão perguntou como foram ensinados a preencher a identificação étnico-racial dos pacientes no prontuário e/ou protocolos de atendimentos, levando em consideração que as residências são feitas em instituições em que há o preenchimento de fichas de identificação dos pacientes ou o preenchimento das informações acerca do atendido registradas no prontuário. O objetivo dessa pergunta era iniciar o processo de reflexão acerca do aprendizado das questões referentes às pessoas negras, processo esse que se inicia ao se identificar racialmente um indivíduo. O racismo no Brasil, de acordo com Nogueira (2007), acontece pelo fenótipo, quer dizer, as características físicas são determinantes para a prática do preconceito, o que ele chama de racismo de marca. Dessa forma, perguntar como a identificação das características que determinam a pessoa ser negra foi aprendida me pareceu fundamental nessa construção.

Todas as respostas abertas do questionário foram organizadas em classes de respostas por semelhança e classificados como “outros” respostas que não se enquadravam em nenhuma classe definida, como, por exemplo, ausência de resposta.

Vale ressaltar que houve duas respostas com apontamentos importantes para a realidade da emergência psiquiátrica, em que, em função do quadro em que o paciente

chega ao Pronto Socorro, essa avaliação fica difícil de ser realizada por autodeclaração e acaba ou ficando em aberto ou sendo feita via heteroidentificação do profissional.

A maioria dos respondentes, 40%, contou que não foi ensinada a realizar esse procedimento, 4% sinalizam que foram ensinados, no entanto não respondem como aprenderam. 33% somam aqueles que fazem por autodeclaração, por heteroidentificação são 18% e 5% tiveram suas respostas qualificadas em outros. Ao analisarmos as categorias classificadas nas respostas, a maioria dos respondentes disse que não houve o ensino dessa prática. Isso faz surgir outras perguntas como não houve pois não há essa informação nos protocolos utilizados nas instituições? Não foi, pois se entende que a identificação étnico-racial não precisa ser ensinada? Os que fazem autodeclaração aprenderam a assim fazer na graduação, na prática clínica ou outro lugar? Aqueles que não aprenderam e os que fazem por heteroidentificação somam a maioria dos respondentes, 58%, o que sugere que mesmo a porcentagem de quem utiliza a autodeclaração sendo significativa, 33%, o marcador raça/cor não é substancialmente levado em consideração no preenchimento dos protocolos de atendimento. Esses dados levam a supor que identidade racial do atendido não é levada em consideração para o atendimento, acentuando a universalização dos sujeitos e de suas dores. O fato é que, apesar de gerar incômodo, faz costura direta com a ausência da questão racial nas matrizes pedagógicas. Da mesma forma, o uso da autodeclaração por aqueles que não aprenderam poder se dar pelo uso intuitivo, dado que esses profissionais, em suas vidas particulares, já tiveram de fazê-lo acerca de si mesmos.

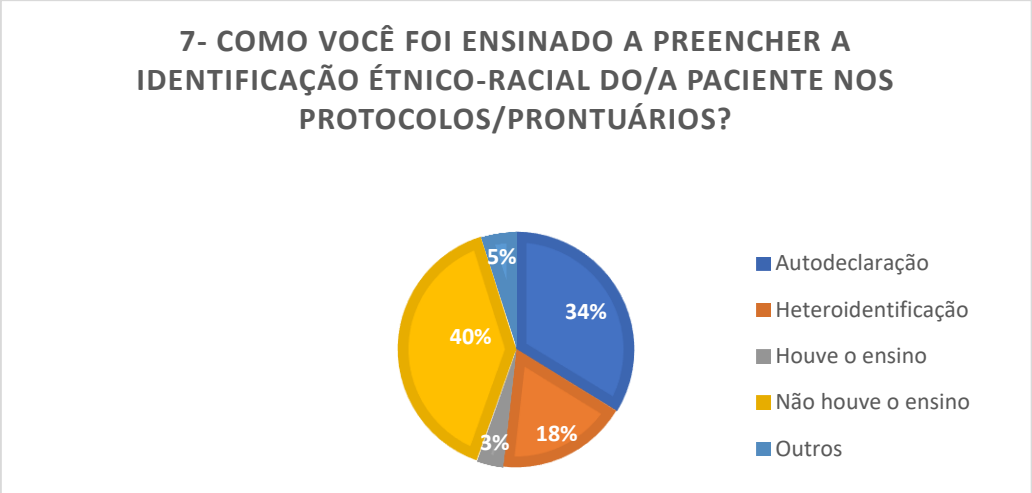


Figura 14 - Pergunta 7 – Como você foi ensinado a preencher a identificação étnico-racial do/a paciente nos protocolos/prontuários?
Fonte: Dados da pesquisa

Já a pergunta 8 questionou como a identificação étnico-racial é feita na atualidade. Aqui, 37% dos respondentes contaram que fazem por autodeclaração, seguidos de 35% que não fazem, 13% faz por heteroidentificação, 6% são preenchidas por outros profissionais e 9% as respostas foram classificadas como outros.

Quando comparamos as respostas das questões 7 e 8, notamos que há aumento na porcentagem de profissionais usando a autodeclaração, que sobe de 34% para 37%. A heteroidentificação tem uma queda de 18% para 13%. Mesmo que o percentual de profissionais que não faça seja alto, os números absolutos indicam alguma mudança. No entanto, o que mais desperta atenção é que somam 48% os respondentes que não fazem ou usam a heteroidentificação.

É preconizado pela CNRM, que, ao final do primeiro ano, o residente seja capaz de identificar o paciente em sua individualidade e singularidade, avaliar o crescimento e o desenvolvimento humano, levando em consideração diversos aspectos, como os socioculturais e os étnicos (esse aspecto aparece somente nas diretrizes propostas para o ensino a partir de 2022), como também elaborar planos de tratamento que considerem, da mesma forma, os aspectos socioculturais. A soma entre os que não fazem e os que usam a heteroidentificação chega a quase metade dos respondentes. Como as diretrizes de 2006 abarcam a formação da maior parte dos respondentes, esse número, apesar de absurdo, condiz com a falta da instrumentalização dos profissionais da psiquiatria quanto a identificação do elemento racial em seus atendimentos. Ainda que, de 2006 para cá, a temática racial esteja sendo amplamente discutida, tanto pela tentativa de anulação da existência do racismo, visto nos últimos 4 anos, tanto quanto pelas movimentações opostas a isso, a prática da autodeclaração não é uma realidade para a maior parte dos médicos que responderam a essa pesquisa. O suposto incômodo em perguntar ao paciente como ele se percebe fica sugerido por esse quadro. Ser negro no Brasil sempre foi visto como lugar de demérito, porém, dentro do consultório psiquiátrico, onde deveria ser sabido que o racismo produz dores que levam ao adoecimento mental, negar ao paciente a possibilidade de contar como se vê racialmente pode chegar também à negação do atendimento qualificado para a sua dor. Fato que pode ser muito duro para as pessoas negras de pele clara, que, muitas vezes, são socialmente lidas como brancas, todavia tem as suas individualidades igualmente atravessadas pelo racismo.

Dados que podemos observar na figura abaixo:

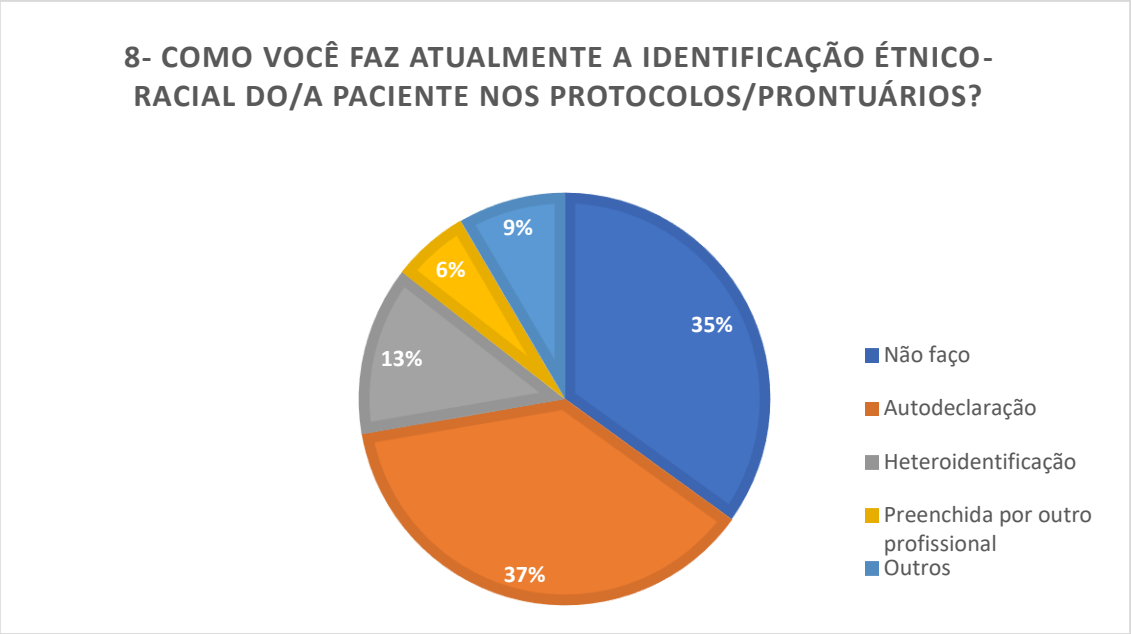


Figura 15 - Pergunta 8 - Como você faz atualmente a identificação étnico-racial do/a paciente nos protocolos/prontuários?
Fonte: Dados da pesquisa

A pergunta 9 foi construída a partir das referências de Neusa Santos (2021), Izildinha Nogueira (2021), Grada Kilomba (2019) e o próprio Franz Fanon (2008), que foram descrevendo, em suas pesquisas, como o racismo molda a subjetividade negra pelos traumas e pelas dores que provoca. A intenção era questionar se, ao longo da residência, esses aspectos que levam ao adoecimento mental e são experenciados pela população negra desde a tenra infância foram discutidos em espaços de ensino que iam desde as aulas teóricas (na pergunta chamei de “sala de aula” as discussões de atendimentos), passando por outros espaços educacionais utilizados nas residências, como *journal club*, reuniões clínicas e científicas. O resultado dessa pergunta foi de 88% dos respondentes sinalizando que não tiveram esse ensino e apenas 12% o obtiveram.

Ao final do terceiro e último ano de residência, é esperado que o residente seja conhecedor das abordagens da psicoterapia e tenha o domínio da aplicação dessas, habilitando então o psiquiatra ao atendimento psicoterapêutico. Sendo assim, a formação habilita o profissional psiquiatra aos cuidados da população negra sem levar em consideração os aspectos que permeiam a construção da singularidade da pessoa negra no Brasil. Esse aspecto, da falta do ensino da subjetividade negra, não é exclusivo da Psiquiatria, no entanto, de acordo com os estudos da Damasceno e Zanello (2018), que descrevemos no capítulo I, é a única área que não tem artigos publicados nos

últimos quinze anos fazendo amarras entre o racismo, a saúde mental, assistência, ensino e a psiquiatria.

Quando se relaciona o tempo de formação e a presença das discussões sobre a construção da subjetividade negra, nota-se que esse estudo é mais presente no repertório daqueles que estão em formação e ausente no daqueles formados há mais de 10 anos. Ficando isso muito similar no daqueles que se formaram há menos de 5 anos e de 5 a 10 anos, o que demonstra que, quanto maior a presença de negros nos espaços de formação acadêmica, maior a possibilidade de se abranger as discussões sobre a temática. Vale sempre destacar que esta presença é fruto das ações afirmativas, pois, desde que foram implantadas, estão transformando a chegada das pessoas negras em diversos espaços e não mais por exceção e a própria presença já provoca algumas mudanças, como, por exemplo, a proposta dessa pesquisa. A seguir, os gráficos que ilustram esses dados:

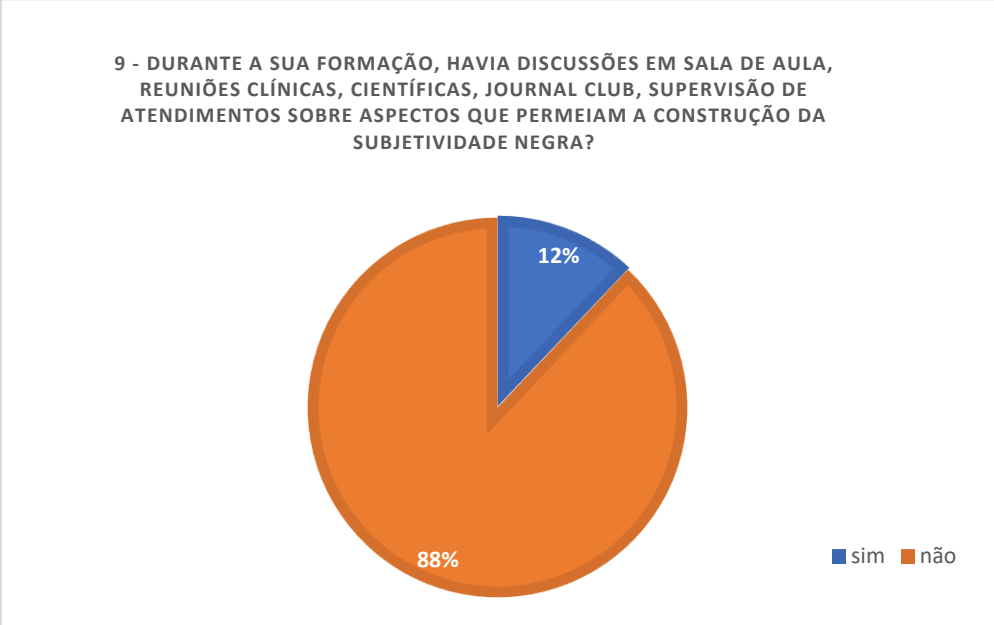


Figura 16 - Pergunta 9 - Durante a sua formação, havia discussões em sala de aula, reuniões clínicas, científicas, *journal club*, supervisão de atendimentos sobre aspectos que permeiam a construção da subjetividade negra?
Fonte: Dados da pesquisa

A seguir, a figura que assinala a articulação entre o tempo de formação e os estudos sobre a subjetividade negra:

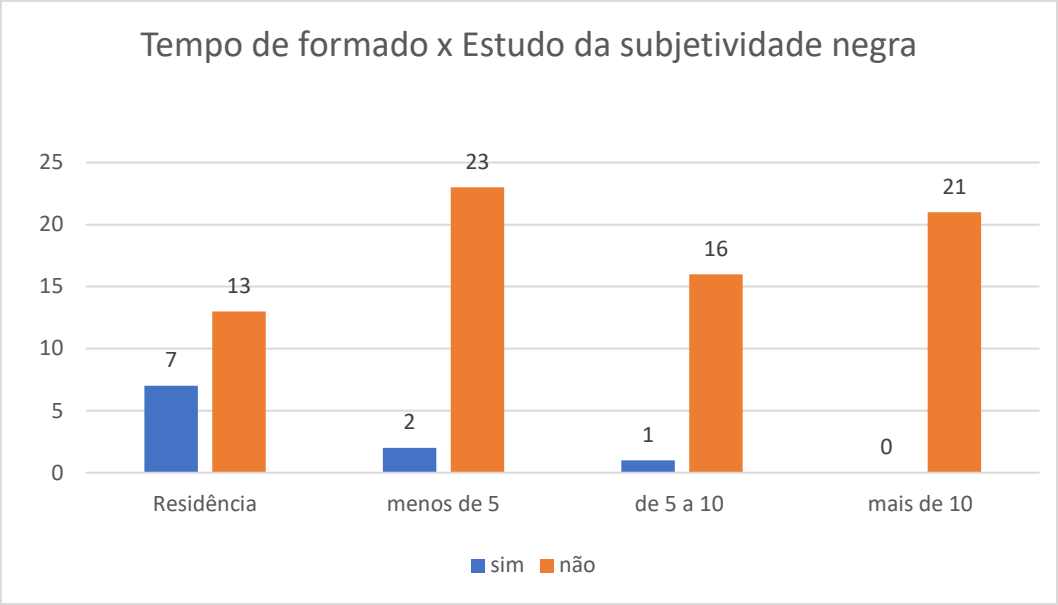


Figura 17 - Relação entre o tempo de formado e o estudo da subjetividade negra (pergunta 9)
Fonte: Dados da pesquisa

A pergunta número 10 teve por intuito questionar se os aspectos sociais e os culturais que envolvem diretamente o diagnóstico e os tratamento foram estudados, considerando que o atendimento majoritário na residência é para a população que busca o SUS e que, consequentemente, é negra e vivencia aspectos de vulnerabilidade social, insegurança alimentar, violência policial, de gênero, sexual, obstétrica em números maiores. (Agência Senado, 2022; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022). Nessa questão, 82% responderam que não tiveram esse estudo na sua formação e 18% responderam que estudaram. A maior parte esmagadora de respondentes contaram que não estudaram os aspectos questionados, o que beira o absurdo. Mesmo as diretrizes propostas pela CNRM de 2006 nem citarem a questão racial ou étnica (como acontece na CNRM de 2021), elas falam sobre ser esperado que o psiquiatra ao final de sua formação seja capaz de “reunir informação essencial e acurada sobre seu paciente” e “tomar decisões de maneira informada acerca das intervenções diagnósticas e terapêuticas, com base nas informações e preferências do paciente, nas evidências científicas atualizadas e no julgamento clínico” (BRASIL, 2006), ou seja, não levar em consideração a questão racial dentro dessas preconizações é colocar novamente o negro como não humano e raça como uma questão talvez apenas de pobreza e de fome. Abaixo, a figura que ilustra os resultados da questão 10:



Figura 18 – Pergunta 10 - As questões socioculturais envolvidas no diagnóstico da população negra foram estudadas ao longo de sua residência no que se refere a diagnóstico e tratamento?
Fonte: Dados da pesquisa

Na lógica de aprofundar os questionamentos e utilizando os saberes preconizados pela CNRM, a pergunta 11 foi como os principais fatores, desde os de risco, passando pelo diagnóstico diferencial e o tratamento dos transtornos mentais, foram ensinados a partir dos fatores socioculturais, econômicos, étnicos, sexuais, religiosos-espirituais e familiares, compreendendo que o processo de escravização tem consequências que perduram até os dias atuais e elas vão desde a escassez econômica pela falta de acessos herdada geracionalmente às questões das patologias com o estresse como fator de risco para o adoecimento, como a depressão, a ansiedade, a esquizofrenia que possuem maior incidência nas pessoas negras, como consequência dos males advindos do racismo.

As respostas foram agrupadas por classes de respostas. A maior parte delas, 27%, disse que esses aspectos não foram discutidos, seguidos por 19% que disseram que a discussão foi insuficiente, seguidos por 16% das respostas nas quais os fatores socioeconômicos eram abordados sem a temática racial. Continuados por 15% que contaram que as questões eram abordadas com a temática racial, 14% relataram que o aprendizado acontece em discussão e casos clínicos específicos, 8% das respostas foram enquadradas em “outros”, (foram consideradas nessa categoria respostas como “sim”) e 1% não soube responder. Na análise dos dados absolutos, quando há correlação dos fatores de risco nos transtornos mentais, relacionados a aspectos sociais, culturais e raciais, a formação majoritariamente não discute, ou quando o faz é

percebido de forma insuficiente por 43% dos residentes e já formados. Os que aprenderam em casos específicos ou tiveram os temas abordados somam 29%, conforme podemos observar no gráfico abaixo:

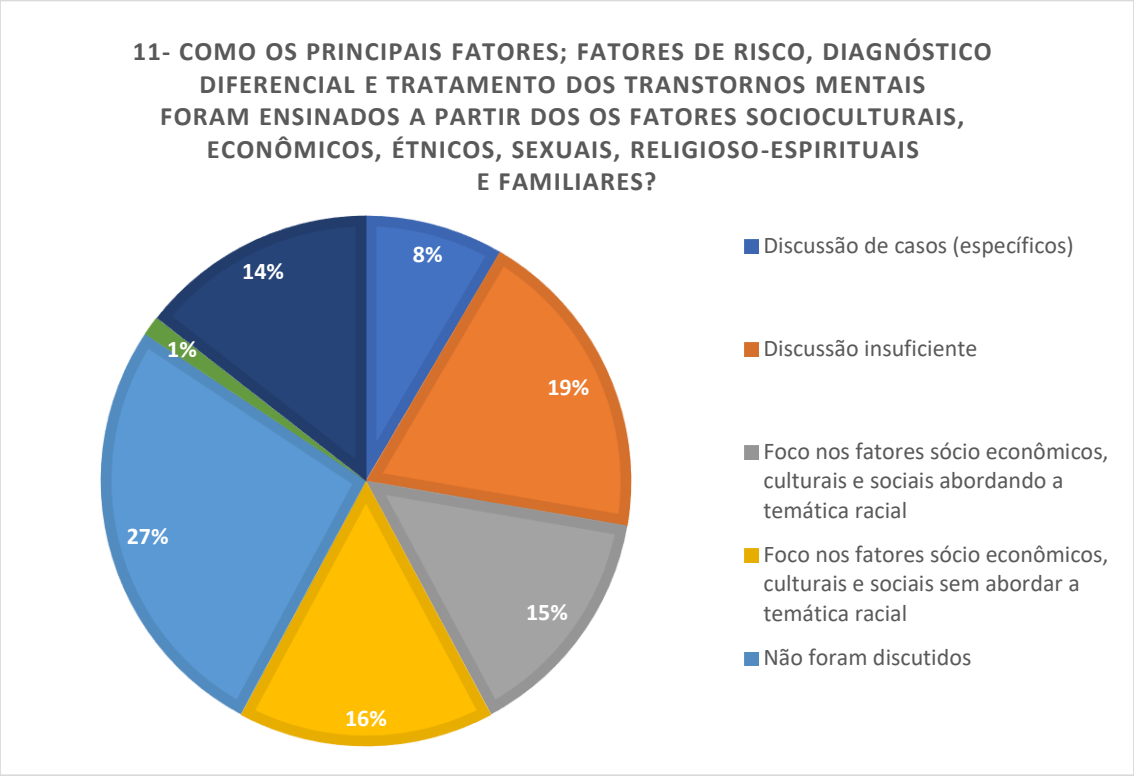


Figura 19 – Pergunta 11 - Como os principais fatores; os fatores de risco, diagnóstico diferencial e tratamento dos transtornos mentais foram ensinados a partir dos fatores socioculturais, econômicos, étnicos, sexuais, religioso-espirituais e familiares?
Fonte: Dados da pesquisa

Já a pergunta 12 foi sobre a autopercepção desses profissionais quanto a sua aptidão na compreensão de fatores que foram sendo questionados nas perguntas anteriores e que fazem parte dos aspectos salientados como necessários para a formação de um especialista.

Dessa vez, a maioria respondeu que talvez se sinta apto, com 60% das respostas, seguido de 23% sentindo-se apto e 17% não apto na compreensão, como vemos a seguir:

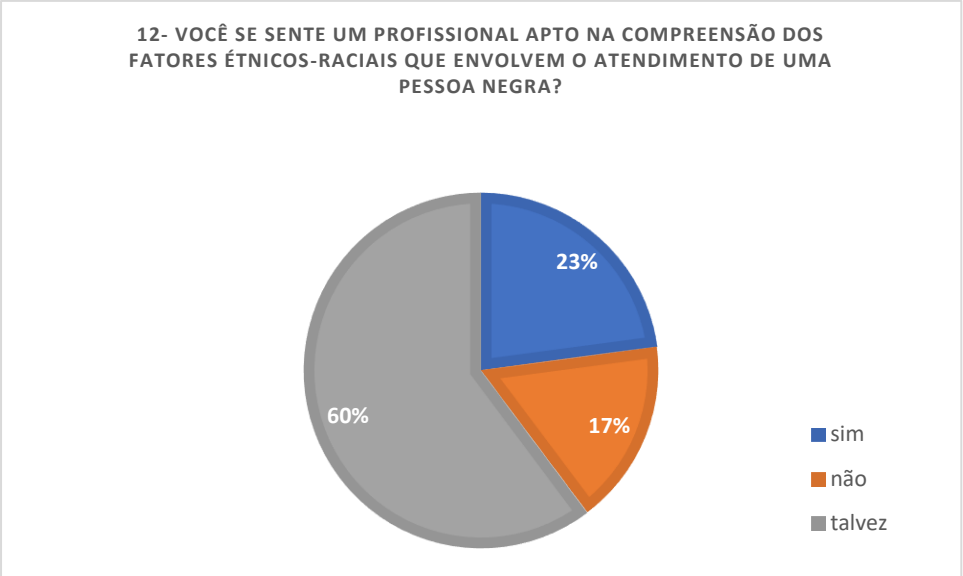


Figura 20 – Pergunta 12 - Você se sente um profissional apto na compreensão dos fatores étnico-raciais que envolvem o atendimento de uma pessoa negra?
Fonte: Dados da pesquisa

Quando relaciono a aptidão com a autodeclaração racial entre as pessoas negras (pretas e pardas), a resposta “talvez” aparece mostrando que ser negro não é suficiente para ter conhecimentos profissionais sobre as questões que englobam o acompanhamento de um paciente negro na Psiquiatria. Ser negro não é resposta, mas indica caminho de tensionamento para o surgimento dessas questões ao longo do ensino, pois, quando olhamos para aqueles que se formaram há mais de 10 anos, a temática racial nem foi aprendida.

Número que não é proporcional ao olharmos para as pessoas autodeclaradas brancas que sentem essa aptidão, o que pode ser interpretado como certa soberba, característica presente na branquidade, que não faz autocrítica sobre os próprios privilégios e ocupação de saber e poder, acerca de um conhecimento imprescindível, que, como já vimos, que não foi ensinado. Eu me questiono quais aspectos, além da branquidade, levariam esses médicos a se sentirem aptos a prestar um atendimento que não foi lhes ensinado? Minha reflexão caminha para a costura, ainda que com pontos mais frouxos, que trazem a questão racial como menos considerada ou colocada como questão apenas social e por essa razão esse resultado quanto a própria percepção.

Ao fazer a intersecção dos dados sobre autopercepção de aptidão, o estudo das questões socioculturais e o modo como eles foram ensinados, percebemos resultados significativos, conforme a figura abaixo:

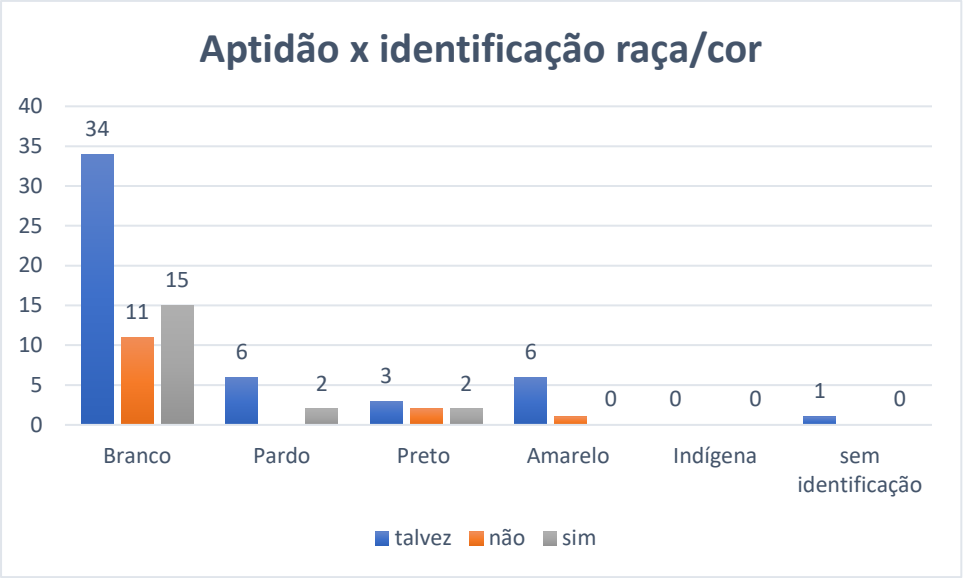


Figura 21 - Relação entre autopercepção de aptidão e identificação étnico-racial
Fonte: Dados da pesquisa

Dos 82% que responderam que não tiveram as questões socioculturais estudadas no que se refere a diagnóstico e a tratamento, foram analisados na intersecção de como os principais fatores foram ensinados versus a autopercepção da aptidão. As classes de respostas estão em maioria contando sobre a ausência do ensino, são elas: “não foram discutidos”, “foco nos fatores, sem abordar a temática racial” e “discussão insuficiente”, em contrapartida as outras duas que demonstram a presença, sendo elas, “discussão de caso” e “foco nos fatores abordando a temática racial”. O que chama a atenção nessa figura é a incerteza sobre a aptidão, pois ela é superior a 50% em todas as classes de respostas, o que leva a entender que a dúvida existe, contudo quanto mais o estudo se aprofunda, como vemos especificamente nas classes de resposta; “foco nos fatores” e “discussões de caso”, mais a percepção da aptidão aumenta. Já a inaptidão é maior quando não há nenhum tipo de discussão. Temos profissionais médicos da área da Psiquiatria majoritariamente em dúvida sobre a própria aptidão para o atendimento da população negra, principalmente quando a temática racial não é abordada no ensino dos fatores e com discussões insuficientes. Ressalta-se para o fato de os respondentes declararem percepção de aptidão mesmo respondendo que não estudaram ou estudaram de forma insuficiente as especificidades da população em questão. Isso leva a possibilidades reflexivas, que vão para o caminho inicialmente de como a posição de poder subjugada à medicina permite que, mesmo diante da afirmação de não conhecimento, a autopercepção sobre a aptidão para determinado assunto se faz presente, tanto quanto a valorização ao longo da formação

do aprendizado das técnicas utilizadas no exercício da profissão, sejam elas de psicoterapia ou sejam de outras abordagens de tratamento e de execução de determinadas condutas.

Abaixo, o gráfico que ilustra o cruzamento da autopercepção da aptidão e o estudo dos fatores.

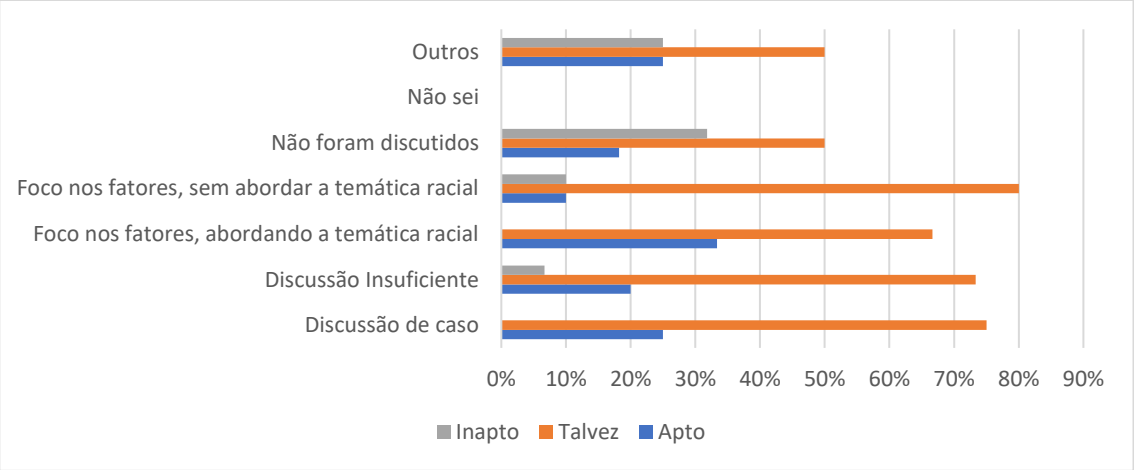


Figura 22 – Relação entre as perguntas 10 X 11 x 12
Fonte: Dados da pesquisa

Quando a discussão se foca no estudo sobre as questões que permeiam a construção da subjetividade negra no cruzamento com as questões do ensino sobre os aspectos socioculturais e a autopercepção de aptidão, analisando os 12% dos respondentes que disseram que tiveram discussões sobre a construção da subjetividade negra em sala de aula e outros espaços de ensino, entendemos que a percepção de aptidão é novamente maior naqueles que estudaram ao longo da residência. A dúvida sobre a aptidão é maior naqueles que não estudaram os fatores na residência, salientando assim que, quando há o estudo, há maior suposta segurança na prática desse saber.

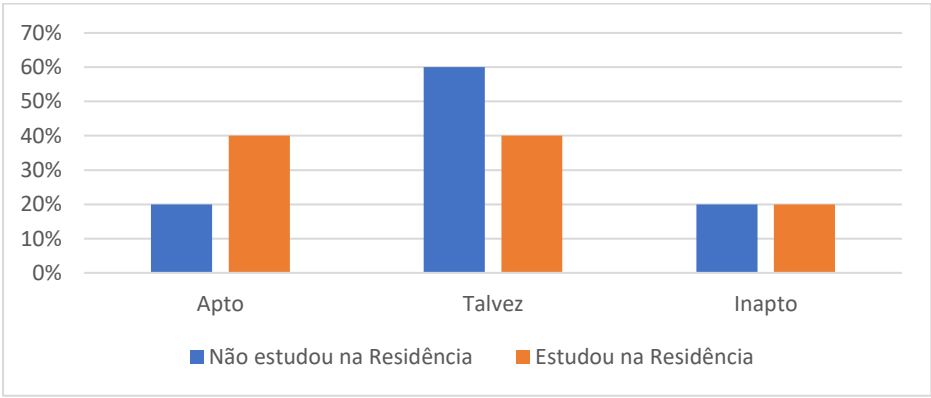


Figura 23 - Relação entre as perguntas 9 x 10 x 12
Fonte: Dados da pesquisa

A pergunta 13 foi sobre a aptidão no atendimento à população negra ter sido construída na residência médica e 86% responderam que não a adquiram ao longo da residência e 14% disseram que sim.

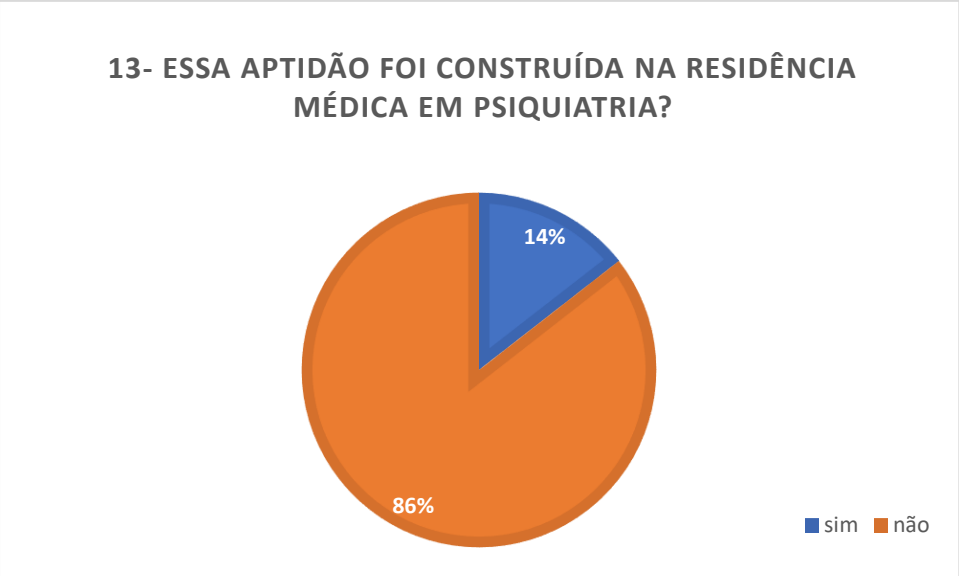


Figura 24 – Pergunta 13- Essa aptidão foi construída na residência médica em Psiquiatria?
Fonte: Dados da pesquisa

A figura a seguir ilustra a autopercepção de aptidão em relação ao tempo de formado. A percepção de aptidão é maior naqueles que cursam a residência e naqueles com mais de 10 anos de formados. Os respondentes com mais de 10 anos de formados são aqueles que 100% disseram que não tiveram o estudo da construção da subjetividade negra na residência, o que leva a questionar se esse aprendizado se deu pelo tempo de experiência, na busca ativa por aprofundamento ou só por acreditar que os anos foram suficientes para essa compreensão. Já naqueles que estão na residência e que se entendem aptos, podemos compreender que se dá pela explanação da temática, assim como em um tensionamento das questões provocadas pela própria presença dessas pessoas. Ademais, independentemente do tempo de formação, a resposta “talvez” é superior em mais de 10% em relação as respostas sim e não, destacando novamente a notoriedade desse dado.

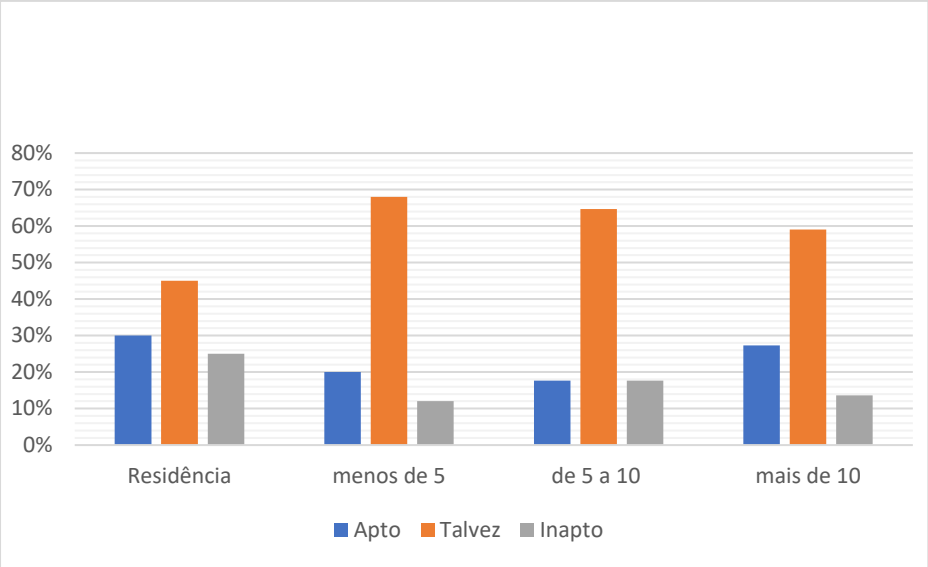


Figura 25 – Questão 5 x 12 x 13
Fonte: Dados da pesquisa

Na observação daqueles que respondem que se autopercebem aptos na compreensão das questões étnico-raciais que envolvem o atendimento da pessoa negra correlacionado ao tempo de formação e se essa aptidão foi construída na residência, nota-se uma contradição naqueles formados há mais de 10 anos, pois cerca de 33% desse grupo alegou que essa aptidão foi construída na residência, todavia são os mesmos que dizem não terem aprendido sobre as questões da subjetividade negra ao longo da formação em Psiquiatria. Essa contradição de dados pode ser pensada por essas serem as últimas perguntas do questionário ou pela compreensão de que a construção da subjetividade negra e os principais fatores para o adoecimento mental (socioculturais, econômicos, étnicos, sexuais, religioso-espirituais e familiares) não possuem relação direta no adoecimento psíquico das pessoas negras, como sugere essa resposta dada por um respondente específico, formado há mais de 10 anos, que não estudou a subjetividade negra, mas estudou os fatores socioculturais envolvidos no diagnóstico e tratamento, que se sente apto e que não adquiriu esse conhecimento na formação, mas que, ao responder a pergunta 11, alegou que, na maior parte dos transtornos psíquicos, a classe social é o maior fator de risco para o adoecimento e que não há uma necessária correspondência à etnia.

Essa resposta abre um novo campo de discussão que não me propus aqui com aprofundamento, que fala sobre os problemas de desigualdade enfrentados no Brasil serem raciais e não somente sociais, entretanto sugere um aspecto de relevância para investigação posterior, visto que se a compreensão descrita nessa resposta específica

é também adotada pelas instituições médicas na construção de suas diretrizes de ensino, o trabalho de letramento desses espaços tem um novo fator de exploração.

Ou ainda, como veremos na última pergunta, a percepção de aptidão estar influenciada por outros aspectos, como a busca por conhecimento externo em cursos, palestras, *lives*, as interações com as pessoas negras ou até mesmo o acompanhamento de determinadas páginas em redes sociais que exploram o tema.

A seguir, o gráfico que demonstra os resultados acima discutidos.

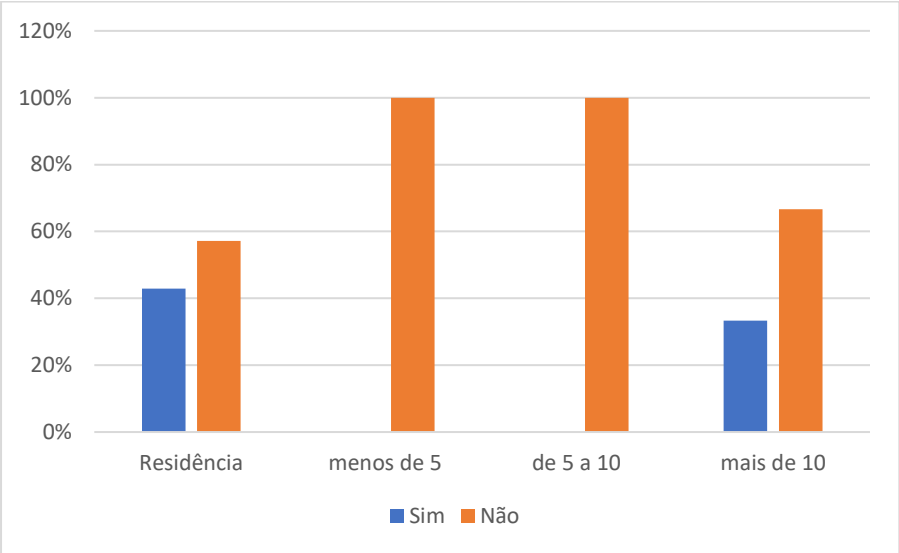


Figura 26 – Pergunta 5 x 12 x 13

Fonte: Dados da pesquisa

A pergunta 14 questionou onde se buscou a qualificação na aptidão para o atendimento da população negra. Nessa questão, as perguntas também foram organizadas por classes de respostas e escolhida a primeira opção descrita pelo respondente, pois alguns colocaram mais de um caminho de qualificação pessoal. A maior parte dos respondentes sinalizou que a busca é por conta própria, por meio de leituras não científicas e científicas sobre o tema, seguidos da qualificação compreendida como obtida na experiência profissional e formação específica a temática. Quando somamos aqueles que buscaram por leituras, recursos de mídia e internet, amigos e os que não buscaram, nota-se que somam a maioria dos respondentes, o que sinaliza que, ainda que haja números representativos de respondentes que buscaram desde o estudo formal ao informal, a temática racial ainda não faz parte do cotidiano de busca e nem de formação do aprendizado profissional.

Os dados demonstram a proeminência da necessidade do ensino de todas as questões que envolvem a população negra desse país, as diretrizes da CNRM, em vigência, isto é, a mais atualizada, que passou a ter vigorar no último ano, não levam em consideração esses aspectos.

Podemos dizer que a maior aproximação à questão está descrita como uma das competências e das habilidades esperadas para o residente ao final do primeiro ano, no item 19, da seguinte forma: “avaliar o crescimento e do desenvolvimento humano, incluindo os desenvolvimentos biológico, cognitivo e psicossexual, bem como os fatores socioculturais, econômicos, étnicos, sexuais, religioso-espirituais e familiares” (BRASIL, 2021).

Quando se refere a étnico, não abarca necessariamente as questões da população negra, uma vez que que a composição étnica no Brasil é variada e envolve outras etnias não só as de origem africana. O elemento “étnico” descrito na competência, não responde às necessidades de cuidado na assistência provenientes das pessoas negras. Sendo assim, podemos inferir que a universalização dos indivíduos em um país tão desigual, com uma história escravocrata, que, ainda nos dias atuais, mantém pessoas vivendo em situações de escravização, com a maioria populacional negra e com políticas nacionais específicas anteriores ao lançamento das últimas orientações sobre a residência médica em Psiquiatria só indica uma movimentação ativa nessa negação desse ensino.

A dúvida sobre a aptidão à prestação de um atendimento adequado, pois compreende-se, de acordo com as próprias preconizações do CNRM, que adequação seja entender sobre o indivíduo atendido de forma global, é ponto preocupante nessa análise, ainda maior do que aqueles que não tiveram ensino e ainda assim se acham aptos. Os profissionais da Psiquiatria cuidam das questões desde o diagnóstico até o tratamento, seja ele medicamentoso ou seja psicoterapêutico e estão contando que não sabem se estão prontos para atender a maior parte das pessoas desse país. Em todas as intersecções propostas, a resposta “talvez” aparece em proporção preocupante, sendo maior quando está relacionada ao não estudo/ensino dos fatores associados à população negra, seja ele a construção da subjetividade, tão importante quando falamos de atendimento em psicoterapia, quanto as questões socioculturais, familiares, sexuais, religiosas.

Abaixo o gráfico que demonstra quais os instrumentos de qualificação buscados pelos profissionais respondentes para além da residência médica.

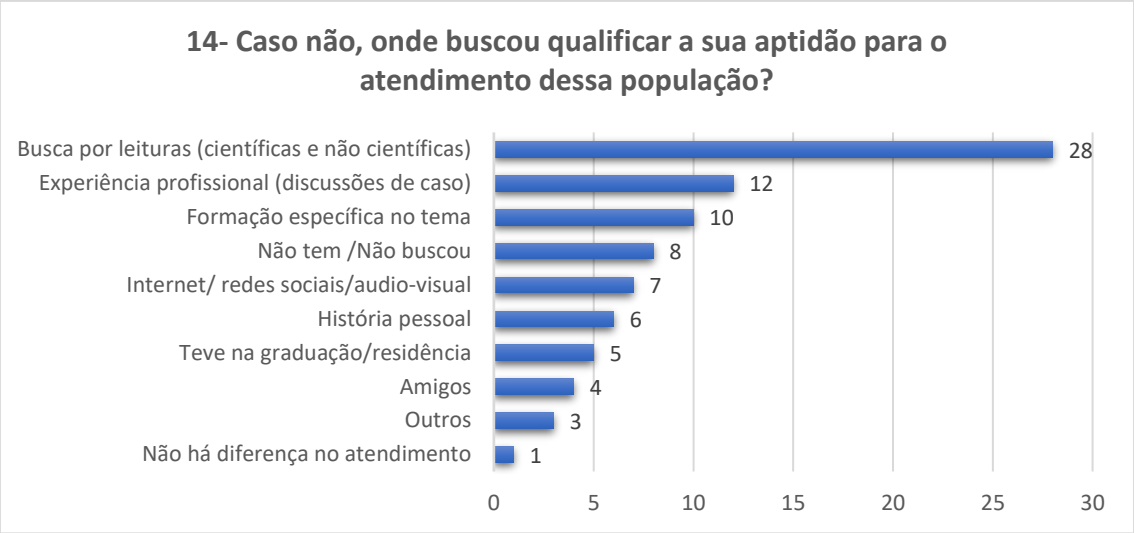


Figura 27 - Pergunta 14 - Caso não, onde buscou qualificar a sua aptidão para o atendimento dessa população?
Fonte: Dados da pesquisa

As costuras propostas por esse capítulo demonstraram dados que foram desde o levantamento sociodemográfico dos respondentes, relacionando-os com os dados das demografias médicas de 2020 e 2023, com aprofundamentos propostos pelo questionário que foi das questões sobre as percepções a respeito do que foi ou não ensinado ao longo da sua formação como Psiquiatra, tal como a autopercepção de aptidão no atendimento da população escolhida para a análise, além de algumas intersecções reflexivas para análise dos objetivos propostos.

Percebe-se que os números que contemplam a população negra dentro do curso de medicina, passaram a ser analisados a partir das cotas e a entrada de alunos negros, não mais por exceção, é uma decorrência direta das ações afirmativas e demonstra o quanto elas importantes e imprescindíveis para a maior diversidade dos espaços acadêmicos. De maneira que, possivelmente foi essa presença dentro da residência médica, assim como a ampliação das discussões raciais em todas as formas de mídia, que levou as problematizações das questões raciais dos atendidos, porque ela não está presente nas diretrizes propostas pela CNRM de 2006 e 2021 para a psiquiatria.

A autodeclaração racial, tão importante para a afirmação de um lugar de pertença, vê-se que é de grande dificuldade de utilização e quando feita, ainda ocorre em número expressivo através da heteroidentificação. Com exceção das emergências, presentes no cotidiano da psiquiatria, os acompanhamentos de hospital dia, CAPS e ambulatório permitem essa pergunta direta ao paciente, mesmo que este não saiba responder, é respeitoso que ele possa dizer como se percebe racialmente, pois o próprio IBGE utiliza a autodeclaração. A heteroidentificação pode ser uma questão pensada

através do incômodo de escutar a autodeclaração diferente da branca e compreendida como uma questão não importante ou de menos valia nos processos de cuidado. O Brasil é um país que nega o seu racismo, negar que uma pessoa se declara preta, parda, pode vir a ser uma das formas de deixar na sombra os próprios sentimentos vivenciados pelo profissional que presta assistência.

De qualquer maneira, é unânime o atendimento de pessoas negras dentro do SUS e, mesmo com 100% dessa resposta positiva, o que vimos foi uma quantidade significativa de respostas negativas para os estudos que vão desde a construção a subjetividade das pessoas negras, já amplamente sabido na área da saúde, que é atravessada, marcada e forjada no racismo, chegando aos fatores de diversas ordens que levam ao adoecimento também com número significativo de respostas negativas. Podemos então questionar “mas precisa diferenciar assim as pessoas?” (pergunto, pois, imagino que essa pergunta possa pairar sobre cabeças com menor nível de letramento racial). A resposta é sim, precisa-se. Não é cabível que nesse país, majoritariamente negro, as questões específicas da maior parte da população passem incólumes na formação de profissionais da saúde, em específico, os psiquiatras. E que os números que envolvem as pessoas negras estejam dentro das estatísticas de violência majoritariamente, pois é também essa violência, vista, repetida e muitas vezes visceralmente vivenciada que adoece mentalmente. Não, Brasil, tratar todos como iguais é a maior falácia que o mito da democracia racial ainda tenta exprimir.

Todavia, o aspecto que desperta grande atenção é a quantidade de respostas “talvez”. Decerto, essa foi uma das maiores revelações desses resultados, não saber sobre a própria aptidão para atender a maior população do país assusta e preocupa. Mesmo quando o ponto de análise é daqueles que afirmam terem estudado determinados fatores que entrecruzam as vivências negras, a presença da dúvida é significativa. Esse processo alerta para a urgência de uma revisão de como esse grupo de especialistas está se capacitando para o exercício de sua profissão, uma vez que mais de 80% dizem que a percepção da aptidão, ainda que na dúvida, não veio da residência.

O fim é só o começo...

Meu corpo-espaço muda a geografia dos caminhos que percorre e foi e é com esse pensamento e desejo que justifiquei, para mim mesma, ocupar um lugar no território acadêmico. Para que outras mulheres negras possam aqui pisar, construir ciência, legados, pensares contranarrativos e que, cada vez mais, a hegemonia branca do saber científico seja rompida. Para que pessoas negras possam ter, em espaços de cuidado com sua saúde mental, a oportunidade de serem tratadas com humanidade, respeito e articulação do conhecimento técnico aplicado às particularidades de suas existências.

Escrever essa pesquisa foi uma forma de resposta a todas as vezes que ouvi e vi, dentro do meu consultório ou de espaços de formação de psiquiatras, dores negras sendo negadas, tratadas com menos valia ou silenciadas. Saúde é um direito e é um dever nosso, profissionais da saúde, garantirmos igualdade de atendimento prestado a toda e qualquer pessoa que entre em nosso espaço de trabalho. Por ser um dever, assim como tantos outros que nos atravessam na atuação profissional, é urgente e necessário que comece a ser ensinado, discutido e refletido ao longo da formação.

Juntar pano, agulha, linha, botões, em um tema tão caro e que me atravessa de tantos modos, deu-se a partir de uma conversa com os escritos de bell hooks, um alinhavado entre a importância em erguer a voz, a minha voz, em um processo de sujeição libertador, compreendendo com afeto em marcha ao autoamor que o confronto que me propus gera incômodos e que provocação e aprovação não caminham juntas, entretanto a insurgência é processo necessário para a transformação das cognições sociais.

Para além dessas experiências de desigualdade tangíveis, o racismo também deixou e deixa marcas subjetivas oriundas e por dessas desigualdades. A ideologia de raça dominante, que divide a população entre racionais e irracionais, superiores e inferiores, bons e ruins, belos e feios, normais e anormais, estabeleceu e ainda estabelece relações de hierarquia de poder entre as diferentes raças, normatizando signos de beleza, de poder, de sucesso e de ocupação profissional.

Foi por essa perspectiva histórico-cultural, que engloba o discursivo, o linguístico e os signos considerando a subjetividade como a malha estruturante das relações sociais pelas quais as pessoas explicam o mundo em que vivem, que construí essa costura.

As linhas desse texto começaram a ter o tecido perfurado pela agulha a partir de um panorama histórico da construção do que conhecemos como medicina nos dias de

hoje. Foi salutar retomar que a visão de homem, que temos hoje, passou por transformações até o período do Iluminismo dar a forma que é utilizada até hoje: o homem branco como símbolo de universalidade.

Nessa forma, que data do século XIX, o ser humano, não europeu (continente de onde surgem essas ideias), foi colocado em perspectiva de animalização, subalternização, infantil, sexualmente imoral, distante de Deus e, portanto, passível de dominação, exploração e “domesticação”.

Foi essa uma das maiores justificativas para a escravização dos povos de África. Quando já aqui no Brasil passaram a interagir com quem aqui já estava, indígenas e europeus, as consequências também das violências sexuais passaram a nascer e para esses, os miscigenados, foram criadas teorias que os demonizavam. Aos nascidos, todas as piores características seriam herdadas e, logo, esse entrelace ficou conhecido como degeneração social. Sendo degenerados, precisariam ser banidos e eliminados. Os processos eugênicos são iniciados e pautados pela lógica do racismo científico.

Nesse alinhavar cronológico, as gerações seguintes foram sofrendo diversas, diversas e diversas consequências dessas práticas discriminatórias. A ciência ganhou novos conhecimentos e foi atualizando a exploração desses corpos em suas justificativas evolutivas. A ciência médica teve papel fundamental na construção desses saberes e na aplicação destes na sociedade. Foram os conhecimentos oriundos dessa ciência que, somados ao poder do estado, figuraram em leis que levaram à institucionalização de pessoas em hospitais psiquiátricos, prenderam pessoas negras manifestando a sua cultura e que atribuíram a esses corpos as marcas da violência e da doença.

Por conseguinte, o prejuízo intergeracional provocado aos membros de um mesmo grupo familiar vão desde a capacidade de sustento, a acessos à educação e reconhecimentos de ordens materiais e simbólicas. Além, é claro, do prejuízo na construção de uma subjetividade que se veja em lugares de mérito, poder, beleza e sucesso.

Em contrapartida, o plano de eliminação dos “degenerados” segue seu curso até os dias atuais, e a tentativa de manutenção de poder segue sendo executada, quando, por exemplo, ao buscarmos imagens que representem determinadas categorias profissionais, todas ou a maioria esmagadora das representações sejam construídas com corpos brancos, reforçando a ideia imagética de como são as características físicas de quem ocupa esse espaço social e de poder, como vimos ilustrado nesse texto.

Ao olharmos mais especificamente para a Psiquiatria ao longo da história, vemos que, no Brasil, ela ocupou esse lugar de poder junto ao Estado e a medicina social, classificando e qualificando os indivíduos e foi tendo o seu modelo de cuidado alterado ao longo dos anos dadas as mudanças e os tensionamentos propostos, tendo na atualidade o modelo de desinstitucionalização, fortemente em luta pelo movimento da luta antimanicomial, como proposta de assistência. Atualmente, de acordo com as últimas demografias médicas, instrumento construído em parceria entre a Universidade de São Paulo e a Associação Médica Brasileira (nessa última edição), que tem por objetivo compreender a população de médicos em características como idade, gênero, formação, mobilidade e distribuição territorial e exercício profissional, a Psiquiatria é uma das especialidades médicas entre as vinte mais procuradas pelos mais de meio milhão de médicos com registro nesse país, em uma razão de 2,6 médicos por 100mil habitantes.

A demografia nos sinaliza que o número de médicos no país vem crescendo, assim como a presença de pessoas negras dentro das escolas de Medicina e essa presença passou a ser registrada e ilustrada na demografia somente a partir de 2020. Antes disso, o dado raça não era levado em consideração. Vale aqui ressaltar que a lei de Cotas foi implantada em 2012, contudo a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, responsável pela construção da DMB, passou a adotá-la em 2018[14] e outras escolas de Medicina já tinham implementado a lei. Contudo, a Medicina continua sendo majoritariamente branca.

Nossa costura seguiu dando pontos ao contar as especificidades da formação dos psiquiatras. Hoje, para ter essa especialidade, é necessário cursar os seis anos de Medicina e depois ingressar em uma residência com duração de mais três anos. A residência em Psiquiatria já foi de dois anos e teve seu modelo alterado a partir de maio de 2006. É também do mesmo ano as primeiras diretrizes pedagógicas propostas pela Comissão Nacional de Residência Médica, órgão que regulamenta todas as residências. Na Psiquiatria, são duas matrizes, a de 2006 e a de 2021, esta que passou a valer em 2022 (construída e implementada em anos de pandemia mundial de Covid-19).

Ao juntarmos a essa costura as questões pertinentes à saúde da população negra, lembramos que Bento (2022) sinaliza que o impacto da discriminação racial em

---

[14] MORENO, Ana Carolina; ROCHA, Gessyca**. Faculdade de Medicina da USP não alcançou meta de cota racial para 2018**. G1. Educação. 29 ago. 2008. Disponível em: https://g1.globo.com/educacao/noticia/2018/08/29/faculdade-de-medicina-da-usp-nao alcancou-meta-de-cota-racial-para-2018.ghtml. Acesso em: 20 jan. 2023.

crianças e adolescentes negros é evidenciado pela maior evasão escolar desse grupos. As desigualdades da qualidade escolar, que vão desde o material ao acesso aos equipamentos de tecnologia, são significativos e alteram o desempenho escolar, fato que obteve notoriedade com o necessário fechamento das escolas durante a crise sanitária oriunda da Covid-19. Além da população negra continuar fazendo parte dos maiores índices de mortalidade, violência, doenças crônicas, insegurança alimentar.

Por essa razão, depois de grandes pressões institucionais, o Movimento Negro teve algumas importantes e significativas vitórias, que passaram a fazer parte das políticas implementadas pelo atual presidente em suas gestões anteriores. A criação de Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é uma delas e data de 2009. É a primeira vez que existe uma política que racializa os cuidados em saúde, enxergando o racismo como determinante estrutural e estruturante das condições de saúde.

Assim sendo, estudar os aspectos que permeiam a construção da subjetividade e identidade da pessoa negra, compreendendo que são diferentes da pessoa branca, é assumir a sua responsabilidade histórica sobre essa construção. É trazer para o debate institucional a sua colaboração no passado para o genocídio da população negra e na atualidade para a manutenção dessa necropolítica[15].

Diante do histórico da construção da medicina, dos dados atuais de sua demografia, das questões relativas à saúde da população majoritária desse país, questionar aos profissionais da área como compreender a ausência ou a presença do ensino, assim como a sua aptidão para o atendimento dessa população, foi o caminho escolhido, interseccionando as respostas aos dados da DMB e as matrizes pedagógicas propostas pela CNRM.

Nos resultados obtidos, algumas considerações e conclusões juntaram todos os elementos dessa costura. A partir dos dados dos questionários, pudemos refletir sobre a contradição quando falamos sobre autodeclaração. Somam-se 58% os profissionais que dizem que não aprenderam e que fazem a heteroidentificação nos seus atendidos. Esse dado por si só nos conta sobre uma racialidade negada, não questionada, avaliada por outrem, que, na maior parte das vezes, é branco. A negação ou a ausência dessa informação precisa ser diminuída e zerada, visto que, quando o outro diz o que sou, é ele também que vai determinar se eu passo ou não por vivências de racismo.

Fico me perguntando, (como pessoa negra de pele clara, que demorou quase trinta anos para se compreender negra, e por tantas vezes foi lida como branca e tratada

[15] Conceito explorado pelo filósofo Achille Mbembe que descreve o uso dos poderes sociais e políticos no direito da escravização, do modo de exposição a vida e a morte.

como negra, de acordo com o contexto. Clara demais para me queixar de situação de racismo vivida e escura o suficiente para ter o segurança me seguindo no mercado), como é que esses profissionais, que não perguntam ou usam da heteroidentificação, que não aprenderam as questões pertinentes à construção da subjetividade negra e os fatores de risco para o adoecimento mental dessa população ou o fazem a partir de sua própria experiência, ofertam escuta para o sofrimento psíquico, em virtude do racismo, de uma pessoa negra de pele clara, o que o IBGE chama de pardo.

Ao analisar as duas matrizes pedagógicas da formação em residência médica em Psiquiatria, tanto de 2006 quanto a de 2021, vimos que o sujeito racial não aparece como figura demarcada no aprendizado das questões oriundas da área. O que há é o sujeito social e sabemos que ser branco e negro, independente da classe social em que você esteja inserido não é garantia de não sofrer racismo nesse país. Em outras palavras, mesmo com uma política criada em 2009, que entende os sujeitos com especificidades atreladas à raça, uma lei que muda as diretrizes curriculares nacionais para a educação básica, pois há compreensão da importância de referências na educação das relações étnico-raciais, mesmo com os dados de 2020, do primeira de ano de pandemia mundial da Covid-19, demonstrarem que as maiores consequências da pandemia, morte, desemprego, insegurança alimentar, violências foram mais sofridas por pessoas negras, ainda que todos os dados de todos esses índices indicassem a população negra como maior vítima mesmo antes da pandemia. A despeito de a maior presença de pessoas negras dentro das universidades, o tema racial ganhando espaços nas mídias no período entre as matrizes. Ainda assim, a temática racial não é levada em consideração na importância que tem para a formação dos profissionais de Psiquiatria.

Essa ausência nos currículos fica muito demarcada na percepção de aptidão desses profissionais, quando em diversas intersecções de dados demonstram ter dúvida sobre serem aptos para os atendimentos das pessoas negras, respondendo “talvez” nessa questão. Essa quantidade sofre pequena variação ao avaliarmos aqueles que dizem que tiveram estudos de fatores específicos, demonstrando que há caminho para mudanças significativas. Discutir o racismo, sendo ele um problema de saúde e uma estrutura que molda a forma como enxergamos o mundo, é um desafio, entretanto é, a partir da presença negra nesses espaços, não mais por exceção, por meio das ações afirmativas (possivelmente), que se sinaliza o surgimento das questões raciais, pois, para quem está formado há mais de 10 anos, a afirmação de não ter estudado na residência as questões relativas à subjetividade negra é unânime.

Há um fator que amplia as possibilidades da discussão que proponho, que foram acessadas ao final do processo de escrita e pela importância precisam ser citadas. Em dezembro de 2022, a revista Lancet, revista científica da área da Medicina, internacionalmente reconhecida e prestigiada, lança uma série, em edição especial, intitulada *"Advancing racial and ethnic equity in science, medicine and global health"*, na tradução livre "Avançando a equidade racial e étnica na ciência, medicina e saúde global", que aborda temas sobre racismo, xenofobia, discriminação e saúde. Essa série teve lançamento nacional *online*, via *Youtube*, feito em parceria com a Universidade São Paulo. A edição trouxe discussões sobre como os descritores acima citados causam doenças e mortes prematuras que poderiam ser evitadas, evidenciando como as estruturas históricas de poder e opressão moldam, por meio das ideologias racistas, as políticas e práticas em saúde, que geram as desigualdades raciais de acesso e cuidado em saúde. A série também propõe estudos interseccionais, mostrando como idade, gênero e status socioeconômico são formas que se acumulam e também geram impacto nas discriminações vividas.

Os estudos apresentados por pesquisadores não brasileiros retratam o quanto a cor da pele pode trazer consequências no atendimento médico, que vão da lentidão ao acesso à redução da qualidade do atendimento. A edição salienta, ainda, pela fala de seu principal revisor, Delan Devakumar, da *University College London*, que "Até que o racismo e a xenofobia sejam universalmente reconhecidos como importantes determinantes da saúde, as causas profundas da discriminação permanecerão nas sombras e continuarão a causar e exacerbar as desigualdades na saúde*"*. Como ponto que mais chama à atenção e conversa diretamente com esta presente pesquisa, indicando a importância e urgência do debate da formação de profissionais de saúde no que diz respeito à raça e ao racismo e, nesse caso, foco nos psiquiatras, é que a Medicina, como instituição científica, foi uma das grandes responsáveis pelo modelo de classificação e qualificação dos humanos, que são utilizadas até hoje nas categorizações e hierarquias sociais modernas. Sendo justamente esse modelo que leva aos riscos em saúde hoje vivenciados pela população negra e outras minorias étnicas. Há ainda, na revista Nature, citado pela revista Veja[16], em janeiro desse ano, a pesquisa de uma ginecologista, que foca seu trabalho na redução da mortalidade

[16] FELIX, Paula**. Estudos apontam o impacto da discriminação racial nos atendimentos médicos**. Veja Saúde. 6 jan.2023. Disponível em: https://veja.abril.com.br/saude/estudos-apontam-o-impacto-da-discriminacao-racial-nos-atendimentos-medicos/. Acesso em: 22 fev. 2023.

materna via rastreamento de doenças cardiovasculares de mulheres negras em um hospital de Nova Iorque. O que se pôde notar em breve avaliação dessas revistas é que desde o advento da pandemia, com as ondas crescentes do discurso da extrema direita pelo mundo, o movimento antivacina, o movimento *Black Lives Matter* e o número assustador de mortes pelo vírus SARS-CoV-2 (com todas as suas variantes) acometendo majoritariamente as pessoas em situações de maiores vulnerabilidades sociais ao redor de todo o globo, a questão étnico-racial passou a ser olhada com a lupa necessária para a construção de ações mais inclusivas.

O silêncio foi rompido, no entanto, aqui no Brasil, não encontrei a mesma movimentação e publicações de artigos de opinião e científicos, o que demonstra que a discussão ainda não acontece dentro das instituições, comparativamente às revistas britânica e americana. Contudo, por se tratar de um movimento que está sendo divulgado nas maiores revistas, tanto da área médica quanto da interdisciplinar, me leva a crer que essa discussão logo permeará com maior robustez o campo da formação profissional médica.

Ver as sinalizações dos pesquisadores do mundo sobre esse tema, assim como encerrar esse ciclo, o do mestrado, sabendo que temos um Ministério de Igualdade Racial, composto por pessoas negras articulando saberes e práticas antirracistas é um alento depois de tantos anos de um governo que negou o racismo existente em nosso país. É um sopro de esperança para a construção de uma realidade com mais equidade ao nosso povo. É saber que esse meu trabalho não se encerra aqui, pois o caminho para a mudança de cognição social ainda é longo e árduo, contudo, nesse momento da história do Brasil, pode ser construído com menos violência direcionada diariamente às nossas existências.

Contudo, a instituição Medicina, no Brasil, opondo-se a todos esses saberes, políticas, dados, intelectualidades que há décadas discutem a temática racial e suas consequências, de todas as ordens, insiste em manter-se protagonizando uma única possibilidade de olhar para o sujeito, o universal, branco e masculino. A ausência de racialização em suas diretrizes pedagógicas, tal como os dados que demonstraram que a maior parte dos respondentes não estudaram em suas formações básicas nessa especialidade (que tem grande amplitude nas esferas de cuidados das populações) aspectos fundamentais que permeiam as pessoas pretas desse país. Aspectos esses que vão do micro ao macro e todas as intersecções cabíveis a essas existências. Nas costuras que o apagamento de outras histórias produz, nas imagens que não nos representam, na exposição e no número de mortes de nossos iguais, nos olhares que

nos subalternizam, nas negativas às vagas de emprego, nos comentários sobre a nossa aparência, na objetificação dos nossos corpos, na forma como todas essas questões vão criando raízes internas de dor e sofrimento e que adoecem. Na luta constante e diária por sobrevivência no país que mais mata gente preta, mulher e transsexual.

Uma ciência que fez e ainda faz parte das esferas de poder desse país e que foi a grande responsável pela construção do olhar para os nossos corpos de forma inferiorizada, com tendências à loucura, ao crime e que. ainda hoje. deixam marcas nas hospitalizações psiquiátricas e no encarceramento da nossa população.

Falas como “o problema é social”, vindas dessa classe profissional, não podem mais ser aceitas, pois elas ceifam todas e quaisquer possibilidades de uma escuta ativa e holística sobre o sujeito em sofrimento diante em si em seu consultório. Assim como a dúvida sobre a aptidão para o atendimento daqueles que ocupam a maioria do país.

A branquidade e a escolha desse termo e não branquitude se deu exatamente pelo que preconiza a pesquisadora Edith Piza. Essa etapa de tentativa de manutenção de poder e privilégios é exercida por essa instituição e precisa ser questionada, tensionada e revista. Em 2023, não é mais possível dialogar com estruturas que enxergam o “eu” e o “outro”, sendo o “eu” o branco e o “outro” o negro. O posicionamento ativo de negar o óbvio, o cientificamente comprovado, noticiado diariamente, reconhecido pelas comunidades internacionais, leva a crer na corresponsabilidade pelo genocídio da população negra.

Nosso caminho é forjado na batalha. A naturalidade do seguimento de certas situações de vida colocadas pelo capitalismo como normais e esperadas, como a graduação, a pós-graduação, o sucesso financeiro e o profissional, as nossas existências só chegam por acessos, insistência, persistência, resiliência e luta. Não deveria existir uma pesquisa, que, infelizmente, em 2023 se coloca como inovadora no Brasil, que tensiona a construção do saber médico, um saber que ainda pressupõe o homem a partir de uma universalidade inexistente. Em um país preto e feminino, conduzir uma ciência só olhando para um lado é absurdo e só faz manutenção das lógicas de poder seculares.

Muito para além do “combinamos de não morrer”, como disse a gigante Conceição Evaristo, essa pesquisa termina com potência e possibilidade de novas linhas, em outros tecidos, de outros lugares. A luta continua e esses alinhavados e pontos que aqui finalizo são só o começo.

Referências

ALMEIDA, Silvio. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Ed. Pólen, 2019.

ALMEIDA, Angélica A. Silva de; ODA, Ana Maria G. R.; DALGALARRONDO, Paulo. **O olhar dos psiquiatras brasileiros sobre os fenômenos de transe e possessão**. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) [online]. 2007, v. 34, suppl 1, pp. 34-41. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700006. Acesso em: 25 mar. 2022.

AMARANTE, P (org.): **Psiquiatria Social e Reforma Psquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.Associação Psquiátrica Americana. Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais. 4°Edição (DSM-IV-TR), Porto Alegre: ArtMed, 2002.

ANDRES, Fabiana da Costa, et al. **A utilização da plataforma Google Forms em pesquisa acadêmica: relato de experiência.** Research, Society and Development, v. 9, n. 9, e284997174, 2020 [online]. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/7174/6431/106378. Acesso em: 10 mar. 2022.

ARAÚJO, Glauco. **Professor de medicina da Santa Casa de SP usa 'blackface' para mostrar como conversar com pacientes pobres, dizem alunos**. G1 São Paulo. 8 out. 2020. Disponível em: https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/10/08/professor-de-medicina-da-santa-casa-de-sp-usa-blackface-para-mostrar-como-conversar-com-pacientes-pobres-dizem-alunos.ghtml. Acesso em: 15 jan. 2023.

BALZA, Guilherme. **EXCLUSIVO: Prevent Senior ocultou mortes em estudo sobre cloroquina, indicam documentos e áudios**. G1 São Paulo. 16 set. 2021. Disponível em: https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/09/16/investigada-na-cpi-da-covid-prevent-senior-ocultou-mortes-em-estudo-sobre-cloroquina-apoiado-por-bolsonaro.ghtml. Acesso em: 15 fev. 2023.

BENTO, Cida. **O Pacto da Branquitude**. São Paulo: Cia das Letras, 2022.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [online]. 2008, v. 11, n. 1, pp. 21-28. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000100003. Acesso em: 25 mar. 2022.

Câmara dos Deputados. **CFM volta a defender autonomia de médicos para prescrever hidroxicloroquina contra Covid-19**. Agência Câmara de Notícias. Comunicação. 4 nov. 2021. Disponível em: https://www.camara.leg.br/noticias/823744-cfm-volta-a-defender-autonomia-de-medicos-para-prescrever-hidroxicloroquina-contra-covid-19/. Acesso em: 15 fev. 2023.

CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva (orgs). **Psicologia Social do Racismo:** estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes, 2021.

CARVALHO, Alexandre. **Racismo e xenofobia são ameaça à saúde de milhões em todo o mundo**. Super Interessante. 9 dez.2022.Disponível em:

https://super.abril.com.br/saude/racismo-e-xenofobia-sao-ameaca-a-saude-de-milhoes-em-todo-o-mundo/. Acesso em: 15 jan.2023.

CFM. **Demografia Médica**. Conselho Federal de Medicina 2021-2020. Disponível em: https://demografia.cfm.org.br/#relatorios. Acesso em: 10 jan.2023.

CHAGAS, Anivaldo Tadeu Roston. **O questionário na pesquisa científica**. Docsity. Disponível em: http://www.ebah.com.br/content/ABAAABjbAAD/questionario-na-pesquisa-cientifica. Acesso em: 25 mar. 2022.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril:** cortiços e epidemias na corte imperial. SP: Cia das Letras, 1996.

CHOR, Marcos. **Raça, doença e saúde pública no Brasil**: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX. In: CHOR, Marcos (org.). Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil. RJ: FAPERJ/Fiocruz, 2010.

CONGRESSO EM FOCO. **"Rico capitaliza recursos, pobre consome tudo", diz Guedes**. Congresso em Foco. Economia. 3 nov. 2019. Disponível em: https://congressoemfoco.uol.com.br/temas/economia/paulo-guedes-critica-servidor-publico-e-detalha-pacote-pos-reforma-da-previdencia/. Acesso em: 10 fev. 2023.

DAMASCENO, Marizete Gouveia; ZANELLO, Valeska M. Loyola. **Saúde Mental e Racismo Contra Negros**: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. Psicologia: Ciência e Profissão [online]. 2018, v. 38, n. 3, pp. 450-464. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-37030003262017. Acesso em: 30 mar. 2022.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FELIX, Paula. **Estudos apontam o impacto da discriminação racial nos atendimentos médicos**. Veja Saúde. 6 jan.2023. Disponível em: https://veja.abril.com.br/saude/estudos-apontam-o-impacto-da-discriminacao-racial-nos-atendimentos-medicos/. Acesso em: 22 fev. 2023.

FIOCRUZ. **Saúde Mental da População Negra e Psicologia Preta**. Canal Saúde. 16 jan. 2020. Disponível em: https://www.canalsaude.fiocruz.br/canal/videoAberto/saude-mental-da-populacao-negra-e-psicologia-preta-sdc-0488. Acesso em: 23 jan. 2021.

Fórum Brasileiro de Segurança. **A violência contra pessoas negras no Brasil 2022**. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/11/infografico-violencia-desigualdade-racial-2022.pdf. Acesso em: 18 mar.2022.

G1 Rio. **O que se sabe sobre a morte a tiros de João Pedro no Salgueiro, RJ**. G1 Rio de Janeiro. 20 mai. 2020. Disponível em: https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/20/o-que-se-sabe-sobre-a-morte-a-tiros-de-joao-pedro-no-salgueiro-rj.ghtml. Acesso em: 15 jan. 2023.

GAINO, Loraine Vivian et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo*. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018.

GIMENES, Erick. **Conselho Federal de Medicina é processado pela DPU por liberar uso de cloroquina**. Jota. Brasília. 1 out. 2021. Disponível em: https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/conselho-federal-de-medicina-e-

processado-pela-dpu-por-liberar-uso-de-cloroquina-01102021. Acesso em: 28 jan. 2023.

GOES, Emanuelle. **Racismo Científico, definindo humanidade de negros e negras**.

GONÇALVES, Monique de Siqueira e Edler, Flávio Coelho. **Os caminhos da loucura na Corte Imperial**: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [online]. 2009, v. 12, n. pp. 393-410. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000200013. Acesso em: 25 mar. 2022.

GOOD, H.; HATT, P. **Métodos em pesquisa social**. São Paulo: Ed. Nacional, 1977. Observação. p.155-170.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil:** uma (re) visão. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2009, v. 14, n. 1 [Acessado 26 Março 2022] , pp. 297-305. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036. Acesso em: 26 mar. 2022.

HOOKS, bell. **Erguer a Voz**: pensar como feminista, pensar como negra. São Paulo: Editora Elefante, 2019.

HOOKS, bell. **Tudo sobre o amor**: novas perspectivas. São Paulo: Editora Elefante, 2021.

IPEA. **Atlas da Violência 2020**. Disponível em https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020. Acesso em: 15 fev.2022.

JESUS, Camila Moreira de. **Branquitude x Branquidade: Uma análise conceitual do ser branco**. III Encontro Baiano de Estudos em Cultura. Disponível em: https://www2.ufrb.edu.br/ebecult/wpcontent/uploads/2012/05/Branquitude-x-branquidade-uma-ana-%C3%83%C3%85lise-conceitual-do-ser-branco-.pdf. Acesso em: 30 mar. 2022.

KILOMBA, Grada. **Memórias da Plantação**: Episódios do Racismo Cotidiano. Rio de Janeiro: Ed. Cobogó, 2019.

MAIO, Marcos C. **A medicina de Nina Rodrigues: Análise de uma Trajetória Científica**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (2): 226-237, Abr/Jun, 1995.

MBEMBE. Achille. **Necropolítica**. São Paulo: Editora n-1, 2020.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **RESOLUÇÃO CNRM Nº 02 /2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências.** Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=512-resolucao-cnrm-02-17052006&Itemid=30192. Acesso em: 18 mar. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 28 mar. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residências em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES / Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho

em Saúde - DEGERTS. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/degts/residencias-em-saude. Acesso em: 18 mar. 2022.

MORENO, Ana Carolina; ROCHA, Gessyca. **Faculdade de Medicina da USP não alcançou meta de cota racial para 2018**. G1. Educação. 29 ago. 2008. Disponível em: https://g1.globo.com/educacao/noticia/2018/08/29/faculdade-de-medicina-da-usp-nao-alcancou-meta-de-cota-racial-para-2018.ghtml. Acesso em: 20 jan. 2023.

MOTA, Janine da Silva. **Utilização do Google Forms na Pesquisa Acadêmica**. Revista Humanidades e Inovação v.6, n.12 – 2019. Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1106. Acesso em 24 mar. 2022.

MOURA, Rachel; RIBEIRO, Carolina; TEIXEIRA, Carmen. **Análise crítica do relatório do grupo de trabalho da transição na saúde.** Observatório de Análise Política em Saúde. Disponível em: https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/pensamentos/9d545e7987ad746ee41488948cd76b11/13/. Acesso em: 24 jan. 2021.

MULLER, Tânia M. P.; CARDOSO, Lourenço (org). **Branquitude**: Estudos sobre identidade branca no Brasil. Curitiba: Editora Appris, 2017.

MUNANGA, Kabenguele. **Reconstruindo a mestiçagem**. 2ª ed. - BH: Autêntica, 2019.

MUNANGA, Kabenguele; GOMES, Nilma Lino. **O Negro no Brasil de Hoje**. 2ª ed. SP, Editora Global, 2020.

Museu Bispo do Rosário. **Site**. Disponível em: https://museubispodorosario.com/. Acesso em 25 mar. 2023.

NICACIO, Erimaldo. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiatrica brasileira**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2011, v. 27, n. 3, pp. 612-613. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300023. Acesso em: 25 mar. 2022.

NOGUEIRA, Oraci. **Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem**: sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 19, n. 1. p.207-308. Disponível em: https://core.ac.uk/download/pdf/30354417.pdf. Acesso em: 1 mar. 2023.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. **A paranoia em 1904** - uma etapa na construção nosológica de Emil Kraepelin. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [online]. 2010, v. 13, n. 2,pp. 318-332. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000200012. Acesso em: 25 mar. 2022.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. **Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico**. Rev. Bras. Psiquiatr**.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 178-179, Dec.2000.

OLIVEIRA, Denilson Araújo de. **Do espaço ao contraespaço**: a luta antirracista decolonizando o urbano carioca. *In*: BARROS, Ana Maria Leite; ZANOTELLI, Cláudio Luis; ALBANI, Vivian. (Orgs.). **Geografia Urbana**: cidades, revoluções e injustiças: entre espaços privados, públicos, direito à cidade e comuns urbanos. Rio de Janeiro: Consequência, 2020.p.185-211.

OLIVEIRA, Maria Luisa Pereira de, Meneghel, Stela Nazareth e Bernandes, Jefferson de Sousa. **Modos de subjetivação da mulheres negras**: efeitos da discriminação racial. Psicol. Soc. 21 (2) • Ago 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/psoc/a/5zT3DgW97n9MP7MFLNXFL3d/?lang=pt. Acesso em: 1 mar. 2023.

OPAS. **Suicídio**. Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/suicidio. Acesso em: 23 jan. 2021.

PANTA, Mariana; PALLISSER, Nikolas. **"Identidade Nacional Brasileira" versus "Identidade Negra" reflexões sobre branqueamento, racismo e construções identitárias.** Revista Espaço Acadêmico. n.195, Agosto, 2017.

PERES, Maria Angélica de Almeida e Barreira, Ieda de Alencar. **Desenvolvimento da assistência médica e de enfermagem aos doentes mentais no Brasil**: os discursos fundadores do hospício. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2009, v. 18, n. 4, pp. 635-642. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400004. Acesso em: 25 Março 2022.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34; 1996

SANTANA, Bianca. **Quando me descobri negra**. São Paulo: Sesi-SP Editora, 2015.

SANTOS, Raquel Amorim dos; SILVA, Rosângela Maria de Nazaré Barbosa. **Racismo científico no Brasil:** um retrato racial do Brasil pós escravatura**.** Educ. rev. 34 (68). Mar-Abr,2018.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.

SCHUCMAN, Lia. **Entre o encardido, o branco e o branquíssimo**. São Paulo: Editora Veneta, 2020.

SCHWARCZ, Lilia*.* **Espetáculos das raças***:* cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930*.* SP: Cia das Letras, 1993.

SCHWARCZ, Lilia. **Nem preto, nem branco, muito pelo contrário.** São Paulo: Claro Enigma, 2012.

SILVA, Flávia Gonçalves da. **Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade**: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. Psicol. educ., São Paulo, n. 28, p. 169-195, jun.2009. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752009000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 nov.2022.

SILVA, Maria Lúcia. **Racismo e os efeitos na saúde mental**. *In*: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (Org.). Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. p. 129-132.

SKIDMORE, Thomas. **Preto no Branco***:* raça e nacionalidade no pensamento brasileiro (1870-1930)*,* Cia das Letras*,* 2012.

SMOLEN, Jenny Rose; ARAÚJO, Edna Maria de. **Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil:** uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 12, pp. 4021-4030. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016. Acesso em: 15 dez. 2022.

SOARES, Silvio de Azevedo. **Raça e Psiquiatria**: Uma Análise Genealógica da Questão Racial na Psiquiatria Brasileira. Revista de Ciências Sociais, v.7, n.2, p.252-283, Julho-Dezembro

SOUSA, Evandro Guimarães. **A Residência Médica no Brasil**. Rev. bras. educ. med. 09 (02) • May-Aug 1985. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/LfJnkn434YqhGZWTVpkcwgD/?lang=pt. Acesso em: 15 dez. 2022.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro**. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

UOL. **Justiça para George Floyd:** como a morte de um homem negro nas mãos de um policial inspira a luta antirracista no mundo hoje. Disponível em: https://noticias.uol.com.br/reportagens-especiais/george-floyd-como-negro-morto-pela-policia-inspira-hoje-luta-antirracista/#cover. Acesso em: 12 fev. 2023.

VEIGA, Lucas. **Descolonizando a Psicologia**: notas para uma Psicologia Preta. Revista de Psicologia, Rio de Janeiro v. 31, n. esp., p. 244-248, set. 2019.

WARE, Vron.(org) **Branquidade**: Identidade branca e multiculturalismo. Rio de Janeiro:Garamond Universitária, 2004.

ANEXOS

ANEXO I - CNRM N°02/2006

51– PSIQUIATRIA - R1, R2 e R3

Primeiro ano – R1 (mínimo de 2.880 horas anuais)

1. Programação Didática

1.1 Ciências Básicas

1.2 Avaliação Diagnóstica

1.3 Terapêuticas: Biológicas- Psicossociais

1.4 Ética em Psiquiatria

1.5 Conhecimentos Gerais

1.6 Políticas públicas em saúde mental

1.7 Psicopatologia Geral.

2. Treinamento em Serviço – Estes estágios deverão ser desenvolvidos em:

2.1 Estágio em Enfermaria (mínimo 30% da carga horária anual)

2.2 Estágio em Neurologia (mínimo 5% da carga horária anual)

2.3 Clínica Médica (mínimo 5% da carga horária anual)

2.4 Estágio Ambulatorial (mínimo 30% da carga horária anual)

2.5 Emergência Psiquiátrica (mínimo 10% da carga horária anual)

2.6 Estágio Optativo à critério da Instituição.

Segundo ano – R2 (mínimo de 2.880 horas anuais)

3. Programação Didática

3.1 Ciências Básicas

3.2 Psicopatologia Especial

3.3 Psicoterapia

3.4 Psiquiatria da Infância e Adolescência

3.5 Abuso e Dependência de Drogas

4. Treinamento em Serviço – Estes estágios deverão ser desenvolvidos em:

4.1 Emergência em Psiquiatria (mínimo 10% da carga horária anual)

4.2 Interconsulta (mínimo 10% da carga horária anual)

4.3 Estágio em Ambulatório ou CAPS ou NAPS (mínimo 40% de carga horária anual); com obrigação de desenvolver as seguintes áreas:

Dependência Química

Psiquiatria Geriátrica
Psiquiatria da Infância e Adolescência
Ambulatórios especializados (ex.: Esquizofrenia, Transtorno do Humor) Psiquiatria Geral
4.4 Treinamento em Psicoterapia (mínimo 10% de carga horária anual)
4.5 Estágio Optativo à critério da Instituição
Terceiro ano – R3 (mínimo de 2.880 horas anuais)
5. Programação Didática
5.1 Ciências Básicas
5.2 Psiquiatria Geriátrica
5.3 Psiquiatria Forense
5.4 Epidemiologia Psiquiátrica
5.5 Psiquiatria Comunitária
5.6 Conhecimentos Gerais
5.7 Metodologia Científica

6.Treinamento em Serviço – Estes estágios deverão ser desenvolvidos em:
6.1 Estágio em Ambulatório (mínimo 50% da carga horária anual); sendo:
- Psiquiatria Geral
- Ambulatório especializado
- Área de atuação
6.2 Treinamento em Psicoterapia (mínimo 10% da carga horária anual)
6.3 Reabilitação (mínimo 10% da carga horária anual)
6.4 Estágio Optativo à critério da Instituição (mínimo 10% da carga horária anual)
II - Ao final da Residência o Residente deverá ser capaz de:
- Comunicar-se eficientemente e demonstrar atenção e comportamentos respeitosos ao interagir com os pacientes e familiares.

- Reunir informação essencial e acurada sobre seus pacientes
- Tomar decisões de maneira informada acerca das intervenções diagnósticas e terapêuticas, com base nas informações e preferências do paciente, nas evidências científicas atualizadas e no julgamento clínico.
- Desenvolver e executar planos terapêuticos.
- Aconselhar e instruir pacientes e familiares.
- Usar tecnologia da informação para embasar as decisões de tratamento e a educação do paciente.
- Executar com competência todos os procedimentos médicos e invasivos considerados essenciais para a área.
- Propiciar serviços de saúde que visem à prevenção dos problemas de saúde ou a manutenção da saúde.
- Trabalhar com profissionais de saúde, incluindo aqueles de outras disciplinas, para fornecer atendimento centrado no paciente.
III. Recursos Educacionais
Para Instituições implementarem o Programa de Residência Médica em Psiquiatria deverão constar os seguintes recursos educacionais:
a) Biblioteca atualizada com livros-texto:
1-Psiquiatria geral
2-Neurociências
3-Psicoterapia
4-Periódicos nacionais e internacionais de psiquiatria.
b) Internet e outros acessos eletrônicos.
c) Salas equipadas com equipamentos áudio-visuais.
d) Salas para atendimento clínico e psicoterápico.
IV. As competências a serem alcançadas serão as seguintes:
1. O residente demonstrará habilidade para executar e documentar um exame completo da história psiquiátrica de pacientes culturalmente diversos, pacientes geriátricos, crianças e adolescentes:
-História psiquiátrica atual e passada.
-História sociocultural e educacional.
-História da família, incluindo aspectos etnoculturais e genealógicos.
-História de abuso de substâncias.
-História médica e revisão dos sistemas.
-Exame físico e neurológico.
-Exame completo do estado mental, incluindo avaliação do funcionamento cognitivo.
-História desenvolvimental.

2. Com base em uma avaliação psiquiátrica completa (veja item 1 logo acima), o residente demonstrará habilidade para desenvolver e documentar o seguinte:
-Diagnóstico diferencial abrangente segundo o CID 10 e/ou DSM IV.
-Saber avaliar e identificar sintomas, sinais e déficits psicopatológicos.
-Formulação integrativa de casos que incluam questões neurobiológicas, fenomenológicas, psicológicas e socioculturais envolvidas no diagnóstico e no controle.
-Plano de avaliação, incluindo exames laboratoriais, médicos e psicológicos adequados.
-Plano completo de tratamento abordando domínios biológicos e socioculturais.
3. O residente demonstrará habilidade para avaliar, discutir e documentar de maneira completa o potencial de o paciente ferir-se ou ferir outras pessoas, bem como para intervir. Essa habilidade inclui o seguinte:

Avaliação de risco.
Conhecimento de normas e dos procedimentos para o tratamento involuntário.
Intervenção efetiva para minimizar os riscos.
Implementação de métodos para prevenir autolesão ou lesão a outras pessoas.
4. O residente demonstrará habilidade para conduzir intervenções terapêuticas (ex.: intensificar a capacidade de coletar e usar material clinicamente relevante através da conduta das intervenções de apoio) bem como executar intervenções exploratórias e esclarecimentos.
5. O residente demonstrará habilidade para conduzir uma série de terapias individuais, bem como terapias de grupo e família, usando para tanto modelos aceitos que sejam baseados em evidência, além de integrar essas psicoterapias ao tratamento de modelo múltiplo, incluindo intervenções biológicas e socioculturais.
6. O residente demonstrará conhecimento dos principais transtornos psiquiátricos, incluindo idade, sexo e considerações socioculturais com base na literatura científica e nos padrões de atuação. Esse conhecimento inclui o seguinte:
-Epidemiologia do transtorno.
-Etiologia do transtorno, incluindo (quando conhecidos) fatores médicos, genéticos e socioculturais.
-Fenomenologia do transtorno.

-Experiência, significado e explicação da doença para o paciente e sua família, incluindo a influência dos fatores culturais e das síndromes ligadas às culturas.
-Critérios de diagnóstico da CID 10 e DSM IV.
-Estratégias de tratamento eficazes.
-Curso e diagnóstico.
7. O residente demonstrará conhecimento dos medicamentos psicotrópicos, incluindo antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos, estabilizadores de humor, hipnóticos e outros. Esse conhecimento inclui o seguinte:
Ação farmacológica.
-Indicações clínicas.
-Efeitos colaterais.
-Interações medicamentosas (incluindo medicamentos alternativos, à base de ervas e vendidos livremente nas farmácias).
-Toxidade.
-Práticas apropriadas para prescrição.
-Idade, sexo e variações etnoculturais.
8. O residente demonstrará conhecimento sobre o abuso de substâncias. Esse conhecimento inclui o seguinte:
-Ação farmacológica
-Sinais e sintomas de toxidade.
-Sinais e sintomas de tolerância e abstinência.
-Controle de toxidade, tolerância e abstinência.
-Epidemiologia, incluindo fatores socioculturais.
9. O residente demonstrará conhecimento do crescimento e do desenvolvimento humano, incluindo os desenvolvimentos biológico, cognitivo e psicossexual normais, bem como os fatores socioculturais, econômicos, étnicos, sexuais, religiosos/espirituais e familiares.
10. O residente demonstrará conhecimento da psiquiatria de emergência. Esse conhecimento inclui o seguinte:
-Suicídio.
-Intervenção de crises.
-Diagnóstico diferencial nas situações de emergência.
-Métodos de tratamento nas situações de emergência.
-Homicídio, estupro e comportamento violento.
11. O residente demonstrará conhecimento da ciência comportamental e da psiquiatria sociocultural. Esse conhecimento inclui o seguinte:

-Teologia, antropologia e sociologia quando relacionados à psiquiatria clínica.
-Psiquiatria transcultural.
-Saúde mental da comunidade.
-Epidemiologia.
-Métodos de pesquisa e estatística.

12. O residente demonstrará conhecimento das terapias psicossociais. Esse conhecimento inclui o seguinte:
-Todas as formas de psicoterapia (grupo, individual, familiar, comportamental e prática).
-Tratamento das disfunções de transtornos específicos.
-Relacionamento médico-paciente.
-Outras modalidades psicoterapêuticas.
13. O residente demonstrará conhecimento dos métodos de tratamento somático. Esse conhecimento inclui o seguinte:
-Farmacoterapia (conforme item 2 desta lista)
-Eletroconvulsoterapia (ECT)
-Outros procedimentos
14. O residente demonstrará conhecimento da avaliação do paciente e da seleção do tratamento.
Esse conhecimento inclui o seguinte:
-Testagem psicológica.
-Métodos laboratoriais usados na psiquiatria.
-Exame do estado mental.
-Entrevista de diagnóstico.
-Comparação e seleção do tratamento.
15. O residente demonstrará conhecimento da interconsulta psiquiátrica. Esse conhecimento inclui o seguinte:
-Síndromes específicas (ex.: reações ao estresse, transtornos pós-parto, síndromes da dor, reações pós-cirúrgicas e na UTI).
-Aspectos psiquiátricos das doenças não-psiquiátricas.

-Complicações psiquiátricas do tratamento não-psiquiátrico.
-Transtornos psicossomáticos e somatopsíquicos.
-Modelos de interconsulta psiquiátrica.
16. O residente demonstrará conhecimento da psiquiatria de criança e adolescente. Esse conhecimento inclui o seguinte:
-Avaliação de tratamento de crianças e adolescentes.
-Transtornos geralmente diagnosticados primeiro na infância ou na adolescência.
-Retardo mental e outros problemas do desenvolvimento.
17. O residente demonstrará conhecimento de psiquiatria forense.
18. O residente demonstrará conhecimento de psiquiatria administrativa e de sistemas de atendimento de saúde.
19. O residente demonstrará conhecimento da ética.
20. Capacidade de atualização.
O residente será capaz de:
-Rever e avaliar criticamente a literatura científica.
-Localizar, apreciar e assimilar evidências de estudos científicos relacionados com os problemas de saúde de seus pacientes (saber fazer investigação bibliográfica, ex.: na Medline).

ANEXO II - CNRM N°18/2021

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO
Publicado em: 07/07/2021 | Edição: 126 | Seção: 1 | Página: 456
Órgão: Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior

RESOLUÇÃO CNRM Nº 18, DE 6 DE JULHO DE 2021

Aprova a matriz de competências dos programas de Residência Médica em Psiquiatria no Brasil.

A COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM), no uso das atribuições que lhe conferem a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, o Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011, e o Decreto 8.516, de 10 de setembro de 2015; considerando a atribuição da CNRM de definir a matriz de competências para a formação de especialistas na área de residência médica; tendo como base a deliberação ocorrida na 10ª Sessão Plenária de 2020, da CNRM, e tendo em vista o disposto nos autos do Processo SEI nº 23000.011074/2021-18, resolve:

Art. 1º Aprovar a matriz de competências do Programa de Residência Médica em Psiquiatria, na forma do Anexo que integra esta Resolução.

Art. 2º Os Programas de Residência Médica em Psiquiatria possuem três anos de formação, com acesso direto.

Art. 3º A matriz de competências é aplicável aos programas de residência médica em Psiquiatria que se iniciarem a partir de 2022.

Art. 4º Os residentes regularmente matriculados em Programas de Residência Médica em Psiquiatria autorizados antes da publicação da presente matriz concluirão sua residência conforme previsto na Resolução CNRM nº 02/2006.

Art. 5º Esta resolução entra em vigor na data de 2 de agosto de 2021.

WAGNER VILAS BOAS DE SOUZA
Presidente da Comissão Nacional de Residência MédicaSecretário de Educação Superior

ANEXO MATRIZ DE COMPETÊNCIAS

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA

1. OBJETIVO GERAL

Formar e habilitar médicos especialistas em Psiquiatria para dominar diferentes níveis de complexidade diagnóstica e terapêutica, assim como ferramentas de prevenção, promoção da saúde e reabilitação de doenças ou transtornos mentais.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a. Dominar ferramentas clínicas e exames complementares para o diagnóstico e o tratamento das diversas doenças ou transtornos mentais nas diferentes faixas etárias em uma abordagem de concepção integral e centrada no indivíduo.

b. Desenvolver relação respeitosa e produtiva com pacientes, familiares e demais profissionais da área da saúde, em diferentes contextos culturais.

c. Dominar as interações entre a psicopatologia, genética, neurobiologia, biografia, história médica, personalidade e relações do paciente no desenvolvimento de uma compreensão do indivíduo em seu contexto cultural e social;

d. Dominar a indicação, realização e acompanhamento de psicoterapias, psicofarmacoterapia e outros tratamentos para doenças ou transtornos mentais;

e. Aplicar a atividade pericial em psiquiatria;

f. Dominar ferramentas de prevenção, promoção da saúde e recuperação das doenças ou transtornos mentais;

g. Implementar a resiliência pessoal e lidar com adversidades.

3. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

Ao Término do Primeiro Ano

1. Dominar a história clínica, realização do exame físico geral e específico, exame psíquico (incluindo avaliação do funcionamento cognitivo), psicopatologia, psicofarmacologia e ética médica para realizar diagnóstico e tratamento das principais emergências psiquiátricas e das doenças ou transtornos mentais mais prevalentes, incluindo o diagnóstico diferencial de transtornos mentais orgânicos.

2. Dominar a relação médico-paciente-familiar.

3. Dominar os diferentes tipos e técnicas de entrevista e conceitos de transferência, contratransferência, aliança terapêutica e resistência;

4. Avaliar a política de saúde mental vigente;

5. Avaliar conhecimentos de Ética e Deontologia Médica à Psiquiatria, incluindo modalidades de internação segundo a legislação vigente, as diferenças entre capacidade civil e laboral, o conceito de autonomia e seus limites;

6. Aplicar os conhecimentos de neurociências, incluindo neuroanatomia, neurofisiologia, neuroquímica e neuroimagem aplicada à investigação de doenças ou transtornos mentais;

7. Compreender a genética, epigenética e biológica molecular aplicada a psiquiatria;

8. Dominar a indicação dos exames complementares à investigação diagnóstica, incluindo os de neuroimagem, eletroencefalografia e do sono;

9. Dominar a prescrição médica e formulação do plano terapêutico;

10. Dominar a indicação dos diferentes níveis e tipos de tratamento, incluindo atenção primária, ambulatório, emergência, ambulatório avançado ou hospital-dia ou Centro de Atenção Psicossocial, internação para transtornos mentais em enfermaria especializada em hospital-geral ou em hospital especializado, integração do ambulatório com a rede de saúde, referência e contra referência com a atenção básica;

11. Demonstrar conhecimento da história da psiquiatria, evolução dos conceitos de doença mental e dos sistemas de classificação diagnóstica;

12. Desenvolver o trabalho com equipe multiprofissional;

13. Identificar o paciente em sua singularidade e individualidade, considerando sua dignidade e autonomia;

14. Planejar e documentar os componentes da avaliação psiquiátrica, tais como: diagnóstico diferencial; sinais e alterações psicopatológicas qualitativas e quantitativas (descrevendo em linguagem técnica), questões neurobiológicas, epidemiológicas, fenomenológicas, psicológicas, cognitivas e socioculturais envolvidas no diagnóstico e no planejamento da terapêutica, baseado na Classificação Internacional de Doenças vigente;

15. Planejar avaliação abrangente e eficiente, com exames laboratoriais, neurofisiológicos, de neuroimagem e avaliação psicométrica e cognitiva;

16. Elaborar plano de tratamento que considere os domínios biológicos, psicopatológicos, epidemiológicos e socioculturais;

17. Dominar o potencial do paciente ferir-se ou ferir outras pessoas, e avaliar mecanismos de prevenção;

18. Conduzir intervenções terapêuticas;

19. Avaliar o crescimento e do desenvolvimento humano, incluindo os desenvolvimentos biológico, cognitivo e psicossexual, bem como os fatores socioculturais, econômicos, étnicos, sexuais, religioso-espirituais e familiares;

20. Analisar as características do sono normal e patológico, e sua aplicação na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças ou transtornos mentais.

Ao Termino do Segundo Ano

1. Dominar a avaliação do paciente e a seleção do tratamento, incluindo: testagem psicométrica; métodos laboratoriais usados na psiquiatria; exame aprofundado do estado mental; avaliação cognitiva; entrevista de diagnóstico; comparação e seleção do tratamento e avaliação funcional;

2. Dominar a interconsulta psiquiátrica, incluindo: reações ao estresse, reação de ajustamento, transtornos pós-parto, síndromes dolorosas, reações pós-cirúrgicas e na UTI, aspectos psiquiátricos das doenças não psiquiátricas; complicações psiquiátricas do tratamento não psiquiátrico, transtornos psicossomáticos, transtornos somatopsíquicos, somatização, transtorno factício e simulação, transtornos dissociativos, interações medicamentosas, modelos de interconsulta psiquiátrica, suporte a cuidados paliativos; dor, diagnóstico e tratamento das epilepsias e outras;

3. Analisar a informação técnico-científica;

4. Dominar o diagnóstico e intervenção das emergências psiquiátricas, incluindo o comportamento suicida, agitação psicomotora, toxicologia, violência, surtos ou crises, abordagens de grupos especiais (crianças, adolescentes, gestantes e idosos) e outras.

5. Dominar a psicofarmacologia médica e as diversas classes de psicofármacos;

6. Discriminar as principais teorias, técnicas e indicações de psicoterapias, incluindo: psicanálise e demais teorias psicodinâmicas e fenomenológica-existencial; terapia cognitiva, comportamental e cognitivo-comportamental; terapia interpessoal; psicoterapias breves; psicoterapia em grupo; psicoterapia de família e casal; ludoterapia e outras.

7. Discriminar o conceito, a epidemiologia, as principais causas e fatores de risco, diagnóstico, diagnóstico diferencial e tratamento das principais doenças ou transtornos mentais da infância e adolescência.

8. Dominar conceito, epidemiologia, principais causas e fatores de risco, diagnóstico, diagnóstico diferencial e tratamento das principais doenças ou transtornos mentais relacionadas ao uso de substâncias;

9. Discriminar o conceito, a epidemiologia, as principais causas e fatores de risco, diagnóstico, diagnóstico diferencial e tratamento das principais doenças ou transtornos mentais relacionados em idosos, incluindo aspectos físicos, psicológicos, cognitivos e sociais do envelhecimento; psicofarmacologia; avaliação neurológica, avaliação psicopatológica, avaliação cognitiva; avaliação psicométrica; indicações de exames de complementares (incluindo neuroimagem); vivência do luto, declínio da funcionalidade e autonomia, isolamento social, perda da mobilidade, impacto de doenças crônicas e hospitalização, síndromes relacionadas ao estresse em cuidadores de idosos, demências e outros transtornos cognitivos e outros.

10. Dominar o diagnóstico e tratamento dos transtornos alimentares;

11. Dominar o diagnóstico e tratamento dos transtornos de personalidade, transtornos relacionados ao desenvolvimento, transtornos relacionados a identidade de gênero, transtornos relacionados ao comportamento sexual, transtornos mentais orgânicos.

12. Dominar o conceito, a epidemiologia, as principais causas e fatores de risco, diagnóstico, diagnóstico diferencial e tratamento das principais doenças ou transtornos do sono;

13. Dominar o conceito, a epidemiologia, as principais causas e fatores de risco, diagnóstico, diagnóstico diferencial e tratamento dos transtornos mentais relacionados ao ciclo reprodutor feminino. O médico deverá demonstrar conhecimento específico sobre Psiquiatria da Mulher que inclui: transtorno disfórico pré-menstrual, transtornos mentais perinatais; transtornos mentais do climatério; transtornos mentais oriundos de doenças ginecológicas, terapêuticas hormonais e não hormonais no manejo dos transtornos de humor na mulher e outras.

Ao Término do Terceiro Ano

1. Dominar a aplicação de psicoterapias cognitiva comportamental, psicoterapia dinâmica, psicoterapias de grupo e família, intervenções breves, entrevista motivacional e outras;

2. Dominar a integração das psicoterapias ao tratamento de modelo múltiplo;

3. Dominar psicoterapias aplicadas as doenças ou transtornos de: personalidade, por uso de substâncias, do humor, de ansiedade, psicóticos, sono, alimentares, do desenvolvimento, além dos idosos, gestantes, crianças e adolescentes;

4. Dominar a ciência comportamental e a psiquiatria transcultural;

5. Dominar o diagnóstico e tratamento das doenças ou transtornos por uso de substâncias;

6. Dominar o uso da eletroconvulsoterapia;

7. Compreender o uso da neuromulação para a intervenção em doenças ou transtornos mentais;

8. Dominar conhecimentos da psiquiatria da infância e adolescência;

9. Dominar de conhecimentos da Psiquiatria Forense;

10. Dominar conhecimentos da Psiquiatria Geriátrica ou Psicogeriatria;

11. Dominar sobre Psiquiatria aplicada a Saúde Pública;

12. Dominar de psiquiatria administrativa e de sistemas de atendimento de saúde;

13. Contribuir com a supervisão de alunos de graduação e Médicos Residentes do primeiro e segundo ano;

14. Discriminar as aplicações das novas tecnologias na prática psiquiátrica, inclusive a legislação pertinente ao atendimento e à prescrição em situações nas quais a prática da telemedicina esteja autorizada, com conhecimento das aplicações potenciais das novas tecnologias digitais, inclusive dispositivos pessoais para a avaliação do humor, da cognição, da linguagem e da afetividade, dentre outros domínios psicopatológicos pertinentes ao diagnóstico precoce, à formulação do plano terapêutico e ao seguimento dos pacientes, inclusive com recursos de inteligência artificial, e outras.

15. Produzir um trabalho científico, utilizando o método de investigação adequado e apresentá-lo em congresso médico ou publicar em revista científica, ou apresentar publicamente em forma de monografia.

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

ANEXO III – Questionário aplicado

Olá! Me chamo Carolina Michaella e faço mestrado em Relações Étnico-Raciais no CEFET/RJ. Minha pesquisa é referente a formação racializada na residência médica em Psiquiatria com atendimento SUS. Gostaria, por favor que respondessem essas questões e estou à disposição para quaisquer trocas. Obrigada!

Meu e-mail: carolmichaellapsico@gmail.com

1- Como você se auto declara?
( ) Preta
( ) Parda
( ) Indígena
( ) Branca
( ) Amarela

2- Qual a sua identificação de gênero?
( ) Feminino
( ) Masculino
( ) Não-binário
( ) Prefiro não dizer

3- Qual a sua faixa etária?
( ) 20-25
( ) 26-30
( ) 31-35
( ) 36-40
( ) mais de 40

4- Em qual instituição de ensino você fez/faz a sua residência médica em Psiquiatria?
_____

5- A quanto tempo está formado psiquiatra?

( ) ainda estou na residência
( ) a menos de 5 anos
( ) de 5 a 10 anos
( ) a mais de 10 anos

6- Durante a sua residência você atende/ atendeu pessoas pardas/negras?

( ) Sim
( ) Não
( ) Não lembro

7- Como você foi ensinado a preencher a identificação étnico-racial do/a paciente nos protocolos/prontuários?

_____

8- Como você faz atualmente a identificação étnico-racial do/a paciente nos protocolos/prontuários?

_____

9- Durante a sua formação, havia discussões em sala de aula, reuniões clínicas, científicas, journal club, supervisão de atendimentos sobre aspectos que permeiam a construção da subjetividade negra?

( ) Sim
( ) Não

10- As questões sócio-culturais envolvidas no diagnóstico da população negra foram estudadas ao longo de sua residência no que se refere a diagnóstico e tratamento?

( ) Sim
( ) Não

11- Como os principais fatores; os fatores de risco, diagnóstico diferencial e tratamento dos transtornos mentais foram ensinados a partir dos os fatores socioculturais, econômicos, étnicos, sexuais, religioso-espirituais e familiares?

_____

12- Você se sente um profissional apto na compreensão dos fatores étnicos-raciais que envolvem o atendimento de uma pessoa negra?

( ) Sim
( ) Não
( ) Talvez

13- Essa aptidão foi construída na residência médica em Psiquiatria?

( ) Sim
( ) Não

14- Caso não, onde buscou qualificar a sua aptidão para o atendimento dessa população?

_____