

Cuidado, branquitude e racismo: primeiras aproximações de um debate

por Gabriel Nascimento Rocha

Não me lembro ao certo o que eu tinha, mas estava com febre. Na época, ainda morava na casa dos meus pais. Estava deitado na cama, sentindo o corpo sem forças, mas também sem conseguir dormir ou descansar, ao menos não exatamente. Meu pai sentou ali na cama e ficou comigo, tentando conversar, mas acho que eu disse que não queria; após um tempo em silêncio, pegou um livrinho de poemas do Mário Quintana e ficou ali, lendo com a voz mansa dele; acho que depois de algum tempo eu apaguei.

Quando penso em cuidado, essa é uma lembrança que me vem. Consigo pensar em outros momentos também, inclusive momentos em que *não me senti* cuidado: como quando alguém insistentemente perguntava coisas de minha vida com ares de preocupação e eu *não queria* conversar, e isso era tratado como algo que eu deveria fazer.

São formas de pensar o que é e o que não é cuidado que partem simplesmente da minha experiência, de como eu já senti certas formas de ser tratado. Para além deste exercício talvez meio bobo, confesso que tenho dificuldades de definir o que é cuidado: fico sempre com a impressão de que é algo muito mais no campo do sensível do que algo que é plenamente possível de ser definido.

Apesar disso, é um assunto que vem tomando um espaço em mim ao longo dos últimos meses. Este não é um texto, porém, em que vou lançar-me à árdua tarefa de tentar definir um conceito tão polissêmico, como já foi indicado por algumas pessoas (1). Aqui, quero muito mais jogar algumas questões que vêm se movimentando em mim; é mais sobre tentar dar algum contorno a certas inquietações. Mas não vamos colocar o carro na frente dos bois: para entendermos a postura inquieta do corpo, vamos precisar olhar para onde os pés estão pisando – e, bem, que pés são esses.

(1) Como o texto “Do olhar da espiral caleidoscópica do cuidado” demonstra. Todos os textos apontados em notas de rodapé, por sinal, estão referenciados na última página.

A cabeça pensa onde os pés pisam

Sou um homem branco e cisgênero, com formação em psicologia e trabalhador da Atenção Primária à Saúde (APS), a chamada porta de entrada de usuáries/os do Sistema Único de Saúde (SUS), em favelas e bairros periféricos em uma cidade na região metropolitana do Rio de Janeiro. Trabalho naqueles lugares que muitas vezes são chamados de postinho de saúde (embora exista uma disputa danada sobre isso) (2).

Desde que comecei a trabalhar na APS, tenho sido intensamente convocado para ajudar a lidar com diversas demandas que são entendidas como sendo do campo da “saúde mental” – como se esperaria de um psicólogo. Esse chamamento, ou ao menos a forma como eu o sinto, costuma ser principalmente para uma atuação clínica, muito embora as atribuições de profissionais da psicologia na APS vá para muito além disso – o que também não é o mérito deste texto.

Faço questão de ressaltar essa dimensão clínica porque é preciso demarcar que meu processo de formação em psicologia passou *menos* por aí do que normalmente as pessoas costumam imaginar. Ao longo da graduação, aquilo que me manteve foi o encontro com autoras/es que questionavam o papel da atuação histórica da psicologia, identificando que se tratava de uma ciência comprometida principalmente com a dominação e os interesses das elites nacionais, e não da maior parte da população (3). Seria então necessário pensar em uma *outra* psicologia, que estivesse comprometida com os processos de transformação social, com os movimentos de luta populares e suas reivindicações e daí por diante. Isso tudo para dizer que, então, a minha forma de enxergar psicologia sempre se deu a partir de uma certa “chave”, de um lugar que passava principalmente por processos de resistência, de fortalecimento coletivo, de trabalho com comunidades e por aí vai. Este foi, inclusive, o caminho que acabou por me levar a trabalhar na APS: a possibilidade de estabelecer um trabalho comunitário, envolver-me com experiências grupais, pensar saúde mental para além da ideia de adoecimento. Não passava por um lugar nem da clínica, portanto, e também não explicitamente do cuidado.

Ainda acredito nessa possibilidade. No entanto, hoje me parece que a construção para estabelecer um terreno mais sólido neste sentido é um tanto quanto demorada. E, dentre vários motivos, um deles é a forma como – ao menos em minha experiência – a existência de profissionais de psicologia em um serviço de saúde parece gerar um certo tipo de demanda nas/os próprias/os usuáries/os do serviço.

(2) Os termos “posto” ou “postinho” são usados no Brasil há muitos anos, de forma que costumam ser associados a um modelo de atenção à saúde que já não é mais oferecido após a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

(3) A obra do psicólogo naturalizado salvadorenho Ignacio Martín-Baró é ilustrativa deste tipo de pensamento. Dois textos que apresentam bem sua perspectiva são: “O papel do psicólogo” e “O desafio popular à Psicologia Social na América Latina”.

Isso é uma percepção minha muito a partir do encontro com as pessoas, seja em consultas individuais, em reunião comunitária, em grupos, ou escutando conversas de corredores.

Essa demanda apareceu para mim, inicialmente, quase como uma sensação: algumas coisas que eram faladas “batiam” em mim de uma forma um pouco diferente, não sei muito bem explicar. Aos poucos, conforme ia pensando sobre o meu processo de trabalho, comecei a questionar-me quanto ao que eu estava construindo ali. Algumas destas questões diziam respeito a essa dimensão clínica do trabalho: afinal, o que eu estava fazendo, considerando todas as inseguranças que tenho aí? E, ao mesmo tempo, por que os encontros individuais pareciam *fazer sentido*, de alguma maneira? O que é que se estava produzindo ali? Seria algo interessante? De qual lugar se estava fazendo?

Foi apenas conforme o tempo foi passando, e, principalmente, quando a questão do cuidado em saúde apareceu de forma explícita nos meus estudos do mestrado, que comecei a entender melhor o que se passava: eu sentia que as pessoas apareciam mais ou menos como eu quando tive aquela febre. Chegavam para o encontro pedindo alguma forma de cuidado.

Branquitude e o cuidado com vidas negras: um dilema fundamental

Inicialmente, pareceu-me óbvio o que eu deveria fazer com isso: era necessário investir em uma formação clínica mais robusta. Apenas assim eu conseguiria, então, oferecer um cuidado de qualidade. Embora eu ache que isso permanece sendo um raciocínio que faz sentido, em pouco tempo eu me deparei com uma miríade de questões. A primeira delas dizia respeito à própria lógica do trabalho: será então que o que eu deveria fazer era efetivamente organizar um trabalho em uma lógica ambulatorial? Por que o formato de psicoterapia convencional seria a melhor maneira de cuidar de alguém? E por que eu faria isso em um serviço de saúde que *não se propõe* a executar este tipo de proposta como sua principal intervenção, e sim ações de prevenção e promoção da saúde (4)?

E, para além do próprio modelo de cuidado, uma outra questão – que sempre esteve presente para mim, desde o início do trabalho – passou a ganhar mais força a partir destes questionamentos. Ora, tratava-se da inescapável realidade de meu posicionamento enquanto um homem branco diante do cuidado de vidas, em sua maioria negras. Esse é mais um tema que renderia textos inteiros. Mas, para o breve exercício de reflexão que estamos fazendo aqui, o que é fundamental é apontar a perspectiva fanoniana (5) de que o mundo moderno-colonial

(4) Este é um tema que não será possível abordar, mas que também pode render muitos bons debates com as perspectivas dos sistemas tradicionais de medicina indígenas e africanos que logo serão abordados.

(5) Perspectiva do autor martinicano Frantz Fanon, condensada principalmente em seu clássico “Pele negra, máscaras brancas”.

opera uma divisão racial. Esta divisão foi inventada fundamentalmente pela burguesia branca e europeia durante o avanço de seu domínio sobre povos de outros continentes, e funciona a partir da determinação do que é humano e daquilo que não é. O humano, dentro desta perspectiva, equivale ao branco: sua cor de pele, seus traços, os valores consolidados na Europa moderna. Tudo que se distancia disso está no campo do não-humano, em uma zona do não-ser (6). Desta maneira, os processos de subjetivação de pessoas brancas e pessoas negras dão-se a partir de lógicas distintas; a *experiência de ser negra/o* se dá a partir de uma constante negação de humanidade, que se dá nas relações no mundo. Essa negação é cotidiana: são os episódios de racismo de diversas ordens, inclusive aqueles em que são quase imperceptíveis.

Isso abre, para mim, um dilema importante: na medida em que tratam-se de experiências distintas, que as vidas negras se dão em uma modalidade de experiência que uma pessoa branca *não é capaz* de acessar, será que é efetivamente possível haver cuidado nesta relação? Como? Será possível que a psicologia clínica que é hoje hegemônica nos cursos de psicologia, construída em cima de teorias europeias do começo do século XX, é de fato a melhor ferramenta para tentar isso?

Logo, então, ficou nítido para mim que o recurso a um campo mais conhecido dentro da formação em psicologia não era onde estariam as respostas para as questões fundamentais – mesmo que contenha possibilidades e pistas de por onde seguir.

Sistemas tradicionais de medicina e cuidado em saúde mental

Mas onde estariam, então, as respostas? Naturalmente, não é tão simples assim. Penso que, talvez, as respostas *nunca* vão existir, apenas provisoriamente. Talvez seja mais uma questão de como manter-se tentando responder do que efetivamente chegar a um lugar bem determinado. E, também talvez, este movimento deva ser acompanhado sempre de um questionamento das próprias práticas, de um estranhamento do que se faz.

Comecei a estranhar de forma mais profunda as práticas de “cuidado” oferecidas na APS – pois qualquer procedimento realizado no trabalho é categorizado desta forma, mesmo que a pessoa que o recebe não se sinta minimamente cuidada – a partir do contato com os sistemas tradicionais de medicina africana e indígena. Primeiramente, estranhei este nome: sistemas tradicionais de *medicina*. Para mim, afinal, medicina seria justamente essa prática moderna ocidental, pautada em uma certa perspectiva sobre o que são corpos humanos, organismos etc., com um conjunto de práticas mais ou menos consolidadas e daí por diante. Pensar o cuidado a partir de plantas e ervas medicinais, do encantamento, dos banhos, parecia fazer todo sentido para mim – e ainda mais considerando que surgem a partir de cosmovisões específicas, distintas daquela hegemônica no Brasil hoje. Mas fazia sentido enquanto uma prática possível, tão importante quanto a medicina convencional, sem hierarquias; mas não conseguia entender

(6) Conforme a professora doutora Fatima Lima coloca em seu texto “Trauma, colonialidade e a sociogenia em Frantz Fanon: os estudos da subjetividade na encruzilhada”.

porque chamá-las de medicina: mais ou menos o debate feito sobre saber acadêmico e saber popular (7). Só que, normalmente, o saber popular é tratado como um saber a partir da experiência; algo que se constrói no cotidiano, e adquire-se a partir da “vida vivida”, enquanto o conhecimento científico seria advindo da razão, seria um saber sistematizado a partir de um certo método. Mas, ora: o que certos autores – como Carlos Alexandre Rodrigues e João Paulo Barreto (8) (indígena da etnia Tukano) – apontam é justamente que, por mais que o conhecimento em medicina de certos povos surja organicamente, a partir de suas formas de relação específicas com o mundo e os seres que nele habitam, também podem constituir-se de forma sistemática: justamente por isso são *sistemas* tradicionais de *medicina*. Ou seja: o fato do saber ser empírico não significa que ele não seja científico: esta seria uma dicotomia fruto das sociedades burguesas e coloniais.

Isso fica nítido no exemplo que João Paulo Barreto traz de sua parente, que seria tratada com uma intervenção muito invasiva por um médico convencional, formado nas bases da medicina universitária como conhecemos, e que pôde ser cuidada a partir de uma outra perspectiva. A partir de sua narração, vemos precisamente que estes sistemas possuem formas de diagnóstico, de entender o que está havendo, bem como terapêuticas específicas.

Uma coisa que me ajuda a pensar nisso são as recomendações médicas que vão para além da prescrição medicamentosa. Imagino que boa parte das pessoas já tenha tido a experiência de ter algum tipo de gripe e ser consultada/o por um/a médico/a. Também deve ter saído com alguma prescrição, mas escutado que precisava mesmo era beber bastante água e ficar de repouso. Ora: se “beber água e descansar” é uma intervenção que também faz parte da medicina convencional, por que apenas ela seria científica? O que há neste sistema de medicina, em especial, que faz com que a sua sistematização seja válida enquanto ciência e a de outros sistemas não? O que quero aqui não é ficar dizendo o que é ciência ou não, mas sim apontar que existem diferentes sistemas de diagnóstico e conduta, e que mesmo na medicina que é tida como a verdadeira, a mais válida, existem formas de conduzir tratamentos que não se pautam em tecnologias duras.

Isso coloca a psicologia diante de uma possibilidade de aprender: quer dizer, estes saberes de povos africanos e indígenas disponibilizam-se enquanto pedagogia até mesmo para pessoas brancas. Mas não em um sentido de que estes saberes tradicionais estão disponíveis para serem “incorporados” às ciências modernas, serem apropriados; mas sim no sentido de que fazem pensar sobre as nossas próprias práticas, estranhá-las; colocam em questão o que produzimos até aqui: estamos efetivamente cuidando ou apenas efetuando uma série de procedimentos? Estamos *com* as pessoas? Não existem *outras formas possíveis* de fazer ciência?

(7) Tal como são trabalhados no texto “Sobre o conceito e a prática da pesquisa-ação”, por exemplo.

(8) Como apontado nos textos (respectivamente): “Sistemas tradicionais africanos de medicina e seu legado à cultura brasileira” e “Bahserikowi – Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde indígenas”.

Quais outras formas de cuidado, que hoje são tidas como formas menores, podem constituir práticas potentes de cuidado em saúde mental?

O campo de movimentação que se abre a partir daí é bastante interessante. A questão fundamental que se coloca é: estando em uma posição de cuidador, **qual tipo de cuidado quero oferecer?**

Pedagogia ancestral de povos africanos, branquitude e cuidado

O problema agora aparece de forma um pouco mais complexa. Sem ter respostas ainda se é possível para uma pessoa branca efetivamente cuidar de vidas negras, temos o cenário de que este tipo de relação está efetivamente colocada por toda parte no Brasil. Então, ao mesmo tempo, lançamos ainda uma outra pergunta: se nós, profissionais de saúde brancas/os, formos tentar fazê-lo, de forma efetivamente comprometida, qual tipo de cuidado se estará tentando fazer? Quais são os possíveis efeitos de nossas práticas? O que queremos descartar e no que queremos apostar?

Mais uma vez, são perguntas sem respostas fixas, que devem ir se fazendo no próprio processo de cuidado. Mas queria deixar apontada uma última questão. Quando Lélia Gonzalez fala sobre a figura da “mãe preta” e a sua rasteira no texto “Racismo e sexismo na cultura brasileira”, está falando sobre o processo em que mulheres negras, a partir do lugar de cuidado às crianças brancas – inverso ao que estamos falando aqui, portanto – ao qual foram historicamente submetidas, fazem circular seus saberes ancestrais; fazem com que eles estejam colocados na ordem da cultura dos mais diversos povos que habitam o Brasil, e inescapavelmente na das pessoas brancas. Não à toa, estes saberes e fazeres sempre emergem, tentam ser reprimidos, mas *nunca* são completamente vencidos: é assim com o samba, o funk, as medicinas tradicionais, os cultos aos orixás, voduns e nkisis, etc.

Estes saberes e fazeres colocam-se, então, com maior ou menor grau de distância na experiência de pessoas brancas. Por exemplo: falei aqui sobre como conhecer um pouco mais sobre sistemas tradicionais de medicina produziu um estranhamento em mim. Talvez se fosse um homem branco criado em terreiro, este efeito não tivesse surgido. Da mesma forma, existem certas tecnologias africanas que orientam minha prática em diversos espaços, inclusive no trabalho, como a roda (9), e que foram constituindo-se enquanto fundamentais para mim sem que eu sequer pensasse sobre a influência dos povos afropindorâmicos sobre o seu uso no Brasil.

Parece existir, portanto, uma dimensão do saber-fazer de povos negros e indígenas que vão se fazendo no cotidiano, não apenas por estes povos; que, a partir de seus processos de resistência, penetram e perpetuam-se, mesmo que com mudanças. E, por terem sido inventados a partir de

(9) Conforme a cartilha “Roda” elaborada para o curso de extensão Pedagogia da Ancestralidade.

cosmovisões distintas da burguesa colonial, talvez possam ser simplesmente ensinados e compartilhados, e não impostos.

Talvez esteja aí uma sagacidade da rasteira sobre a qual seja necessário olharmos com calma. Será que neste processo de cuidar de crianças brancas não estão sendo lançadas sementes para o próprio cuidado? Quer dizer: na medida em que a criança branca é letrada de alguma forma, mesmo que parcial e precária, em aspectos de cosmovisões negras... será que não haveria uma certa estratégia, uma certa aposta da pessoa negra em um cuidado consigo mesma e com os/as seus/suas? Uma esperteza de fazer com que as formas pelas quais se quer ser cuidada persistam, insistam, continuamente... mesmo que se atualizando, mesmo que se distorcendo. Será que poderíamos entender que a rasteira *pode ser* (não é, mas pode ser!), também, um convite para a capoeira? Neste sentido, seria movimento fundamentalmente para derrubar, mas que também poderia se tornar, para quem efetivamente comprometer-se com as regras do jogo, movimento para estar junto.

O que se coloca então como questão é um processo de reflexão por parte das pessoas brancas em posições de cuidar: quais formas de fazer foram aprendidas com cosmovisões negras e indígenas? Qual é a relação que se estabelece com elas? É de apropriação? O que fazemos foi ensinado ou nós roubamos? De que maneira podemos colocar estas tecnologias em circulação? Para que faríamos isso? De quais formas podem alterar as disposições coloniais dos espaços? De que maneira podemos utilizar estes conhecimentos para colocar em questão, nos grupos e comunidades, o nosso próprio lugar? De que forma podem ajudar a deslocar nosso lugar de uma posição de quem sabe? De quais maneiras podem desorganizar e deslocar as relações de poder, criando novos arranjos? E de que forma as comunidades podem modificá-los? Como sermos responsáveis com isso?

Estas são algumas perguntas para abrir o apetite, com a certeza de que esse texto é apenas uma primeira aproximação a algumas questões sobre a prática de cuidado, especialmente nos serviços de saúde, que é oferecida por pessoas brancas no Brasil hoje.

Referências

ADDOR, Felipe; AVELAR, Celso Alexandre Souza de. Sobre o conceito e a prática da pesquisa-ação. In: ADDOR, Felipe; HENRIQUES, Flávio Chedid (org.). **Participação, economia solidária e território: reflexões a partir da prática extensionista**. Rio de Janeiro: Fórum de Ciência e Cultura – Editora UFRJ, 2022.

BARRETO, João Paulo Lima. Bahserikowi – Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde indígenas. **Amazônica, revista de antropologia**, Belém, v. 9, n. 2, p. 594–612, 2017.

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

GONZÁLEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: GONZÁLEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano**. Rio de Janeiro: Zahar, 2020, p. 75-93.

LIMA, Fátima. Trauma, colonialidade e a sociogenia em Frantz Fanon: os estudos da subjetividade na encruzilhada. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 72, n. spe, p. 80-93, 2020.

MARTÍN-BARÓ, Ignacio. O papel do psicólogo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 2, n. 1, p. 7-27, 1996.

MARTÍN-BARÓ, Ignacio. O desafio popular à psicologia social na América Latina. In: MARTÍN-BARÓ, Ignacio. **Crítica e libertação na psicologia: estudos psicossociais**. Petrópolis: Vozes, 2017.

MEDEIROS, Flávia Natércia da Silva. **Roda**. Rio de Janeiro: Pedagogia da Ancestralidade, 2022.

PEREIRA, Carlos Alexandre Rodrigues. Sistemas tradicionais africanos de medicina e seu legado à cultura brasileira. **Kwanissa: Revista de Estudos Africanos e Afro-Brasileiros**, São Luís, v. 6, n. 14, p. 254-275, 2023.

SLOMP JUNIOR, Helvo et al. Do olhar da espiral caleidoscópica do cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, p. e220582pt, 2023.



*Agrado para a Dona da Minha Vida,
por Bitta Bardo.*