

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE
COLETIVA**

ROSAURA BANDEIRA BEATO

**SER MÉDICO NEGRO: (RE) SIGNIFICANDO IDENTIDADES
SOCIAIS E ÉTNICAS**

**VITÓRIA
2006**

ROSAURA BANDEIRA BEATO

**SER MÉDICO NEGRO: (RE) SIGNIFICANDO IDENTIDADES
SOCIAIS E ÉTNICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Henrique Borges.

Vitória

2006

ROSAURA BANDEIRA BEATO

**SER MÉDICO NEGRO: (RE) SIGNIFICANDO IDENTIDADES
SOCIAIS E ÉTNICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 18 de dezembro de 2006.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Prof^a Dr^a Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a Dr^a Antônia de Lourdes Colbari
Universidade Federal do Espírito Santo

Ao meu pai, Joaquim Beato,
pela determinação, visão de futuro e capacidade de trabalho,
sem abrir mão dos sonhos.

Ao meu sobrinho, Vitor José,
pela coragem, pelo esforço pessoal e compromisso com sua formação médica.

Aos jovens – sobrinhos, afilhados, alunos.
Ao construir seu próprio futuro me fazem dar novos sentidos à vida.

In memoriam:

A minha mãe, Odorica Bandeira Beato,
que me mostrou o valor da autonomia e da independência.

Ao meu irmão Francisco José,
jornalista, pelas lembranças na arte de escrever
sobre as questões da vida cotidiana.

Ao meu primo Francisco Domingues de Sousa (Chicão),
modelo de médico competente e humanitário.

Às tias Carolina e Lica,
mulheres que souberam superar obstáculos.

À minha prima Ilce,
que precisou buscar oportunidades de vida fora do país.

À Paula Cunha Moraes, querida amiga e irmã,
modelo de professora universitária, competente e humanitária.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, pela amizade e por ter aceitado o desafio de trabalhar este tema, assumindo o compromisso de viabilizar o projeto de pesquisa, independente da existência de obstáculos. O que norteou a relação com a orientanda foi criar possibilidades de aprendizagem e de produção acadêmico-científica. Foi um orientador na acepção plena da palavra.

Ao Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva (PPGASC), por ter aceitado desenvolver esta pesquisa, a primeira com este tema no mestrado. Aos professores, pelos conhecimentos compartilhados e aos colegas, pela convivência no cotidiano de exploração do novo espaço de vida que foi o mestrado. Em especial, ao grupo da Saúde do Trabalhador, por propiciar o sentimento de pertencimento.

Aos colegas professores do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, pela amizade e solidariedade. Aos funcionários técnico-administrativos, pela disponibilidade nos afetos e no apoio à digitação.

Aos médicos e médicas que participaram do estudo, pela possibilidade de transformar o projeto de pesquisa em produção acadêmica.

Aos meus familiares, aos amigos e às amigas, que estiveram presentes o tempo todo, impulsionando este projeto de vida. À tia Carolina (*in memoriam*) e à tia Filomena, pelo amor, pela força e pelo acolhimento da solidão que este trabalho exigiu.

Aos alunos e aos pacientes que me desafiam permanentemente a (re)significar minhas identidades sociais e étnicas.

À amiga e comadre Marisa Amaral, que tão cuidadosamente exerceu o ofício de revisora do texto. Ao meu afilhado Tales que, com seu conhecimento de informática, compromisso e competência esteve presente ao longo do curso de pós-graduação.

RESUMO

Estudo exploratório sobre trabalho médico e estratégias de enfrentamento das desigualdades sociorraciais. Analisa a trajetória profissional de oito médicos negros formados e residentes no Espírito Santo, de diferentes gerações. Os objetivos foram identificar particularidades da trajetória profissional de médicos negros do Espírito Santo, decorrentes de sua condição étnica; identificar situações de discriminação racial vivenciadas no trabalho; identificar estratégias de enfrentamento da discriminação racial e das desigualdades sociais no trabalho, construídas por eles; examinar as relações entre as vivências de discriminação racial e de desigualdade social no trabalho, com a percepção de sofrimento psíquico. Utiliza entrevistas semi-estruturadas para a coleta de dados empíricos e a análise de conteúdo das respostas. Utiliza as categorias sociológicas racismo, preconceito racial e discriminação racial para aproximação do objeto de estudo “ser médico negro”. Aborda a escolha, a formação e o exercício profissional dos sujeitos do estudo, articulados ao sofrimento psíquico e às formas de enfrentamento do racismo, da discriminação racial e do preconceito racial. Enfoca possíveis diferenciais na produção de subjetividade do ser negro na profissão médica, na construção de identidades sociais e étnicas. As hipóteses de racismo, discriminação racial e preconceito racial na sociedade capixaba puderam ser exploradas no estudo. Conclui que a profissão médica não está entre aquelas às quais a população negra tem acesso, mas a possibilidade de reconhecimento devido a esforços e méritos individuais faz com que seja escolhida por pessoas negras para melhoria de capital econômico e simbólico, sem que isto seja garantia de não mais estar exposto a condições de racismo.

Palavras-chave: Desigualdades sociorraciais. Trabalho médico. Sofrimento psíquico. Estratégias de enfrentamento.

ABSTRACT

This is an exploratory study on the exercise of the medical profession by black individuals and the strategies some of them have had to resort in order to confront social and / or racial inequalities. It is an analysis of the careers of eight black physicians of different generations who were both trained in medical colleges, and, since their graduation, continued to live and work in the state of Espírito Santo. Its purpose is to identify in the careers of these black doctors situations consequent on their ethnic origin, that is, to identify situations in their daily work in which they suffered racial discrimination; to identify the strategies they have themselves created in defiance of the racial discrimination and the social inequalities they have come across in their daily work; and to investigate the relationship between their experiences of racial discrimination and social inequality in their daily work and their consciousness of their psychical suffering as brought about by these experiences. The empirical data were collected through non-directive interviews and the analysis of contents applied to the answers of the interviewed. The subject of this study --- which is "what does it mean being a black doctor ?" --- was approached through the sociological concepts of racial prejudice, racism and racial discrimination. The study also includes the analysis of the motivation of these doctors' option for the medical profession, their training, and their professional practice, all this in connection with their psychical suffering and the ways they were led to construct in order to confront racial prejudice, racism and racial discrimination. It also deals with possible differences among these black doctors in the ways they built up the subjectivity of being black persons in the medical profession, and built up their social and ethnic identities. It has been possible in this study to examine the hypothesis that assumed the existence of racial prejudice, racism, and racial discrimination in our society. Its conclusion, in short, is that the medical profession is not among those ones to which black people have any easy access. But the possibility of achieving personal recognition for hard work and excellence in performance have led some black individuals to choose this profession as a means of improving their economic and symbolic capital. However, being a black doctor has not offered them any protection against racial prejudice, racism and racial discrimination.

Key words: Social and racial inequalities. Medical work. Psychical suffering. Strategies of confrontation.

LISTA DE ABREVIATURAS

CCS – Centro de Ciências da Saúde.....	58
CFM – Conselho Federal de Medicina.....	66
CRM-ES – Conselho Regional de Medicina.....	58
DRT – Delegacia Regional do Trabalho.....	13
FASE - Federação de Órgãos de Assistência Social e Educação.....	33
GTI – Grupo Interministerial de Trabalho.....	17
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.....	28
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano.....	33
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social.....	13
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada.....	11
OIT - Organização Internacional do Trabalho.....	11
PPGASC – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva..	58
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio.....	29
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.....	33
SINDPREV-ES - Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde, Trabalho e Previdência do Estado do Espírito Santo.....	13

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população residente no Brasil, por cor/raça, 2000..... 28

Tabela 2 – Inserção no Mercado de Trabalho Segundo Cor ou Raça, 1999..... 34

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	OBJETO DE ESTUDO.....	17
1.2	JUSTIFICATIVA.....	17
1.3	OBJETIVOS.....	19
2	MARCO REFERENCIAL	21
2.1	CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA INSERÇÃO DO NEGRO NA SOCIEDADE BRASILEIRA.....	21
2.2	RELAÇÕES SOCIORRACIAIS E DESIGUALDADE: RAÇA, ETNIA, RACISMO, DISCRIMINAÇÃO RACIAL E PRECONCEITO RACIAL.....	23
2.3	DESIGUALDADES SOCIORRACIAIS: CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL.....	28
2.4	INSERÇÃO DO NEGRO NO MERCADO DE TRABALHO.....	33
2.5	SER MÉDICO NA SOCIEDADE BRASILEIRA.....	36
2.6	CARGA PSÍQUICA E SOFRIMENTO NO TRABALHO.....	40
2.6.1	Desigualdades sociorraciais e estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico.....	47
3	METODOLOGIA	54
3.1	CENÁRIO DO ESTUDO.....	57
3.2	SUJEITOS DO ESTUDO.....	57
3.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	58
3.4	INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	60
3.5	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	61
4	SER MÉDICO NEGRO NO ESPÍRITO SANTO: ESCOLHA, FORMAÇÃO E EXERCÍCIO PROFISSIONAL	64
5	SER MÉDICO NEGRO NO ESPÍRITO SANTO: FORMAS DE ENFRENTAMENTO DO RACISMO, DISCRIMINAÇÃO E PRECONCEITO RACIAIS	73
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
7	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICE – Roteiro de Entrevistas	94
	ANEXO – Folha de aprovação do Comitê de Ética do CBM-UFES	95

INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira é marcada por desigualdades econômicas, sociais, de gênero e de raça. Fenômenos como preconceito racial, racismo e discriminação racial remetem à complexidade da desigualdade racial e impedem o desenvolvimento humano integral e a ocupação de espaços sociais valorizados pela população negra.

A vasta mobilidade social propiciada pelo crescimento econômico desde os anos 1940 deixou de afetar a população não-branca, que continua concentrada nos estratos sócio-econômicos inferiores. A cor das pessoas é um determinante importante das chances de vida e a discriminação racial parece estar presente em todas as fases do ciclo de vida individual (HASENBALG; SILVA apud JACCOUD; BEGHIN, 2002, p. 5).

Recentes pesquisas do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) associam a desigualdade racial no Brasil a formas sutis de discriminação racial, o que impede o desenvolvimento das potencialidades e progresso social da população negra. Concluem que as políticas públicas que priorizem a questão da desigualdade terão que contemplar a desigualdade racial. A longa e estável convivência com a desigualdade no Brasil lhe dá um caráter de um fenômeno natural, o que faz necessária a desconstrução desta naturalização. Desnaturalizar a desigualdade econômica e social no Brasil passa, portanto, por desnaturalizar a desigualdade racial. Para superar este quadro é necessário enfrentar-se as causas, presentes no preconceito, no estereótipo, na intolerância e no racismo, dando visibilidade à questão racial (HENRIQUES, 2001; JACCOUD; BEGHIN, 2002).

As mudanças que vêm ocorrendo no sentido de dar maior visibilidade à questão racial surgem como resposta ao movimento negro, por parte da sociedade e das três esferas de governo. Desde a década de 1960, o Brasil é signatário de tratados internacionais antidiscriminatórios: Convenção 111 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), concernente à Discriminação em Matéria de Emprego e Profissão (1968); Convenção Relativa à Luta Contra a Discriminação no Campo do Ensino (1968); Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1969) (JACCOUD; BEGHIN, 2002).

Entretanto, além de não implementar concretamente medidas contempladas nestas convenções, o mito da democracia racial se mantém. O enfoque utilizado era

centrado na aculturação do negro brasileiro, considerando-se a possibilidade de seu “embranquecimento” e concomitante assimilação. Lutas mais recentes apontam que, mais do que buscar sua ocultação através da assimilação, o objetivo tornou-se afirmar a diferença racial e situar o negro na perspectiva nacional. E assim, buscar construir um lugar de sujeito numa sociedade multirracial.

Nas últimas décadas, a população brasileira foi beneficiada com maior escolarização, mas permanece inalterada a desigualdade entre negros e brancos. A diferença em anos de estudos entre brancos e negros se mantém em torno de dois anos. A universalização do acesso à educação não impediu que, no transcorrer das séries, esta diferença se aprofundasse. Assim, as perspectivas de progressão e desempenho dos negros ficam defasadas com relação aos brancos. Foi constatado que a maior parte do diferencial racial pode ser atribuída à discriminação na escola (JACCOUD; BEGHIN, 2002).

Em relação às desigualdades e discriminação no mercado de trabalho, observa-se que 47% da população branca têm empregos formais (empregados com carteira assinada ou funcionários públicos), enquanto que 37% da população negra estão na mesma situação; dos trabalhadores brancos, 21% não têm carteira assinada, enquanto que entre os trabalhadores negros encontra-se um percentual de 32%; com relação ao desemprego, a diferença entre brancos e negros é de 5% maior para estes últimos (JACCOUD; BEGHIN, 2002).

Pesquisas com controles por idade, nível educacional, sexo e região de residência chegaram ao chamado efeito “discriminação racial na inserção no mercado de trabalho”, isto é, desigualdades geradas no próprio mercado de trabalho (SOARES et al. apud JACCOUD; BEGHIN, 2002, p.24).

Existem condições inerentes ao mundo do trabalho que afetam a saúde dos trabalhadores. Com relação ao trabalhador negro, além destas determinações do trabalho sobre o processo saúde-doença surgem outros elementos relacionados à sua etnia, tanto aqueles geneticamente determinados quanto outros derivados de condições econômicas que, historicamente, mostram-se desfavoráveis, marcando o perfil epidemiológico dessa população.

Pesquisa realizada pelo Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde, Trabalho e Previdência do Estado do Espírito Santo (SINDPREV-ES, 2001) mostrou a existência de um perfil diferenciado entre os trabalhadores vinculados às quatro instituições que constituem sua base. Comparativamente aos funcionários da Delegacia Regional do Trabalho (DRT) e do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), os funcionários da Fundação Nacional da Saúde e do Ministério da Saúde tinham menor média salarial, menor escolaridade e maior proporção de trabalhadores negros. Na Fundação Nacional da Saúde a proporção do grupo constituído de negro/mulato/moreno correspondeu a 33,7% e no Ministério da Saúde a 27,6%. A observação empírica mostra que, em hospitais públicos, é visível a participação de profissionais negros, apesar de não ocorrer uma igualdade de acesso às profissões mais valorizadas (como é o caso de médicos), mas principalmente para profissões de nível médio.

Assim, apesar de contar com cerca de 5,6 milhões de profissionais (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2002), o mercado de trabalho na área de saúde não contempla a proporcionalidade da diversidade étnica da população brasileira.

Mais especificamente em relação aos processos de produção e trabalho, a organização do trabalho impacta mais diretamente a saúde mental do trabalhador, provocando angústia. Sabe-se que o racismo provoca efeitos psicológicos que trazem dor e sofrimento psíquico. A internalização do preconceito provoca um sentimento de inferioridade e a violência psíquica causada pelo racismo pode levar a uma baixa auto-estima, bloqueios emocionais e barreiras ao livre pensar e à criatividade.

Assim, o racismo tem efeitos nos indicadores sociais e de saúde da população negra, como: taxas de mortalidade precoce elevada em todas as faixas etárias, menor expectativa de vida e maior mortalidade infantil. O maior índice de mortes por causas externas e violência pode representar a perda de quarenta anos potenciais de vida por óbito. Pesquisas nos campos da psicologia, sociologia e antropologia apontam a associação entre experiências de racismo e maior risco de manifestação ou agravamento de problemas mentais (depressão, angústia, etc.) (OLIVEIRA, 2003).

Por outro lado, o trabalho em saúde e o enfrentamento das desigualdades raciais são temas que me dizem respeito diretamente. Mulher, negra, médica, professora universitária, venho construindo um espaço próprio de vida e trabalho através da criação de estratégias de enfrentamento das desigualdades raciais. O sentimento no cotidiano de trabalho era (e é, ainda) o de ser vista pelos diferentes atores sociais (professores, médicos, alunos, funcionários) como uma profissional que estivesse ocupando uma posição hierárquica inferior àquela que de fato exercia.

Ser mulher e negra é causa de sofrimento, mas também de busca e encontro de possibilidades. De descoberta de potencialidades e de luta para desenvolvê-las. Ser médica e professora universitária é construir um percurso profissional próprio, singular, numa instituição pública, cuja função social foi por mim colocada em primeiro plano. É se preocupar com direitos sociais e civis, reconhecendo as diferenças e respeitando a autonomia do outro.

É ser guiada pela questão: como romper com as situações de opressão provocadas pelo racismo? E também, como lidar com a discriminação racial, o racismo, o preconceito racial e seus efeitos, de uma maneira humanizada, com uma visão diferenciada de poder fazer e não como poder sobre o outro?

No Brasil, a discriminação racial ocorre de forma sutil, tornando difícil explicitá-la e, portanto, combatê-la. É o contrário do que acontece em países como os Estados Unidos da América e a África do Sul, onde o racismo é explícito, institucional. O passado colonial e a herança escravista contribuem para o surgimento de um imaginário social no qual a cor da pele das pessoas aponta o lugar ocupado por elas na sociedade brasileira. Quanto mais escura for a cor da pele, menores serão as possibilidades de mobilidade social. No Brasil, pele escura significa exclusão social e inferioridade.

Como algumas pessoas conseguem romper as barreiras impostas pelo racismo e construir, dar sustentação a um espaço profissional diferenciado? Como isso se dá na área da saúde e, mais especificamente, na área médica? Qual a história de vida e trabalho desses profissionais? Que estratégias de enfrentamento das desigualdades raciais construíram?

Minha trajetória de vida teve início numa família cuja ascensão social foi possível graças à inserção numa igreja protestante (Presbiteriana) e, desta forma, o acesso ao estudo formal. Por esta via, na década de 1940, meu pai, negro, oriundo do interior do Espírito Santo, deu continuidade a seus estudos teológicos em São Paulo e Campinas, onde se tornou pastor, cursando pós-graduação nas Universidades de Edinburg (Escócia) e Oxford (Inglaterra). Minha mãe nasceu no interior do Estado de Goiás, lecionava no ensino básico e, apoiada por uma missionária da igreja presbiteriana, aos vinte e um anos foi morar em São Paulo, onde cursou o curso clássico e trabalhou durante cinco anos como funcionária do Hospital das Clínicas, no setor de arquivos. Seu sonho era fazer a universidade, cursando enfermagem. Muito cedo comecei a me sentir alvo do preconceito racial, da discriminação racial e do racismo. Era como se estivesse sempre fora de lugar. Havia sempre um mal-estar e uma busca pelo sentimento de pertença. O fato de minha mãe não ser negra levava as pessoas a pensar que meus irmãos e eu éramos filhos adotivos, apesar de meu pai ser negro. Durante a adolescência, uma experiência foi decisiva para que conseguisse interpretar minha vivência de ser discriminada como fruto do racismo: morar com minha família durante três anos em Oxford (Inglaterra), país onde a discriminação existe e onde, ao contrário do Brasil, é falada abertamente. Esta foi uma experiência importante para que eu entendesse que a diferença racial/da cor da pele “significa ser inferior”. Comecei a me dar conta de que o racismo tinha a ver com as relações de poder, no sentido de dominação. Era o final da década de 1960 e os ingleses faziam mudanças nas leis de imigração para impedir a vinda de mais povos negros pertencentes à Comunidade Britânica, como os descendentes de indianos que viviam no Quênia (África) e optaram por emigrar para a Inglaterra. Os ingleses alegavam que os imigrantes lhes tirariam os empregos. Mas, naquele momento, imigrantes negros e latinos ocupavam postos de trabalho que os ingleses não queriam mais; faziam o trabalho desvalorizado, social e economicamente.

Apesar de tudo, foi uma oportunidade de conviver com diferentes culturas e etnias, poder estabelecer laços sociais com povos de diferentes origens, o que talvez pudesse não ter ocorrido de outra maneira.

Outra experiência importante foi, já adulta, ter entrado em contato com a cultura afro-brasileira e os movimentos que se iniciavam em Salvador, Bahia, na década de 1970. Esses movimentos foram se consolidando nas décadas de 1980 e 1990.

Novos espaços foram sendo ocupados pela população negra a partir da produção cultural (teatro, música, dança, blocos afros, afoxés). De uma forma particular, foi sendo construída a cidadania, no enfrentamento das desigualdades raciais de forma afirmativa. Estas vivências/experiências, junto com a psicanálise, foram decisivas para a construção da minha identidade negra - algo conflitivo e que gera sofrimento ainda hoje.

A escolha do tema trabalho médico e o enfrentamento das desigualdades raciais para a dissertação de mestrado está relacionada ao fato de poder contribuir para a construção da identidade racial de outras pessoas, para romper barreiras inter-raciais e gerar possibilidades de mudanças institucionais. Poder contribuir através de reflexões sobre a temática, aprender através de intercâmbio com médicos que se autodeclaram negros e consolidar uma forma particular de militância – valorização da micro-política do trabalho em saúde.

Este estudo propõe, entre outras coisas, identificar as estratégias de enfrentamento das desigualdades raciais utilizadas por médicas e médicos negros nas relações cotidianas de trabalho, atentando para possíveis especificidades de sofrimento psíquico por eles vivenciados.

Como pessoas negras no contexto de desigualdade racial brasileiro conseguem construir uma trajetória profissional de médico e médica? Que estratégias de enfrentamento possibilitam a realização deste projeto de vida?

1.1 OBJETO DE ESTUDO

Ser médico negro.

1.2 JUSTIFICATIVA

A partir da década de 1980, a sociedade civil organizada (movimento negro) começou a dar visibilidade ao racismo brasileiro, exigindo respostas do poder público. Na década de 1990, o governo federal cria o Grupo Interministerial de Trabalho - GTI, da população negra. Alguns avanços foram conquistados, mas são necessárias políticas valorizativas e ações afirmativas para que o país comece a reverter as desigualdades raciais (JACCOUD; BEGHIN, 2002).

No campo da subjetividade (tomando a psicanálise como referencial), ser negro representa entrar em contato com conteúdos psíquicos dolorosos. Negar a própria condição de ser negro causa repercussões psíquicas - bloqueios emocionais e barreiras ao livre pensar e à criatividade. Suas potencialidades humanas ficam comprometidas; inibições e repressões psíquicas são construídas como estratégias para lidar com o sofrimento psíquico causado pelo o racismo ao indivíduo e seu grupo familiar.

Novos caminhos, novas perspectivas podem ser abertos a partir da re-construção da história do negro na sociedade brasileira. No campo da subjetividade, as mudanças ocorrerão quando os sujeitos, na sua singularidade, reconhecerem-se como tal, re-escrevendo sua própria história de vida.

Aproximadamente a partir de 1990 começa a haver maior visibilidade da questão racial, através de várias ações por parte do poder público federal, no sentido de assumir que o Brasil é uma sociedade multirracial.

A obrigatoriedade na inclusão do registro do quesito raça/cor no processo de geração de informações pelo Ministério da Saúde vem suprir lacunas históricas. Conforme Oliveira (2003), estas lacunas comprometem estatísticas vitais e a proposição de políticas públicas que contemplem a especificidade da saúde da população negra. A autora sugere a formulação de uma Política Nacional de Saúde da População Negra, tomando como base quatro componentes: produção do conhecimento científico, capacitação dos profissionais de saúde, informação da população e atenção à saúde.

Do ponto de vista da produção do conhecimento científico, o estudo da inserção do profissional negro no trabalho médico requer a aproximação de diferentes áreas de problematização no campo da saúde do trabalhador, nas quais algumas questões já podem ser levantadas, como:

- 1) Possibilidades de inserção do negro no mercado de trabalho. O que abre a possibilidade de uma maior inserção nos serviços públicos de saúde (mas não nos privados) e, neste, maior em algumas profissões (medicina, raro; enfermagem de nível superior e serviço social, um pouco mais; enfermagem de nível médio, bastante)?
- 2) Existem especificidades quanto às cargas de trabalho e às formas de desgaste do profissional médico negro, particularmente em relação à carga psíquica de trabalho, nas quais são encontradas questões como assédio moral e racismo? O fato de ser negro contribui como uma especificidade para o surgimento de sofrimento no trabalho?

O presente estudo vem ao encontro desta perspectiva, de construir conhecimentos sobre esta temática, na intersecção do campo da saúde do trabalhador e das desigualdades sociorraciais, podendo vir a contribuir com a formulação das políticas públicas que resgatam a cidadania.

1.3 OBJETIVOS

- Identificar particularidades da trajetória profissional de médicos negros do Espírito Santo, decorrentes de sua condição étnica.
- Identificar situações de discriminação racial no trabalho vivenciadas por médicos negros do Espírito Santo.

- Identificar estratégias de enfrentamento da discriminação racial e das desigualdades sociais no trabalho, construídas por médicos negros do Espírito Santo.

- Examinar relações entre as vivências de discriminação racial e de desigualdade social no trabalho, com a percepção de sofrimento psíquico por médicos negros do Espírito Santo.

MARCO REFERENCIAL

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA INSERÇÃO DO NEGRO NA SOCIEDADE BRASILEIRA

O Brasil foi o último país cristão e ocidental a abolir a escravidão. Quando isto ocorreu, em 1888, o Estado brasileiro não criou condições para a inserção da população negra na sociedade (CARVALHO, 2003). Imigrantes europeus foram trazidos pelo governo brasileiro para o mercado de trabalho, ficando os ex-escravos à margem. Desde então, faltam políticas públicas que contemplem a população negra e possibilitem a ruptura com a exclusão social. A libertação dos escravos não trouxe consigo a igualdade.

Traçando um paralelo entre os momentos históricos e econômicos onde ocorreu a libertação dos escravos no Brasil e nos Estados Unidos, observa-se nuances que permitem compreender as diferentes possibilidades de exercício de cidadania pela população negra. Nos dois países, este momento caracterizou a necessidade do capitalismo de modificar as relações de trabalho, disponibilizando trabalhadores “livres” que pudessem vender sua força de trabalho.

Entretanto, nos Estados Unidos, a luta pelos direitos civis da população negra teve um momento de forte protagonização na guerra civil que opôs os estados do norte (industrializados e carentes de mão de obra “livre”) e os estados do sul (com economia sustentada por atividades agrícolas, que utilizavam mão de obra escrava). Desde então, a explicitação do conflito racial levou a avanços nos direitos civis da população negra.

Por outro lado, no Brasil, as necessidades do capitalismo ocorreram mais tardiamente, tendo em vista que as oligarquias se organizavam de maneira a impedir as rupturas institucionais, combinando forte repressão à capilaridade da inserção do trabalho escravo no cotidiano das pessoas.

De acordo com Carvalho (2003), os valores da escravidão eram aceitos por quase toda a sociedade, havendo escravos no país inteiro, em todas as províncias, no campo e nas cidades. A escravidão ficou como uma herança colonial; ela negava a condição humana do escravo (homens e mulheres negros) e deixou raízes profundas na sociedade brasileira. A disseminação dessa visão sobre o negro, deixado à própria sorte quando já não tinha mais serventia para o novo momento do capitalismo brasileiro, permeia a sociedade.

“Tudo isso se refletiu no tratamento dado aos ex-escravos após a abolição. Foram pouquíssimas as vozes que insistiram na necessidade de investir nos libertos, dando-lhes educação e emprego, como foi feito nos Estados Unidos [...]” (CARVALHO, 2003, p. 51).

Este momento caracterizou uma desterritorialização do ex-escravo, criando um “lugar do sem-lugar”. Ao perder seu lugar de escravo (como propriedade de outro, cujas condições de sobrevivência – vida e morte - eram propiciadas por outro), não lhe foram dadas condições para construir um lugar social condizente com a nova ordem. Restou-lhe continuar ligado às fazendas do seu antigo senhor, exercendo as atividades mais rudes e de menores salários, ou migrar para as cidades, juntando-se àqueles que não tinham emprego fixo. Na nova estrutura econômica (plantações de café e industrialização emergente), os espaços de trabalho eram ocupados por imigrantes, mais qualificados.

1.2 RELAÇÕES SOCIORACIAIS E DESIGUALDADE: RAÇA, ETNIA, RACISMO, DISCRIMINAÇÃO RACIAL E PRECONCEITO RACIAL

O contexto sócio-histórico da inserção do negro na sociedade brasileira, que combinou capitalismo com escravidão, propiciou o surgimento de relações

sociorraciais complexas, marcadas pela reprodução continuada de desigualdades entre negros e brancos. Desta forma, relações sociorraciais

[...] são um pressuposto analítico que explica o cotidiano da população negra na sociedade brasileira, marcado por grande desigualdade social combinada com a discriminação racial. O pressuposto explica a peculiaridade do racismo no Brasil, que combina diferenciação na estratificação social com práticas discriminatórias, em uma dinâmica que acentua ora a pobreza do negro, ora a desvalorização de sua condição étnica. Isso significa dizer que o racismo no Brasil incide na população negra brasileira determinando duas condições sociais, a pobreza e a discriminação racial. Qualquer análise que desconsiderar tal inter-relação poderá distorcer a objetividade do racismo no Brasil (SANTOS, 2005, p. 46-47).

Sabe-se que, na sociedade brasileira, a desigualdade racial é efeito da convergência de três fenômenos: o racismo, a discriminação racial e o preconceito racial. Faz-se necessário uma identificação precisa de cada uma das três categorias conceituais para análise do processo de reprodução continuada da desigualdade racial no Brasil (JACCOUD; BEGHIN, 2002).

A categoria sociológica racismo está relacionada aos conceitos de raça e etnia. Segundo Oliveira (2003, p.49), “[...] não há um conceito universal sobre o que seja raça. Conforme os conhecimentos biológicos contemporâneos, o significado biológico de ‘raça’ reside na unicidade da espécie”. Ou seja, com este conceito, buscou-se encontrar diferenças biológicas que justificavam as diferenças fenotípicas entre as pessoas, mas as contribuições do campo da genética mostram que, ao contrário, a espécie humana é uma só e que cada ser humano é único. A autora afirma ser impossível distinguir o DNA ou o gene de uma pessoa negra daquele de uma pessoa branca ou amarela e que a tentativa de dar sustentação científica, biologicista, ao conceito de raça serviu particularmente à ideologia racista, numa visão de mundo que não reconhece as diferenças históricas, culturais, sociais e políticas na formação de um povo.

Por outro lado, com relação ao conceito de etnia, são consideradas tanto as características lingüísticas e culturais quanto a aparência física para delimitação de determinado grupo humano (OLIVEIRA, 2003). Pode-se afirmar que o conceito de raça faz referência ao indivíduo segundo suas características biológicas, e o de etnia a uma identificação de grupos humanos que inclui fatores de ordem cultural e religiosa.

Oliveira (2003) pontua dissensões quanto ao uso dos conceitos de raça e etnia no Movimento Negro Brasileiro e nos meios intelectual e científico. Se por um lado, o termo etnia parece ser mais abrangente na qualificação das diferenças, abrir mão da categoria raça pode significar, do ponto de vista de alguns militantes, o risco de encobrir o racismo e/ou a ideologia racista. Desta forma, o contexto sócio-político é o pano de fundo para o surgimento do significado simbólico das categorias raça e etnia.

Quando raça é tomada como categoria biológica torna-se a base da teoria racista, pois a base material do racismo é o corpo das pessoas. Assim, o conceito de raça apesar de proposto como categoria biológica, de fato constitui uma categoria social, através da qual se estruturam relações de poder e opressão - de caráter sociocultural, político e ideológico – que expressam uma hierarquia racial/étnica, que tem como pressuposto que algumas raças são superiores ou melhores que outras.

Oliveira (2003) dá continuidade ao desenvolvimento das diferenças entre as duas categorias, enfatizando a relação entre o conceito de raça com a ideologia racista, e a ruptura provocada pelo conceito de etnia com a hierarquização inerente à ideologia racista.

”[...] a palavra raça e o conteúdo histórico desse conceito referem-se a algo que não existe. Raça nada mais exprime do que o entendimento que a ideologia racista quer que ela possua. Ao passo que etnia é uma palavra e um conceito que incorpora a condição biológica humana sem as gradações de superioridade e inferioridade, hierarquização que é inerente à raça dos racistas, ao mesmo tempo em que agrega o ambiente físico e cultural, em todas as suas dimensões. Além do mais não há *Homo sapiens* quando abstraímos esta espécie de sua condição biológica” (OLIVEIRA, 2003, p. 54).

A ascensão do nazismo, na primeira metade do século XX, trouxe a consolidação do racismo enquanto corpo doutrinário (o “racismo científico”), cujo percurso no século XIX passa pelos meios acadêmicos com a adoção da palavra raça, que alcança seu uso popular marcada por um significado biológico. O “racismo científico” torna-se alvo de críticas dos setores democráticos mundiais, no período pós-Segunda Guerra Mundial. Criam-se ações para desmontá-lo, entre as quais surge a categoria etnia “[...] para indicar as diferenças de origem cultural ou com base no lugar de origem, portanto também considerando a condição biológica de forma dialética (interação com o meio), entre os agrupamentos humanos” (OLIVEIRA, 2003, p. 52).

O “racismo científico” encontrou ressonância no Brasil, mais especificamente no campo da saúde, no início do século XX. As idéias eugenistas¹ europeias influenciaram a política de saúde do Estado brasileiro, concretizando-se na proposta higienista para a saúde. Havia uma preocupação com a formação do povo brasileiro. A mestiçagem era vista como impedimento para o desenvolvimento do país, pois poderia levar à “degeneração da raça”: entrava em pauta a discussão sobre a nacionalidade brasileira, fundamentada em questões sociais e biológicas. O embranquecimento da população brasileira era visto como solução por aqueles que apoiavam o modelo higienista na saúde. Médicos da Bahia (Nina Rodrigues) e do Rio de Janeiro (Miguel Couto) lideravam os pólos eugenistas, disputando com advogados o poder sobre a questão racial no Brasil. Segundo Oliveira (2003), a preocupação desses grupos era com a constituição étnica do povo brasileiro. A proposta higienista incluía as “raças inferiores” como objeto de intervenção. “A Constituição brasileira de 1934 incorporou a preocupação higiênica e os ideais eugênicos” (OLIVEIRA, 2003, p.81), estabelecendo uma política de imigração que criava restrições fundadas em concepções eugênicas, voltada para o embranquecimento da população brasileira.

Apesar dos conceitos de racismo, discriminação racial e preconceito racial serem às vezes tratados como sinônimos, produzem efeitos diferenciados nas relações sociorraciais. Jaccoud e Beghin (2002, p. 33-34), baseadas no relatório apresentado pelo governo brasileiro na Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, realizado em Durban (África do Sul) em 2001, definem estes conceitos:

[...] preconceito como uma predisposição negativa dirigida a pessoas, grupos de pessoas ou instituições sociais. O preconceito ‘tende a desconsiderar a individualidade, atribuindo a priori aos membros de determinado grupo características estigmatizantes com as quais o grupo, e não o indivíduo, é caracterizado’. O racismo, por sua vez, é conceituado como uma ideologia que preconiza a hierarquização dos grupos humanos com base na etnicidade. Quanto ao conceito de discriminação, o relatório brasileiro adotou a definição elaborada pela Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial que considera discriminação racial ‘qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tem por objetivo ou efeito anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício num mesmo plano (em igualdade de condição) de direitos

¹ Em 1883, Galton cunhou o termo eugenia para designar “o estudo dos instrumentos sob controle social que podem melhorar ou piorar as qualidades raciais de gerações futuras, quer física ou mentalmente”. OLIVEIRA, 2003, p. 64.

humanos e liberdades fundamentais no domínio político, económico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública'.

Dessa forma, racismo e preconceito racial são modos de ver pessoas ou grupos, com a ideia de considerar uns melhores que os outros, enquanto que discriminação racial implica em ação concreta que diminui as possibilidades sociais de alguns grupos em detrimento de outros. Assim, apesar de conceitos diferenciados, seus efeitos convergem para a promoção e manutenção das desigualdades raciais.

De acordo com Santos (2005), quando o racismo vai além do circuito das relações privadas, interpessoais, individuais e alcança as instituições sociais, marcando suas práticas com a ideologia racista, mesmo que o profissional responsável pela ação não tenha intenções racistas, fica caracterizado o racismo institucional.

O racismo institucional é um conceito relacionado a práticas sociais, costumes e leis institucionais racistas que geram desigualdades sociais. No Brasil, o conceito de racismo institucional surgiu a partir da década de 1980, com o reconhecimento pelo Movimento Negro Brasileiro das desigualdades sociais geradas nas instituições sociais, mais especificamente no mercado de trabalho, na educação, na saúde e no lazer. De acordo com a autora,

Os preconceitos são assimilados no contexto sócio-histórico, e, posteriormente, sua principal decorrência - as atitudes discriminatórias - são aplicadas espontaneamente em situações concretas do cotidiano, seja no âmbito pessoal, seja no institucional (SANTOS, 2005, p. 46).

Segundo Santos (2005), um novo sentido e uma nova ação política no que se refere ao racismo institucional ocorreram na Inglaterra, num contexto de discriminação racial, que causou a morte de um jovem negro por parte de um órgão de segurança pública daquele país. Assim, racismo institucional pode ser definido como:

[...] fracasso coletivo de uma organização para promover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa da sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causa desvantagem à pessoa (SAMPALIO apud SANTOS, 2005, p. 50).

Por outro lado, nem sempre a discriminação racial ocorre de maneira direta. O conceito de discriminação racial indireta articula-se com a categoria racismo nos seus efeitos sobre o cotidiano do trabalhador negro. De acordo com Jaccoud e Beghin (2002) pode ser definido como:

Um comportamento, uma ação que prejudica de forma dissimulada certa pessoa ou grupo de pessoas em decorrência de sua raça ou cor. Discriminação não manifesta, oculta, oriunda de práticas sociais, administrativas, empresariais ou de políticas públicas. Trata-se da forma mais perversa de discriminação, pois advém de mecanismos sociais ocultos pela maioria (JACCOUD; BEGHIN, 2002, p. 63).

Este conceito complementa os conceitos de racismo institucional e discriminação racial.

1.3 DESIGUALDADES SOCIORRACIAIS: CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL

De acordo com dados do Censo Demográfico (IBGE, 2006), constantes da Tabela 1, abaixo, no ano de 2000 a população negra, constituída pelas categorias preta e parda, perfazia 44,66% da população brasileira, ou 75.872.428 pessoas.

Tabela 1 - Distribuição da população residente no Brasil, por cor/raça, 2000.

COR/RAÇA	Nº DE PESSOAS	PORCENTAGEM
Branca	91.298.042	53,74
Preta	10.554.336	6,21
Parda	65.318.092	38,45
Indígena	734.127	0,43
Amarela	761.583	0,45
Sem declaração	1.206.675	0,71
TOTAL	169.872.856	100,0

Fonte: IBGE – Censo Demográfico.

A título de poder reconhecer as desigualdades sociorraciais, procederemos à comparação das populações negra e branca quanto às suas condições de vida.

As condições materiais e sociais de vida da população podem ser medidas por indicadores como renda, escolaridade, expectativa de vida e mortalidade. Na população negra brasileira, todos os indicadores relacionados à qualidade de vida estão abaixo daqueles encontrados na população branca. Isto vem confirmar que o racismo, a discriminação racial e o preconceito racial estão presentes na sociedade brasileira e convergem para a desigualdade racial.

Com relação à renda, por exemplo, estudos com recorte racial, realizados sobre base de dados do Censo de 1991² (OLIVEIRA, 2003), dão visibilidade à desigualdade entre os brasileiros brancos e negros, que aumenta quando é feito recorte de gênero.

[...] nas famílias chefiadas por mulheres que não têm rendimento ou recebem menos do que um salário-mínimo, as chefiadas por negras são 60%; já entre as que recebem três ou mais salários-mínimos, a participação das chefiadas por mulheres negras cai para 29%[...] (BERQUÓ apud OLIVEIRA, 2003, p. 18).

Dados da PNAD de 1999, que comparam a renda média de brasileiros negros e brancos, confirmam a desigualdade entre as duas populações: a renda média dos brasileiros negros era metade da renda média dos brancos, diferença que se encontrava presente ao longo do período pesquisado, de 1995 a 1999 (JACCOURD; BEGHIN, 2002). No Brasil, a cor da pele está relacionada à privação material, ou seja, entre a população negra, a probabilidade de ser pobre é o dobro daquela encontrada na população branca no período citado (de 54% para o negro e de 27% para o branco). Observa-se, também, que à medida que há um aumento de renda da população, a proporção de negros diminui e aumenta aquela de brancos. A desigualdade racial de renda da população no Brasil é efeito das desigualdades de acesso à escolaridade e ao mercado de trabalho para a população negra.

A escolaridade é um indicador que mostra a reprodução da desigualdade entre a população negra e a população branca no Brasil. Existe uma diferença em anos de estudo, entre as duas populações, que é de dois anos maior para a branca. Uma característica marcante é que este fosso étnico, de diferença de escolaridade,

² Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

mantém-se estável ao longo da década de 1990, com uma distância de 30% em termos da média dos anos de estudo. Com relação à taxa de analfabetismo, nota-se uma redução nos dois grupos populacionais, embora a diferença percentual na taxa entre eles mantenha-se praticamente constante (JACCOUD; BEGHIN, 2002). Ao analisar a taxa de matrícula líquida³, a partir de dados do IBGE/PNAD no período de 1992 a 1999, as autoras afirmam que, apesar do impacto positivo da universalização do acesso à educação nas quatro séries iniciais do ensino fundamental, que provocou uma queda de 10% para 3% na diferença entre a população branca e negra, permanece a desigualdade relacionada à escolaridade, pois,

[...] no caso do acesso à educação de 5ª a 8ª séries: o hiato permanece inalterado em 26 pontos e, no ensino médio, a distância aumentou de 18 para 23 pontos; isto ocorreu apesar da população negra de 15 a 17 anos ter quase triplicado seu ingresso no ensino médio (JACCOUD; BEGHIN, 2003, p. 28).

Conclui-se que a desigualdade na escolaridade está relacionada à falta de perspectiva de progressão e desempenho para a população negra. Além disso, estudo realizado sobre a defasagem entre a idade da criança e a série em que se encontra mostrou que a reprodução de desigualdades históricas (o fato dos estudantes negros pertencerem a famílias com nível de instrução menor que aquelas dos estudantes brancos) representa somente 37% da diferença entre as duas populações, ou seja, a discriminação racial na escola responde pela maior parte desta desigualdade (SOARES et al. apud JACCOUD; BEGHIN, 2002, p.30).

A expectativa de vida⁴ é um indicador que possibilita a articulação das formas de interação entre as condições biológicas de vida de cada ser humano, e o ambiente físico, social, político e cultural; isto é, as condições sociais e materiais de vida. No Brasil, a desigualdade racial pode ser também comprovada pela diferença de seis anos de expectativa de vida a menos para a população negra, em relação à

³ A taxa de matrícula líquida é a razão entre o número de crianças de uma determinada idade que cursam um determinado nível de ensino, em relação ao total de crianças desta mesma faixa etária. Por exemplo, a taxa de matrícula líquida de 1ª a 4ª séries é a razão entre crianças de 7 a 10 anos na 1ª a 4ª séries e o total nesta mesma faixa etária (JACCOUD; BEGHIN, 2002).

⁴ É a medida do número esperado de anos a serem vividos, em média, pelos indivíduos integrantes de uma coorte, podendo ser estimado para grupos populacionais específicos, como para populações residentes em uma cidade, estado, região ou país. (VERMELHO, L.L.; COSTA, A.J.L.; KALE, P.L. Indicadores de Saúde. In: MEDRONHO, R.A. et al., **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004, p. 51).

população branca (de respectivamente 70 e 64 anos) (OLIVEIRA, 2003). O recorte de gênero dá maior visibilidade à gravidade da situação:

[...] mulheres afrodescendentes têm uma expectativa de vida de 66 anos, que é alguns meses abaixo da média nacional (66,8 anos), 5 anos abaixo da das mulheres brancas e 3 anos abaixo da dos homens brancos. Esse dado contraria a tendência (que é mundial) de que as mulheres vivem mais do que os homens; e as mulheres negras têm 25% a menos de chance de chegar aos 75 anos do que as mulheres brancas (OLIVEIRA, 2003, p.19).

A qualidade e as condições de vida de uma população tornam-se evidentes através dos indicadores de mortalidade infantil e de mortalidade materna. Dentre a população negra brasileira as crianças, as mulheres e os jovens são os grupos mais vulneráveis.

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil das crianças brancas, encontrada pela PNAD de 1996 foi de 37,3 óbitos por 1000 nascidos vivos. A desigualdade racial torna-se evidente quando comparada com a mortalidade infantil das crianças negras, que foi de 62,3 óbitos por 1000 nascidos vivos, na mesma pesquisa. Embora a taxa de mortalidade infantil venha diminuindo no país, o recorte racial mostra um aumento da diferença entre os dois grupos (OLIVEIRA, 2003).

As taxas de mortalidade de crianças abaixo de cinco anos de idade confirmam a desigualdade. Chegam a 76,1 óbitos por 1000 para as crianças negras, enquanto que para as crianças brancas diminuem para 45,7 óbitos por 1000 (OLIVEIRA, 2003).

A mortalidade materna apresenta índices elevados entre as mulheres brasileiras, estando relacionada, em sua maioria, a causas evitáveis, como as obstétricas diretas, entre as quais as síndromes hipertensivas e complicações de aborto. As mulheres negras tornam-se mais vulneráveis pela prevalência da hipertensão na população negra e a ausência de conhecimento específico sobre este agravo à saúde neste grupo populacional (OLIVEIRA, 2003). Apesar de a população negra apresentar os piores indicadores de saúde, faltam políticas públicas específicas que contemplem os agravos à saúde prevalentes neste grupo. Segundo a avaliação global da saúde da população negra brasileira, elaborada pelo Fórum Nacional de Entidades Negras, realizado em 2001, e publicada no Documento Alternativo do Movimento Negro Brasileiro,

[...] a não-utilização do quesito cor encobre informações relevantes para identificação de agravos à saúde que acometem a população negra, e mascara também como estes agravos evoluem. A recusa em identificar a população negra brasileira como objeto de atenção à saúde, tem contribuído para a manutenção da falta de conhecimento sobre os aspectos de morbi-mortalidade específicos deste grupo populacional, no qual os grupos mais vulneráveis são mulheres, crianças e adolescentes negros [...] (OLIVEIRA, 2003, p. 249).

A mortalidade causada por morte violenta tem aumentado nas últimas décadas e atinge mais os jovens negros. Ao ser classificada no sistema de saúde somente como mortalidade por causas externas de óbitos, mantém em invisibilidade a complexidade das relações sociorraciais na sociedade brasileira, tanto no que diz respeito às condições socioeconômicas da população negra quanto às motivações raciais da violência, no tocante a situações de racismo. Classificadas como causas externas de óbitos ou agravos à saúde, as situações de violência ficam individualizadas encobrendo a violência racial estrutural que atinge a população negra no Brasil (OLIVEIRA, 2003). As mulheres e as adolescentes negras brasileiras são também vítimas da violência racial e, principalmente, da violência sexual, que gera indicadores elevados de morbi-mortalidade nestes grupos. Para o Fórum Nacional de Entidades Negras,

[...] Embora o Ministério da Saúde esteja propondo algumas estratégias para melhorar o grave quadro de saúde pública no Brasil, estas não contemplam de forma efetiva o segmento negro da população, pois oferecem acesso igual a populações que em seu cotidiano são desiguais e acabam por reforçar as diferenças de desempenho entre negros e brancos nos indicadores existentes no país (OLIVEIRA, 2003, p. 249) .

Dado que a violência afeta a saúde física e emocional, constituindo, hoje, um problema de saúde pública, requer um olhar diferenciado para as questões levantadas. Mas não é uma questão específica do campo da saúde, requerendo políticas públicas intersetoriais que contemplem as necessidades singulares da população negra.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) para avaliar a qualidade de vida de uma população, utilizando metodologia que valoriza três indicadores: a renda *per capita*, a expectativa de vida e a educação. Em 1999, o Brasil ocupava a 79ª posição no ranking mundial, o que significa ser um país cujo desenvolvimento humano é mediano (OLIVEIRA, 2003).

Pesquisa desenvolvida pela Federação de Órgãos de Assistência Social e Educação (FASE) em 1999, na qual o IDH foi desagregado por sexo e raça, resumiu a desigualdade, ao identificar um Brasil branco e um Brasil negro, no qual o primeiro ocuparia a 49ª posição e o segundo a 108ª posição.

1.4 INSERÇÃO DO NEGRO NO MERCADO DE TRABALHO

Tendo em vista a importância da inserção da população negra no mercado de trabalho para os propósitos deste estudo, optamos por desenvolver este item separadamente. Um enfoque diferenciado foi realizado por Soares et al. (apud JACCOUD; BEGHIN, 2002, p.24) na abordagem das desigualdades e discriminação que ocorrem no mercado de trabalho. Estes autores comparam as diferentes formas de inserção no mercado de trabalho pelas populações branca e negra, baseados em dados do IBGE/PNAD⁵, de 1999, conforme mostrados na Tabela 2, abaixo, reproduzida de Jaccoud e Beghin (2002, p. 23).

Tabela 2 – Inserção no Mercado de Trabalho Segundo Cor ou Raça, 1999.

	Todos				
		Branco		Negro	
PEA (em milhões)	109,7	61,2	47,7	6,3	41,5
Taxa de Participação	69%	68%	70%	69%	70%
Taxa de Desemprego	10%	9%	12%	14%	11%

⁵ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). / Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

Tipo de Vínculo					
Formal	42%	47%	37%	43%	36%
Sem Carteira	26%	21%	31%	33%	31%
Conta Própria	32%	32%	32%	25%	33%

Fonte: IBGE. PNAD, 1999. Elaboração DISOC/IPEA a partir dos microdados.

Nela, observa-se que, apesar de ocorrer uma taxa de participação semelhante entre as duas populações, há um diferencial maior relacionado ao desemprego e ao vínculo sem carteira assinada para os negros, enquanto que há uma maior porcentagem de vínculo formal para os brancos.

Buscando analisar se estas diferenças não seriam oriundas de discriminação racial, mas de outras esferas, como a educação, estes autores criaram modelos de análise onde controlaram as variáveis idade, nível educacional, gênero e região de residência. Desta forma, propuseram estudar o efeito que denominaram de “discriminação racial na inserção no mercado de trabalho”, isolando-o dos efeitos decorrentes das demais condições.

Os resultados mostraram que as diferenças de taxas de desemprego decorriam unicamente deste efeito. No caso do emprego formal, o efeito discriminação racial foi responsável por um terço da diferença total. Por fim, quando conseguia inserir-se no mercado de trabalho, o rendimento do trabalhador negro foi de somente 40% do recebido pelo trabalhador branco, quando trabalhava por conta própria, de 61%, quando trabalhava com carteira assinada e de 59%, quando trabalhava sem vínculo formal. Com relação ao efeito decorrente das desigualdades educacionais entre estas populações, foi observado também que, apesar de ela ocorrer, uma parcela considerável das diferenças deveu-se exclusivamente à discriminação racial gerada no próprio mercado de trabalho.

No Brasil, os fenômenos racismo, discriminação racial e preconceito racial combinam-se para criar um modelo próprio de relações raciais cujo resultado é reservar para a população negra um lugar específico na sociedade: uma posição

subalterna, inferior. A integração deste grupo de forma subalterna e passiva é vista como uma condição natural, e não como uma desigualdade social e racial historicamente determinada. “[...] Frequentemente, toda e qualquer exceção a essa regra era fortemente reprimida ou silenciada” (SANTOS, 2005, p. 47).

Portanto, para os brasileiros negros que ousam buscar cidadania, e, conseqüentemente, igualdade de oportunidades, faz-se necessário romper com a hierarquia racial e o lugar historicamente determinado/destinado a este grupo populacional. Algumas possibilidades de mobilidade social surgem mais freqüentemente no esporte, na música e na dança (CARVALHO, 2003). Como são, então, as trajetórias de vida dos profissionais negros cuja ascensão social ocorre em áreas do mercado de trabalho que não estão “naturalmente reservadas” para a população negra, como a medicina, por exemplo?

2.5 SER MÉDICO NA SOCIEDADE BRASILEIRA

Apesar de suas origens anteriores, foi por volta da metade do século XIX que ocorreu o reconhecimento social da profissão médica no Brasil, a partir daí, torna-se uma profissão de prestígio e *status* social (SCHRAIBER, 1993).

O primeiro impulso no crescimento da profissão no Brasil ocorreu do final do século XIX para a década de 1920, na forma de uma medicina artesanal e liberal. Artesanal, na medida em que desprovida de equipamentos tecnológicos materiais, baseada quase que exclusivamente num saber. Liberal, por tratar-se de ação de homem livre que negocia diretamente com sua clientela os honorários, além de se dispor a oferecer o trabalho em regime de livre concorrência, para escolha pela clientela.

[...] A relação entre *instrução* e *autosuficiência*, [...] enquanto possibilidade concreta de se instalar um padrão de prática de exercício autônomo-independente, evidencia o sentido da escolarização e da qualificação universitária como recurso necessário por si mesmo suficiente para a profissão. Ressaltemos que para tanto é central o fato de que, até esse momento, o saber ainda representa o principal meio de trabalho, e sua posse, o recurso suficiente para que o médico se estabeleça na vida profissional. *Ser médico* podia ser assim simples como *fazer-se médico* por seu próprio esforço[...] (SCHRAIBER, 1993, p. 53).

Entretanto, já na década de 1930, o Estado inicia sua atuação como produtor direto de assistência médica; o exercício da medicina está interligado com o modelo econômico, que nesse momento histórico encontra-se em desenvolvimento no país, um modelo capitalista periférico e dependente. As necessidades do desenvolvimento econômico requerem a garantia de uma força de trabalho em condições de produzir pelo trabalho, desta forma, saudável. Regulamenta as caixas de aposentadorias e pensões, que são as precursoras do seguro social. Apesar de estarem se constituindo centros urbanos, decorrentes do crescimento populacional e do desenvolvimento industrial, não ocorre a formação de um mercado consumidor de bens e serviços - que seria característico de uma sociedade capitalista - em função da concentração de renda.

Assim, o Estado é um determinante importante das transformações ocorridas na profissão médica no Brasil, culminando na década de 1960 com a transição da medicina como prática liberal para a medicina tecnologicizada, que incorpora equipamentos materiais e a especialização do trabalho médico.

O aprofundamento dessa nova ordem do mercado de trabalho médico até a época atual concretiza um cenário de crescente assalariamento que, no Espírito Santo, apresenta os seguintes dados, de acordo com pesquisa do Conselho Federal de Medicina (CONSELHO, 2004). Cerca de 34% dos médicos exercem mais de três atividades de trabalho, 75,2% exercem atividade de consultório, 73,2% têm vínculo com o setor público, 52,2% têm vínculo com o setor privado, 37,7% têm vínculo com o setor filantrópico e 13,7% exercem a docência. Dos que exercem atividade em consultório, apenas 19,2% atendem somente a pacientes particulares, sendo que 60% possuem vínculo com cooperativa médica. Do ponto de vista da renda, 49,7% têm renda mensal individual de até 2.000 dólares (cerca de R\$ 4.200,00) e somente 5,7% acima de 4.000 dólares (cerca de R\$ 8.400,00). Quando perguntados sobre uma estimativa de renda mensal desejada, 36,1% referiram acima de 4.000 dólares,

ao mesmo tempo em que 10,2% contentar-se-iam com até 2.000 dólares. Quando os dados são comparados com pesquisa anterior, realizada em 1996, verifica-se uma diferença grande: 74% desejavam ter como renda mensal mais de 4.000 dólares e 2,6% ficariam satisfeitos com até 2.000 dólares. As especialidades mais freqüentes são: Ginecologia/Obstetrícia (10,2%); Pediatria (9,4%); Cardiologia (8,6%); Medicina Interna/Clínica Médica (7,5%) e Cirurgia Geral (7,2%).

Com relação à organização do trabalho, apesar do caminho para a crescente especialização, o trabalho médico guardou em grande parte a unidade entre concepção e execução, diferentemente da maior parte dos demais trabalhos, influenciados pela fragmentação decorrente das concepções tayloristas.

[...] Evidencia-se, pois, que o longo período em que a prática médica "resistiu" a divisões progressivas do trabalho, e que se instalará de fato no processo ulterior de especialização médica, foi o tempo histórico necessário para a construção e consolidação social de sua própria marca peculiar, mediante a qual, ao contrário da alienação do trabalhador direto em relação a seu trabalho, foi a *prática técnica que se revestiu da qualidade de trabalho intelectual*. E com isso os médicos garantiram que a mencionada combinação de monopólios ficasse mantida no nível da prática técnica, no interior do ato médico, mediante o que garantiram para si próprios constituírem-se em produtores diretos dos quais não seria possível alienar a concepção e o controle dos processos de trabalho – quer no conjunto destes, quer em cada ato individualmente. [...] (SCHRAIBER, 1993, p. 181-182).

O fato de o trabalho médico guardar uma marca própria, na qual a prática técnica se revestiu da qualidade de trabalho intelectual, é fonte de prestígio e valor social, decorrente do poder de autoridade intelectual e técnica.

De acordo com Schraiber (1993), apesar do retraimento da prática liberal enquanto opção de trabalho médico, as novas formas de exercício profissional - clínicas cooperativas, consultório do hospital - mantêm uma autonomia relativa, pelo fato do médico ter o controle parcial dos meios de trabalho e/ou da clientela. Por constituírem também situações de exercício profissional que geram maior renda e maior prestígio, contribuem, assim, para que a autonomia continue sendo um ideal de trabalho para os novos profissionais.

A escolha profissional é freqüentemente marcada por este ideal de autonomia, de prática liberal, de renda e prestígio social, este, decorrente do caráter humanitário e

científico-intelectual próprio de uma representação social mais geral sobre esta prática. Schraiber afirma que certos trabalhos, como o dos médicos, são formas de se inserir socialmente, particularmente como modo de obter prestígio e melhor remuneração, bem como poder ascender na estratificação social. Na representação social mais geral, parece estarem em jogo somente qualidades individuais como esforço pessoal, vontade, persistência e capacidade para vencer obstáculos, o que é exigido desde antes da formação médica.

[...] Nas sociedades capitalistas e no interior dos trabalhos socialmente qualificados como trabalhos 'mais intelectuais', essa imagem do empenho pessoal identifica-se à escolarização, onde o sucesso parecerá derivar exclusivamente da persistência laboriosa no estudo por parte do estudante. [...] A escolarização como promessa de 'vencer na vida' e como produto de disposições pessoais não é, porém, apenas uma promessa falsa, uma imagem totalmente enganosa da realidade [...]. (SCHRAIBER, 1993, p. 55).

Apesar de, até certo ponto, concretizar-se a promessa de vencer na vida através de cursar medicina e tornar-se médico, há limites para esta afirmação nas situações concretas, nas quais, como diz Bourdieu (1974), o valor do diploma não decorre somente da estrutura do sistema de capital escolar, mas também do capital social e econômico legado pela família de origem.

[...] Títulos escolares semelhantes recebem valores e funções bastante variáveis conforme o capital econômico e social (sobretudo o capital de relações legadas pela família) de que dispõem seus detentores e de acordo com os mercados em que são utilizados. Logo, sabemos que o êxito profissional dos antigos alunos da Escola de Altos Estudos Comerciais (recrutados em sua maior parte na burguesia de negócios parisiense) varia muito mais em função da maneira como foi obtido o primeiro posto profissional (através de relações familiares ou por outras vias) do que em função de sua posição no exame final da Escola. [...] A posse de um diploma, por mais prestigioso que seja, não é por si mesma capaz de assegurar o acesso às posições mais elevadas e não é suficiente para dar acesso ao poder econômico.[...] (BOURDIEU, 1974, p. 332-333).

Dessa forma, o diploma constitui capital escolar para o médico que vem de classes econômicas menos favorecidas, aumentando seu capital social e econômico. Entretanto, não lhe outorga automaticamente o acesso às posições mais elevadas da carreira, para as quais há necessidade de estar combinado com capital econômico e social originado da família, o que explica a chamada "linhagem médica", uma taxa elevada de hereditariedade profissional, na qual filhos médicos sucedem pais e avós médicos para reproduzir a posição ocupada na distribuição do capital econômico neste setor produtivo.

Segundo Bourdieu, os processos de mobilidade social entre gerações são determinados por mecanismos que asseguram a reprodução da estrutura das relações entre as classes sociais. As relações entre reprodução cultural e reprodução social contribuem para a reprodução da estrutura das relações entre as classes sociais – reprodução das relações de força e das relações simbólicas. O sistema de ensino desempenha esta função contribuindo “[...] para a reprodução da estrutura da distribuição do capital cultural entre as classes. [...]” (BOURDIEU, 1974, p. 295). O sistema de ensino teria uma dupla função: reprodução cultural e reprodução social.

[...] Ao fazer tudo isso, o sistema de ensino dissimula melhor e de maneira mais global do que qualquer outro mecanismo de legitimação (por exemplo, quais seriam os efeitos sociais de uma limitação arbitrária do público a partir de critérios étnicos ou sociais), o aspecto arbitrário da delimitação efetiva de seu público, podendo assim impor de modo bem mais sutil a legitimidade de seus produtos e de suas hierarquias. (BOURDIEU, 1974, p. 311).

Dessa forma, para a reprodução das hierarquias sociais, o sistema escolar as transforma (ilusoriamente) em hierarquias escolares (dons, méritos, competências que têm valor no sistema escolar), cumprindo a função de legitimação da perpetuação da ordem social.

2.6 CARGA PSÍQUICA E SOFRIMENTO NO TRABALHO

A construção do campo da Saúde do Trabalhador, no que toca aos seus aspectos teórico-metodológicos, passa por uma delimitação conceitual, ou seja, das idéias, concepções e teorias; pela nomeação e pelas origens dos conceitos.

A teoria da determinação social do processo saúde-doença orienta a concepção da Saúde do Trabalhador, a partir da década de 1970, tendo como pressuposto a centralidade do trabalho como organizador social e das condições de saúde e doença (MENDES; DIAS, 1991; LAURELL; NORIEGA, 1989).

O surgimento dessa concepção é, também, consequência do processo intenso de mudanças sociais e da esfera produtiva (terceirização da economia nos países desenvolvidos e transnacionalização da economia), onde ocorre um aumento da importância da organização do trabalho na relação trabalho-saúde, decorrente da utilização de novas tecnologias (automação e informatização). Há o deslocamento do perfil de morbidade das populações como efeito das mudanças nos processos de trabalho, ganhando evidência as doenças relacionadas ao trabalho.

O movimento social surgido na segunda metade da década de 1960 nos países industrializados espalhou-se mundialmente, com o “[...] questionamento do sentido da vida, o valor da liberdade, o significado do trabalho na vida, o uso do corpo, e a denúncia do obsoletismo de valores já sem significado para a nova geração” (MENDES; DIAS, 1991, p. 344). Em alguns países havia uma emergência da participação dos trabalhadores, particularmente nas questões de saúde e segurança no trabalho, que incluíam questões concretas do seu cotidiano: sofrimento, doença e morte. Pressionados por eles, surgem novas políticas sociais e leis que buscam garantir os direitos fundamentais dos trabalhadores.

O objeto da Saúde do Trabalhador é, segundo Mendes e Dias (1991), o processo saúde-doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho; como e porque ocorre, quais são as alternativas de intervenção. É um objeto que inclui a condição de sujeito do ser trabalhador, ou seja:

[...] estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e idéias, as representações sociais, e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na ‘moderna’ civilização urbano-industrial (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

Os autores apontam a dualidade do trabalho: o trabalhador como objeto de dominação do capital, mas também como sujeito social, transformando o trabalho em espaço de resistência, capaz de produzir “[...] uma experiência própria, no conjunto de representações da sociedade” (RIGOTTO apud MENDES; DIAS, 1991, p. 347). Afirmam ser a Saúde do Trabalhador um campo de conhecimento que integra diferentes dimensões entre si e com as práticas de saúde – o individual e o coletivo, o biológico e o social, o técnico e o político, o particular e o geral. As transformações ocorridas no modo de produção capitalista, como a evolução da tecnologia industrial e a nova divisão internacional do trabalho, as mudanças nos

processos de trabalho e na organização do trabalho trazem impactos sobre o processo saúde–doença.

A existência humana, as formas pelas quais as sociedades se constituem e desenvolvem seus modos de produção material, as relações sociais e os valores do humano podem ser apreendidos através da categoria trabalho. No modo de produção capitalista, o desgaste do trabalhador surge como subproduto do processo de trabalho, indicando repercussões sobre sua saúde e qualidade de vida.

As categorias analíticas, classe social e processo de trabalho, têm sido utilizadas nos estudos da saúde do trabalhador, pois são categorias analíticas que não deixam margem a ambigüidades com relação à inserção da população em uma determinada classe ou grupo social, possibilitando a sistematização dos elementos fundamentais do processo produtivo.

A necessidade de construção de categorias que abordem mais especificamente as características do processo de trabalho nas suas relações com o processo saúde-doença levou à proposição das categorias carga de trabalho e desgaste. A categoria analítica carga de trabalho estuda os elementos constitutivos do processo de trabalho e seu impacto sobre a saúde do trabalhador, a saber, o objeto de trabalho, a tecnologia de trabalho, a organização do trabalho e a divisão do trabalho. Analisa como estes elementos do processo de trabalho consomem a força de trabalho e desgastam a saúde do trabalhador. Daí, a necessidade de entender esta categoria articulada à noção de desgaste, que se refere à “perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110).

Em função da multiplicidade das cargas de trabalho e da complexidade do seu impacto sobre a saúde do trabalhador, sua apreensão deve ser feita com respeito à dinâmica e interação entre elas, o que deve ocorrer a partir da análise da organização e divisão do processo de trabalho.

No que tange ao objeto deste estudo, sobre as relações entre as desigualdades sociorraciais e o ser médico negro interessa destacar as cargas psíquicas de trabalho.

As cargas psíquicas são aquelas que têm o processo de trabalho como fonte de estresse, estando, portanto, relacionadas a todos os elementos do processo de trabalho e a todas as outras cargas de trabalho. As transformações do trabalho no mundo atual colocam a organização e a divisão do trabalho como as principais fontes de estresse nos processos de trabalho.

As cargas psíquicas são determinantes do desgaste, particularmente da fadiga psíquica. Seus elementos principais são o ritmo e a intensidade de trabalho, a atenção e a responsabilidade que as tarefas exigem, o grau de controle e iniciativa na sua execução, a intercomunicação dos trabalhadores durante a jornada, o caráter da supervisão, a consciência do risco que a tarefa implica, a quota de produção prefixada, assim como o risco de perder o emprego (FACCHINI, 1994).

Dejours (1994) também propõe o conceito de carga psíquica do trabalho, mas articulado com o conceito ergonômico de carga de trabalho. Desenvolve a noção de paradoxo psíquico do trabalho, ao considerar que o trabalho pode ser fatigante ou equilibrante. A carga psíquica do trabalho refere-se aos elementos afetivos e relacionais da carga mental do trabalho, que junto com a carga física compõe a carga de trabalho na concepção ergonômica. A carga psíquica do trabalho está relacionada a uma vivência subjetiva, como, por exemplo: o prazer, a satisfação, a frustração e a agressividade. É um conceito fundamentado no princípio freudiano da economia psíquica, que aborda a retenção da energia psíquica que ocorre na relação intersubjetiva estabelecida pelo ser humano com a organização do trabalho.

Ao pesquisar a relação homem-trabalho através da análise dinâmica das vivências subjetivas dos trabalhadores, Dejours (1994) introduz a idéia de normalidade como enigma. Produz uma reviravolta epistemológica ao deslocar o foco das doenças mentais do trabalho para os mecanismos psíquicos que possibilitam resistir às pressões psíquicas do trabalho, decorrentes do conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico, fonte de sofrimento para os trabalhadores.

O reconhecimento da subjetividade do ser trabalhador como inerente à relação do ser humano com o trabalho é parte do campo da saúde do trabalhador. O sofrimento no trabalho como objeto de estudo ganha visibilidade, a partir dessa nova perspectiva de abordagem que privilegia a vivência do trabalhador numa relação

intersubjetiva com seu próprio trabalho. Esta abordagem tenta responder à seguinte questão: o quê, no trabalho, é fonte específica de nocividade para a vida mental? (DEJOURS, 1987). Assim, interroga a relação de dominação exercida pela organização do trabalho sobre o psiquismo do trabalhador, contemplando-a como causa de sofrimento psíquico.

Para este autor, os acontecimentos de maio de 1968 na Europa são marcantes na história da relação saúde-trabalho pela libertação da palavra. Ou seja, os movimentos contestatórios provocaram uma ruptura na dimensão política do mundo do trabalho – os trabalhadores retomaram o direito à palavra, que lhes havia sido tirado pela Organização Científica do Trabalho (O.C.T.), criada por Taylor com o objetivo de aumentar a produtividade do trabalhador da indústria. Em função do sofrimento no trabalho por ela provocado, a O.C.T. pode ocasionar a anulação muda e invisível do comportamento livre do trabalhador.

A partir dessa análise dejouriana pode-se pensar sobre a especificidade da vivência do trabalhador médico negro no Brasil, diante da ocultação de fenômenos como o racismo, o preconceito racial e a discriminação racial no trabalho nas análises sobre trabalho e saúde. O sofrimento é provocado também pela interdição da palavra, pela proibição de falar sobre esses fenômenos e seus efeitos, como consequência do mito da democracia racial brasileira.

A existência humana, marcada pelo paradoxo das determinações impostas pelo modo de produção que vigora na sociedade contemporânea, oscila entre o prazer e o sofrimento psíquico frente à organização do trabalho. Quando a margem de autonomia do trabalhador é pequena, diante da organização prescrita do trabalho (aquela que é pré-estabelecida pela organização da empresa, presente na tarefa a ser cumprida), há um aumento da carga psíquica do trabalho. Esta resulta do confronto entre o desejo do trabalhador, na sua singularidade, e a injunção contida na organização do trabalho. O não reconhecimento do saber construído pelo trabalhador sobre o processo de trabalho pode levar ao sofrimento patogênico, caracterizando o trabalho como fatigante (DEJOURS, 1994). É um saber que (re)interpreta cotidianamente a organização prescrita do trabalho, cuja potencialidade gera uma organização real do trabalho, aquela que é construída pela interação do trabalhador com seu próprio trabalho – atividades num coletivo – que

vão além do aspecto técnico. A vivência subjetiva do trabalhador é, então, de tensão psíquica e de desprazer pela repressão da energia pulsional no aparelho psíquico.

O sofrimento é inerente à condição humana, sendo, portanto, impossível pensar em situações de vida nas quais não venha a ocorrer. Por outro lado, o sofrimento e a angústia não são unicamente expressões da repressão de energia pulsional, mas podem estar representando possibilidades de mudança e o exercício desta mudança, através de ações que afirmam a potencialidade do ser humano. Assim, a transformação do sofrimento na relação com o trabalho, pela diminuição da distância entre a organização prescrita e a organização real do trabalho, torna visível a outra face do paradoxo do sofrimento psíquico no trabalho: o sofrimento criativo, caracterizando o trabalho equilibrante, ou seja, saudável (DEJOURS, 1994).

O sofrimento no trabalho pode ser conceituado como uma vivência subjetiva entre o bem-estar psíquico e a doença mental.

Uma das formas encontradas pelo homem para conviver com o sofrimento no trabalho é a estruturação de estratégias defensivas psíquicas e comportamentais, que amenizam as repercussões da organização do trabalho e suas relações de poder – divisão do trabalho e divisão das tarefas – sobre seu pensar e sentir.

Segundo Dejours (1987), cabe analisar e dar visibilidade ao sofrimento do trabalhador através de conceitos como o de ideologia defensiva, que pode ser considerada uma estratégia de enfrentamento da realidade cotidiana do trabalho, elaborada por um grupo particular, cuja especificidade está relacionada à natureza da organização do trabalho. Seu objetivo está relacionado à ansiedade em frente a um perigo real que ameaça o coletivo de trabalhadores. Visa a mascarar, conter e ocultar uma ansiedade grave, pois o ser humano necessita de mecanismos de proteção e defesa de sua vida mental na relação com o trabalho. O caráter coletivo da estruturação desse tipo de defesa impõe a adesão de todos, para manter sua efetividade. Dessa forma, quem não adere a estas defesas é excluído do grupo, sob pena de desestruturar o próprio sistema defensivo, gerando risco para a vida e saúde do conjunto de trabalhadores.

No que diz respeito ao trabalho médico, como visto anteriormente, o caráter de autonomia em relação à organização do trabalho que ainda caracteriza esta

profissão, mantendo uma aproximação entre concepção e execução, não o coloca tão exposto ao sofrimento próprio das formas de organização de trabalho tayloristas, que gerariam defesas psíquicas específicas. Além disso, a autonomia de trabalho exacerba seu caráter individualizante, o que exclui a possibilidade de estruturação de estratégias defensivas coletivas.

Para estudar as especificidades da carga psíquica de trabalho e do sofrimento psíquico no trabalho médico, é necessário ter em conta que, no exercício de sua função, o médico está em contato constantemente com estímulos emocionais decorrentes da dor e sofrimento dos seres humanos, estabelece vínculos de grande intimidade com os pacientes e suas famílias, além de ter que lidar com situações de incertezas e limitações impostas pelo conhecimento médico e o sistema assistencial (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

Estas condições levam a uma vulnerabilidade do profissional médico, gerando sofrimento psíquico que, caso não seja adequadamente enfrentado, poderá adoecê-lo, produzindo o *burnout*⁶ ou outras formas de transtornos físicos e psíquicos.

Para o médico negro, optou-se por recorrer a algumas categorias próprias da psicanálise para compreender algumas especificidades relacionadas às vivências de ser exposto cotidianamente a racismo, discriminação e preconceito racial.

2.6.1 Desigualdades sociorraciais e estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico

Sofrimento psíquico é uma vivência subjetiva da qual ninguém escapa. É inerente à condição humana, na medida em que a subjetividade humana é dividida, resultado

⁶ A síndrome do *burnout*, também chamada de síndrome do estresse profissional, é uma condição experimentada por profissionais que desempenham atividades que envolvem contato cotidiano com pessoas, freqüentemente em sofrimento. Constituída de sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais, leva o profissional a criar uma barreira para evitar contato com os sentimentos provocados por este exercício profissional (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

do constante conflito entre diferentes instâncias do psiquismo, como o Id, o Ego e o Superego⁷ (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 1982).

O ser humano não dá conta de tudo, pois ser humano aponta para limites e potencialidades. Reconhecer limites é aceitar que se está inserido numa sociedade real - com leis, direitos e deveres. É abrir mão de algo, por vezes até de ordem pulsional, para poder conviver em sociedade, mas isto causa mal-estar e angústia. Pensar nos limites é pensar ao mesmo tempo em autonomia e liberdade, num contexto de diferenças: somos todos iguais como humanos, mas diferentes em função de classe social, gênero, cultura, cor/etnia, etc. No contexto de uma sociedade racista, a diferença de cor se transforma em desigualdade social, em função da hierarquia racial.

A realidade social exige do ser humano se abrir para as diferenças, para a diversidade. Dessa forma, deve abrir mão da ilusão da não existência das diferenças. A noção de narcisismo na psicanálise refere-se a um estado ilusório de perfeição, de completude, que se torna um ideal. Ter que abrir mão deste estado ilusório no contato com a realidade constitui o que se chama de “ferida” narcísica, dor e sofrimento decorrentes da percepção de ter imperfeições diante do olhar do outro. Entretanto, o ideal narcísico é retomado na construção do ideal de ego, instância da personalidade resultante também das identificações com os pais e com os ideais coletivos. Algo dessa ordem permanece nos ideais da pessoa, no projeto de futuro, como possibilidade de continuidade, que requer abrir mão de algo para conviver em sociedade – situação posta para todo ser humano.

A violência do racismo também constitui uma “ferida” narcísica, que sangra continuamente e tem como consequência uma baixa auto-estima e o sentimento de inferioridade.

A partir do momento em que o negro toma consciência do racismo, seu psiquismo é marcado com o selo da perseguição pelo corpo próprio. Daí por diante, o sujeito vai controlar, observar, vigiar este corpo que se opõe à

⁷ Segundo Jeammet, Reynaud e Consoli (1982), o Id representa o pólo pulsional, instintivo, inteiramente inconsciente, procurando apenas a gratificação imediata das necessidades e o apaziguamento das tensões. O Ego nasce do Id por diferenciação progressiva no contato com a realidade, à qual deve adaptar-se para sobreviver. É a sede dos mecanismos de defesa, encarregados de assegurar o equilíbrio psíquico, mantendo as tensões a um nível constante. O Superego designa a função crítica do aparelho psíquico, portador dos preceitos morais em relação ao Ego. Resulta da interiorização das proibições parentais, profundamente transformadas, porém, devido a seu investimento pelas pulsões originárias do Id.

construção da identidade branca que ele foi coagido a desejar. A amargura, desespero ou revolta resultantes da diferença em relação ao branco vão traduzir-se em ódio ao corpo negro (COSTA, 1984, p. 108).

Seu próprio corpo, sua imagem corporal tornam-se persecutórios. Portanto, a violência do racismo é mortífera também em termos psíquicos e/ou emocionais, principalmente por levar o ser humano à auto-destruição - ele deve ser “sem cor”, adequar-se a ideais corporais que não são as suas características – e que está no centro de uma maior vulnerabilidade psicossocial da população negra brasileira.

A reação do pensamento negro frente à violência do ideal branco não é uma resposta ao desprazer da frustração, elemento periférico do conflito, mas uma réplica à dor. O sujeito negro, diante da “ferida” que é a representação de sua imagem corporal tenta, sobretudo, cicatrizar o que sangra. É a este trabalho de cerco a dor, de regeneração da lesão que o pensamento se dedica. A um custo que, [...], será cada vez mais alto. O tributo pago pelo negro à espoliação racista de seu direito à identidade é o de ter de conviver com um pensamento incapaz de formular enunciados de prazer sobre a identidade do sujeito. O racismo tende a banir da vida psíquica do negro todo o *prazer de pensar* e todo *pensamento de prazer*. Pensar sobre a identidade negra redundando sempre em sofrimento para o sujeito. Em função disto, o pensamento cria espaços de censura à sua liberdade de expressão e, simultaneamente, suprime retalhos de sua matéria. A “ferida” do corpo transforma-se em “ferida” do pensamento. Um pensamento forçado a não representar a identidade real do sujeito é um pensamento mutilado em sua essência. Os enunciados do pensamento sobre identidade do EU são enunciados constitutivos do pensamento, eles mesmos (COSTA, 1984, p. 110-111).

De acordo com Costa (1984), diante do racismo, o pensamento do sujeito negro cria estratégias, táticas e compromissos, num combate contra a realidade do corpo e da identidade negra.

O pensamento, neste nível, opera um compromisso. Afirma e nega a presença da negritude. Admite, implicitamente, que o negro existe, quando enumera qualificativos brancos, cuja escassez nega, ao mesmo tempo, a totalidade. A submissão ao código de comportamento tido como branco concretiza a figura racista criada pela mistificadora democracia racial brasileira, a do “negro de alma branca” (p. 112).

Portanto, a negação é um dos mecanismos de defesa⁸ utilizado nesta situação. De acordo com Laplanche e Pontalis (NEGAÇÃO, 1970, p.373), negação é o “processo pelo qual o indivíduo, embora formulando um dos seus desejos, continua a

⁸ Os principais mecanismos de defesa do ego estudados pela psicanálise são: a repressão, a regressão, a transformação no contrário, o deslocamento, o isolamento, a anulação retroativa, a formação reativa, a negação, a sublimação, a clivagem, a idealização, a negação da realidade, a introjeção e a projeção (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 1982, p. 145-148).

defender-se dele negando que lhe pertença”. Fala de uma dificuldade que a pessoa tem em aceitar uma realidade.

Existem vários tipos de mecanismos de defesa, que têm como objetivo proteger o psiquismo humano, garantir seu funcionamento, embora possam tornar-se patogênicos e inibir o funcionamento mental. Os mecanismos de defesa do ego são individuais e viabilizam a relação do homem com o mundo externo, fundada na interação permanente com o mundo interno, pois o ser humano é um ser de relação. A dimensão psíquica é estruturada na relação com outros seres humanos, através da construção de vínculos afetivos, de laços sociais, de trocas simbólicas. O intercâmbio simbólico que ocorre pela inserção do homem no mundo da linguagem é o que o humaniza, permitindo o encontro com os pares e a entrada no mundo social, do qual o trabalho é parte. As relações de trabalho sinalizam a possibilidade de viver em sociedade.

No Brasil, as relações de trabalho ocorrem numa sociedade transversalizada pelo racismo, pelo preconceito racial, pela discriminação racial. Estes fenômenos ocorrem também na escolarização e na saúde e estão presentes na produção de subjetividade do ser médico negro no Brasil.

A estruturação da dimensão psíquica do ser humano, na qual os mecanismos de defesa do ego têm uma função essencial para a vida em sociedade, dá ao homem a possibilidade de construir seu lugar no mundo. Um lugar próprio, singular, mas em permanente articulação com o social, com o coletivo. Os mecanismos de defesa do ego podem também funcionar como estratégias de enfrentamento nas relações cotidianas de trabalho de cada trabalhador, de acordo com a singularidade de sua vivência subjetiva no encontro com as relações estabelecidas na organização do trabalho.

O trabalhador, frente a situações que causam ansiedade, medo, vergonha, isto é, situações que aumentam a carga psíquica do trabalho e levam à angústia e ao sofrimento psíquico, lança mão de estratégias defensivas, tanto no trabalho quanto na vida cotidiana.

Um dos mecanismos de defesa mais importantes para o trabalhador é a sublimação, ao exercer alguma atividade que tenha reconhecimento social. É o “capital” libidinal

que a pessoa tem para construir seu projeto de vida profissional. É algo que tem valor no campo social, que traz a possibilidade de sentir realização e prazer, através do trabalho. Segundo Dejours (1996), para além da ressonância simbólica que a escolha profissional e a presença da atividade de concepção na tarefa realizada possibilitam, a sublimação implica no caráter coletivo, por representar o exercício de uma atividade que tem função social e, portanto, que possibilita o reconhecimento por parte dos pares, dos semelhantes.

O sujeito que, submetendo seu trabalho à crítica, solicita o julgamento dos pares, pode esperar, em troca, ser reconhecido. O reconhecimento é a retribuição fundamental da sublimação. Isso significa que a sublimação tem um papel importante na conquista da identidade. Reconhecimento social e identidade como condição da sublimação conferem a essa última uma função essencial na saúde mental (DEJOURS, 1996, p.158).

Ferreira (1999), ao discorrer sobre a dinâmica de construção da identidade do brasileiro afrodescendente e das formas de organização de sua experiência pessoal, parte do pouco valor que o imaginário social (compartilhado por todos: negros, brancos, índios, etc.) aloca às raízes culturais negras na formação da identidade do ser brasileiro. Desta forma, cultiva-se um ideal de ego branco que tem por consequência a auto-imagem negativa e a baixa auto-estima da pessoa negra, que contribuem para gerar condições precárias de existência, sustentadas por um mecanismo social complexo.

O modelo adotado por Ferreira pressupõe quatro estágios de desenvolvimento da identidade: submissão, impacto, militância e articulação.

No estágio de submissão, há uma idealização do mundo branco e uma tendência do afrodescendente em assumir como insignificante para sua vida sua condição étnica. Para diminuir sua angústia, utiliza mecanismos de dissociação, “[...] precisa manter a ficção de não terem as questões etnoraciais nenhuma relação com sua maneira de viver, mas de ser a mobilidade social determinada, fundamentalmente, pelo esforço e habilidade pessoal” (FERREIRA, 1999, p. 95).

O estágio seguinte, o de impacto, corresponde à descoberta do seu grupo etnoracial de referência, “[...] a partir da tomada de consciência da discriminação sofrida ao longo da vida, exercida pelo grupo de hegemonia branco [...]” (FERREIRA, 1999, p. 97), por vezes desencadeada por algo dramático que viveu. Nesta situação, de morte do estágio de submissão, ocorre a sensação de despedaçamento da

identidade, podendo acompanhar-se de angústia, ansiedade, sensação de anomia⁹ ou estados depressivos.

No estágio de militância ocorre a construção de uma identidade afrocentrada, a partir de

[...] um processo de intensa metamorfose pessoal, onde ele, gradualmente, vai demolindo velhas perspectivas, referências de mundo em torno das quais construía sua identidade e, ao mesmo tempo, passa a desenvolver uma nova estrutura pessoal referenciada em valores etnoraciais de matrizes africanas” (FERREIRA, 1999, p. 98-99).

Período também vivido com ansiedade, ocorre aversão e negação dos valores brancos, na constituição de uma pseudo-identidade negra, na medida em que ainda não há afirmação positiva das referências negras e passa a pensar e sentir de acordo com padrões idealizados sobre como a pessoa negra deve ser. Gradativamente, na convivência com seus pares, tem a oportunidade de explorar aspectos de sua própria história e cultura.

Por fim, o estágio de articulação constitui a abertura para a alteridade, estruturando uma perspectiva afrocentrada não estereotipada “[...] voltada para as qualidades referentes à negritude, onde as matrizes africanas são salientadas [...]” (FERREIRA, 1999, p. 100).

Segundo Ferreira (1999, p.100),

“[...] a ‘nova identidade’ construída tem três funções: defender e proteger a pessoa de agressões psicológicas; prover um sentido de pertença e ancoradouro social e prover uma fundação, ou ponto de partida, para transações com pessoas de culturas diferentes daquelas referenciadas em matrizes africanas. Psicologicamente, a partir do momento em que o indivíduo deixa de considerar os valores, associados a matrizes etnoraciais distintas, como antagonicos, sua internalização deixa de ser conflitiva [...]”.

Neste estágio, o preconceito deixa de ser uma referência por si só, pois a pessoa consegue articular seu centro de negritude em ações concretas nas relações com o grupo. Mesmo consciente de viver numa sociedade racista e identificar situações de preconceito e discriminação por que passa, a pessoa já desenvolveu estratégias de enfrentamento e defesa, que lhe dão o senso de que o problema não é ela e sua etnia, mas o contexto da sociedade racista.

⁹ Anomia significa ausência de leis, de normas ou de regras de organização (FERREIRA, 1975).

Esta mobilização subjetiva constitui uma conquista, produto da resistência frente aos fenômenos de racismo, discriminação e preconceito racial na sociedade brasileira.

Com base no exposto, torna-se possível agora investigar, empiricamente, as estratégias de enfrentamento que o médico negro estrutura psíquica e socialmente para suportar e superar as desigualdades raciais no trabalho, bem como o tipo de relação que ele estabelece com a injunção da vontade do outro, representada tanto pela organização do trabalho quanto por fenômenos sociorraciais.

A medicina não está entre as profissões do mercado de trabalho reservadas para o trabalhador negro, a quem, tendo em vista sua inserção na sociedade brasileira, estão “naturalmente” destinados os postos de trabalho subalternos, hierarquicamente inferiores. Supõe-se que, de modo geral, os obstáculos serão maiores tanto para a formação quanto para o exercício profissional, pois entra em jogo a aceitação do médico pelas comunidades interna e externa ao serviço de saúde, assim como a autoaceitação de sua condição étnica.

Assim, tanto as especificidades do sofrimento quanto as especificidades das estratégias de enfrentamento das desigualdades raciais estarão relacionadas à singularidade da história de vida de cada médico negro, articuladas à sua inserção específica no mundo do trabalho e aos efeitos da transversalidade do racismo, do preconceito racial e da discriminação racial, na construção de sua prática profissional cotidiana.

3 METODOLOGIA

Apesar de a Saúde do Trabalhador já ter desenvolvido considerável aporte conceitual e metodológico para a abordagem do campo das relações entre saúde e trabalho¹⁰, a temática das relações sociorraciais no trabalho ainda é pouco desenvolvida. Desta forma, quanto aos fins, esta é uma pesquisa exploratória, que buscou produzir conhecimento sistematizado – discutindo conceitos, selecionando métodos, levantando hipóteses - para a abordagem do objeto de estudo “ser médico negro no Espírito Santo”, trabalho que foi realizado no próprio movimento da pesquisa.

Na falta de um marco conceitual bem desenvolvido, houve a necessidade de construir um marco referencial para, segundo Minayo (2000), interpretar os significados encontrados no material do trabalho de campo. De acordo com Tobar e Yalour (2001, p. 60),

Utiliza-se a expressão marco referencial em vez de marco teórico quando o pesquisador não dispõe de uma teoria que o respalde. Isto pode ocorrer porque não há, em relação ao problema, um corpo organizado de conhecimento (teoria), ou porque, havendo um, revela-se insuficiente ou inadequado para a abordagem proposta, é mais *estabelecer limites* do que iluminar o caminho [...].

Neste sentido, os capítulos teóricos anteriormente desenvolvidos estabeleceram um recorte para abordagem do objeto deste estudo, fornecendo noções e conceitos para interpretação dos significados do material empírico.

Do ponto de vista dos meios, trata-se de uma pesquisa de campo por se ter entrado em contato direto com os atores sociais, coletando-se dados acerca de suas vivências sobre o cotidiano de trabalho. Apesar de anônimos, suas trajetórias são emblemáticas do lugar que alguns negros conseguem ocupar na sociedade brasileira, mesmo que este não lhes seja socialmente reservado. Em conformidade com a abordagem da Saúde do Trabalhador, enfatiza-se a importância de dar voz

¹⁰ De acordo com Minayo (2000), o subsistema que maior ênfase e cuidados tem merecido dentro da abordagem histórico-estrutural da Saúde Coletiva, como preocupação metodológica, é a Saúde do Trabalhador. Seu eixo básico é o Processo de Trabalho que, sob o ponto de vista histórico, é visto como determinante para o desgaste e o quadro de morbidade dos trabalhadores.

aos trabalhadores para torná-los protagonistas da história social que pode ser transformada, por seu saber e ação.

A abordagem do objeto de estudo foi efetuada através de metodologia qualitativa que, segundo Minayo (2000), é relevante nos estudos sobre “ser humano em sociedade”. Para esta autora,

[...] as Metodologias de Pesquisa Qualitativas [são] entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2000, p. 10).

Ao discorrer sobre as escolhas teórico-metodológicas que explicitam o “caminho do pensamento” que orientará o trabalho de pesquisa, esta autora apresenta os conceitos de Modo de Produção e de Formação Social, para dar conta do que “[...] se refere às dimensões dinâmicas das relações sociais concretas numa sociedade dada” (MINAYO, 2000, p. 66-67). Para Goldmann (apud MINAYO, 2000, p. 69), a significação humana não pode ser compreendida fora da estrutura social. Comentando este autor, Minayo (2000, p. 69), afirma que “[...] a análise sócio-histórica deve dar conta da coerência e da força criadora dos indivíduos e da relação entre as consciências individuais e a realidade objetiva”.

Entretanto, aponta que na área da Saúde têm preponderado estudos que se restringem à perspectiva macro-social, sendo poucos os pesquisadores que realizam estudos que abrem espaço para o trabalhador como sujeito de práticas sociais em saúde. Numa visão que articula os aspectos macro-sociais com as singularidades dos sujeitos, em estudo sobre o trabalho médico em que utiliza o método de história de vida, Schraiber (1993) afirma:

Assim sendo, relativamente ao trabalho médico, por exemplo, isto tudo significa concebê-lo no social como estrutura *estruturada* e também *estruturante* deste mesmo social. Conhecê-lo é, portanto, o movimento de buscar, nele, enquanto médico, o *trabalho social*, e de buscar como este social é reproduzido na qualidade de ser *trabalho médico*. O singular-médico, ao produzir-se enquanto reprodução do todo-social, cria novas estruturas do real que significam repetição deste social tanto quanto uma inovação, em movimento simultâneo de *adaptação e oposição* ao conjunto, o que lhes dá movimento. Não obstante segue sendo singular, parte de uma totalidade (estrutura esta de qualidade diversa da soma das partes), razão pela qual a criatividade, a inovação do singular encontra seu limite no todo em que se inscreve (SCHRAIBER, 1993, p. 24-25).

Tais concepções possibilitam estudar o objeto “ser médico negro”, reconhecendo sua determinação histórica e sua singularidade, dentro do campo de conhecimento da saúde dos trabalhadores.

Uma outra dimensão que a abordagem qualitativa possibilita é a crítica de categorias naturalizadas, tomadas como absolutas na aproximação ao objeto. De acordo com Brito (1999, p. 46-47), em discussão metodológica sobre a abordagem de questões de gênero em pesquisas,

[...] as abordagens qualitativas retiradas das ciências sociais passam a ser incorporadas pelas pesquisadoras, acreditando que a escuta associada à abordagem interativa evita a filtragem de informações relevantes sobre as experiências das mulheres e permite a identificação de fatos dissimulados por métodos muito rígidos, além de possibilitar a emergência de novas hipóteses.

Acreditamos que a pesquisa das experiências relacionadas às desigualdades raciais na trajetória profissional de médicas e médicos negros no Espírito Santo guarda preocupações semelhantes do ponto de vista metodológico. Segundo esta autora, “a dimensão intersubjetiva se dá no processo de conhecimento e exerce efeitos sobre os resultados obtidos” (BRITO, 1999, p. 48). Estudos sobre as desigualdades raciais no trabalho médico trazem como um desafio a desnaturalização ou desconstrução de idéias preconcebidas, devendo-se priorizar dar visibilidade à situação coletiva de desigualdade.

3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O campo do estudo foi configurado pelas inserções concretas dos médicos e médicas em diferentes instituições de saúde nos setores público, privado e filantrópico, ou em consultório privado, situados na cidade de Vitória, no Estado do Espírito Santo, campo este delineado duplamente pelos critérios de raça/cor e de

setor produtivo (serviços de saúde). Desta forma, não foi definido um processo de trabalho médico específico (que poderia ser delimitado pelas especialidades ou funções), tendo em vista o caráter exploratório do estudo e a necessidade de examinar aspectos que atravessam diversos processos de trabalho.

3.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Devido ao caráter exploratório do estudo, o critério de definição do número de sujeitos entrevistados ocorreu pela estratégia de saturação, isto é, quando o conteúdo das respostas às questões centrais sobre desigualdades sociorraciais começou a se repetir.

No sentido de trazer ao estudo o contexto no qual estas questões poderiam ser mais visíveis, após a quarta entrevista optou-se por buscar os primeiros médicos negros formados no Espírito Santo.

Assim, os sujeitos da pesquisa foram oito médicos, sendo três mulheres e cinco homens, que se autoreconheceram como negros à abordagem por parte da pesquisadora.

Todos os sujeitos são nascidos entre 1941 e 1961, ou seja, estando hoje, com idade que varia entre 45 e 65 anos (mais especificamente, as idades foram de 45, 46, 47, 51, 54, 63, 65 e 65 anos), e entre vinte e um e trinta e nove anos de formados.

Quanto às especialidades cursadas, cinco são pediatras, um é gineco-obstetra, um é homeopata e um é ortopedista.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente havia sido pensado que a escolha dos participantes da pesquisa deveria recair em pessoas que se autodeclarassem como negras¹¹. Entretanto, considerou-se a dificuldade de um reconhecimento espontâneo nesta abordagem; portanto, os primeiros convidados a participar da pesquisa foram pessoas com as quais a pesquisadora já havia tido contatos anteriores. Eram reconhecidas por ela como sendo negras, que haviam construído uma trajetória consistente na profissão e haviam, anteriormente, manifestado seu posicionamento frente às questões do estudo.

Os participantes puderam indicar outros profissionais cujos perfis coincidiam com aquele definido pelo projeto. Tendo em vista a especificidade do estudo, foram mantidos contatos e obtidos respaldos institucionais da Universidade Federal do Espírito Santo - através da coordenação do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva (PPGASC) e da direção do Centro de Ciências da Saúde (CCS) - e do Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo (CRM-ES), no sentido de localizar os profissionais. Houve a indicação de um número maior de profissionais, mas nem todos puderam ser localizados. Muitas situações demandaram um tempo de espera entre a indicação do nome do participante e a data agendada para a entrevista. Houve boa receptividade das pessoas contatadas, sendo que todas elas concordaram em participar do estudo.

Foram realizadas entrevistas, com a utilização de roteiro semi-estruturado. Minayo (2000) trata dos instrumentos de pesquisa, partindo do pressuposto que as entrevistas propiciam o surgimento de material relacionado às vivências do entrevistado e das representações correlatas.

A interação direta do pesquisador com os sujeitos da pesquisa, através das entrevistas, mostrou-se essencial para possibilitar um processo de (re)conhecimento da realidade, propiciando a abordagem de questões relacionadas à subjetividade no trabalho, ao sofrimento psíquico e às estratégias de enfrentamento das

¹¹ Este procedimento tem sido utilizado na pesquisa social, constituindo um critério do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para definição de raça ou cor. Através de pergunta estimulada, o pesquisado se autoclassifica como branco, preto, pardo, indígena ou amarelo. As pessoas consideradas negras estão incluídas como preto ou pardo (SANTOS; SILVA, 2005, p. 130).

desigualdades sociorraciais. Considera-se que os relatos verbais dos participantes da pesquisa foram narrativas elaboradas por eles, a partir da construção de um espaço que possibilitou a re-significação de sua trajetória profissional.

É possível que a condição da pesquisadora ser médica negra tenha facilitado a aproximação com os entrevistados e o objeto de pesquisa. Não é fácil para a pessoa negra falar sobre a vivência de ser negro na sociedade brasileira, especialmente no que diz respeito à sua inserção como profissional no mundo do trabalho, porque significa entrar em contato com sentimentos e representações psíquicas dolorosas, decorrentes do reconhecimento social de inferioridade em função da cor da pele. A esse respeito, COSTA (1984, p. 111) diz:

A violência racista subtrai ao sujeito a possibilidade de explorar e extrair do pensamento todo o infinito potencial de criatividade, beleza e prazer que ele é capaz de produzir. O pensamento do sujeito negro é um pensamento que se auto-restringe. Que delimita fronteiras mesquinhas à sua área de expansão e abrangência, em virtude do bloqueio imposto pela dor de refletir sobre a própria identidade.

Na abordagem inicial dos participantes, foi feito contato direto por telefone pela pesquisadora. Esta se apresentou como aluna do mestrado em Saúde Coletiva da UFES, desenvolvendo estudo na área da Saúde do Trabalhador, com o tema das desigualdades raciais no trabalho em saúde e as estratégias de enfrentamento, mais especificamente no trabalho médico. No ato da entrevista, os profissionais foram formalmente informados sobre os objetivos e métodos da pesquisa, e consultados a respeito da disponibilidade de dela participar. Aqueles que aceitaram participar do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido da pesquisa e, após leitura cuidadosa e esclarecimentos por parte da pesquisadora, assinaram a declaração de consentimento¹².

As entrevistas foram realizadas no período entre fevereiro e setembro de 2006, nos locais de trabalho ou nas residências dos entrevistados, guardadas condições de privacidade. Tiveram duração que variou entre sessenta e noventa minutos, tendo sido gravadas em aparelho digital e transcritas pela própria pesquisadora, para

¹² O projeto deste estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo, sendo aprovado conforme documento em anexo.

posterior análise de dados. Após a transcrição, as gravações foram destruídas, visando a evitar que pudessem vir a identificar e prejudicar os sujeitos da pesquisa.

3.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Para orientar as entrevistas, foi utilizado um roteiro (APÊNDICE) elaborado com vinte e uma questões, que abordaram:

- 1) Aspectos sociodemográficos, inserção institucional e função;
- 2) Formação profissional, investimento na profissão, motivações para a escolha, tempo de exercício profissional, renda mensal, perspectivas de mudança, realização profissional, interação com colegas, dificuldades no cotidiano de trabalho;
- 3) Ser negro como atributo étnico que pode fazer diferença na vida profissional e se esta condição causa sofrimento psíquico;
- 4) Vivências relacionadas a racismo, preconceito racial e discriminação racial, direta ou indireta.

3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Para o tratamento do material empírico foi utilizada a análise de conteúdo, própria para material verbal obtido em entrevistas e questionários que, agrupado, remete ao campo social (TOBAR; YALOUR, 2001).

[...] O objetivo central da análise de conteúdo reside em traduzir fatos sociais em dados suscetíveis de tratamento quantitativo ou qualitativo, organizando-os de modo tal que adquiram significação para a teoria, podendo generalizar-se e ordenar-se em um sistema de hipóteses (TOBAR; YALOUR, 2001, p. 105).

Um primeiro nível de elaboração do conteúdo surgiu já durante a realização das entrevistas, quando as vivências relatadas encontravam ressonância com as próprias vivências da pesquisadora, como médica negra formada na mesma escola médica que seus entrevistados. Num segundo nível, a opção da pesquisadora em transcrever pessoalmente as entrevistas constituiu um novo espaço para reelaborações e resignificações acerca das narrativas. O que impulsionava o estudo era saber estar manuseando a “matéria-prima viva” de trajetórias profissionais para transformá-la, de acordo com Tobar e Yalour (2001, p.105), “[...] com a finalidade de ir aumentando um corpo de conhecimentos transmitidos de uma para outra geração de pesquisadores [...]”.

Nesta etapa, na qual foram ocupados cerca de oito meses para o trabalho de campo, foram intensas as interlocuções, tanto com autores que fundamentaram o referencial teórico quanto com o orientador, conseguindo-se dominar o material empírico na singularidade de cada trajetória e enquanto um conjunto, na construção de conhecimentos sobre o coletivo. Para isso, de acordo com Schraiber,

[...] O termo que usualmente aparece na bibliografia designando esse proceder é o da *impregnação*: o pesquisador lê, relê, examina, estuda tantas vezes o mesmo relato, até o ponto em que domina o todo de uma mesma história para poder confrontá-lo com outra, tomando-as cada qual por inteiro. O destaque a fragmentos, que na comparação aparece, pressupõe que tenhamos apreendido o sentido próprio do fragmento na totalidade do pensamento do qual o separamos (SCHRAIBER, 1993, p. 35-36).

Os procedimentos de análise propostos por Brito (1999) obedecem à seguinte seqüência: leitura exaustiva dos textos das entrevistas, pré-classificação do material em categorias e posteriormente síntese e reagrupamento do material. Neste estudo, as categorias de análise mais gerais já estavam pré-definidas pelas questões do roteiro de entrevista utilizado, na medida em que possibilitavam a interpretação dos sentidos expressos nos relatos.

A síntese e o reagrupamento do material basearam-se também nos procedimentos propostos por Lefèvre et al. (2004), com a noção e o método de análise do discurso do sujeito coletivo.

O discurso do sujeito coletivo representa um recurso metodológico destinado a tornar mais claras e expressivas as representações sociais, permitindo que um determinado grupo social possa ser visto como autor e emissor de discursos compartilhados entre os membros do grupo. Com o sujeito coletivo, busca-se reconstruir tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar um dado pensamento ou uma representação social sobre um fenômeno (LEFÈVRE et al., 2004, p. 407-408).

Do ponto de vista operativo, foram analisados fragmentos mais representativos do discurso de cada participante do estudo, para os quais foram construídas idéias-centrais, a partir das respostas a cada questão do roteiro de entrevista. De acordo com orientação de Lefèvre e colaboradores, os diferentes fragmentos de discurso deveriam ser associados a uma determinada idéia-central e, em seguida, reunidos para construção do discurso do sujeito coletivo. Entretanto, diferentemente destes autores, optou-se por manter a singularidade de cada fragmento de discurso, relacionado às idéias-centrais, mesmo não os identificando individualmente. Isto se deu em função de a discussão cotejada pela teoria mostrar que o sujeito coletivo deste estudo - médico negro - apesar da homogeneidade decorrente da cor, apresentava uma heterogeneidade de trajetórias pessoais.

Por fim, as análises foram organizadas em dois eixos, que constituíram os capítulos de resultados: um apresentando aspectos da escolha, formação e exercício profissional pelo médico negro e o outro, apresentando basicamente as formas de enfrentamento do racismo, da discriminação e do preconceito racial por estes profissionais.

4 SER MÉDICO NEGRO NO ESPÍRITO SANTO: ESCOLHA, FORMAÇÃO E EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Este capítulo apresenta o perfil dos médicos entrevistados, segundo as características do trabalho médico, desde as motivações da escolha da medicina

como profissão, a trajetória de formação e investimento na qualificação profissional e o exercício, em si, da prática profissional.

Especialidades, vínculos de trabalho e remuneração

Dentre as especialidades exercidas pelos sujeitos da pesquisa, cinco são pediatras, um é gineco-obstetra, um é homeopata e um é ortopedista. Particularmente, as três médicas pesquisadas são pediatras. Um dos que escolheu a pediatria relata que isto decorreu de ser uma especialidade que não requeria muito mais do que seu saber e o estetoscópio.

[...] E, também, tem outro aspecto; o tipo da escolha que eu fiz, até porque um outro tipo, oftalmologia ou outra coisa, eu teria que ter investimentos. Então, eu optei, também, por uma coisa que não teria que dispor de muita coisa; que eram só os meus conhecimentos, a minha habilidade, e o estetoscópio - as coisas próprias da profissão. Isso, também, fez com que eu não pudesse galgar outros postos, assim, ou outra profissão que exigiria mais investimento... Oftalmologia ou cardiologia, tal... [...].

Conforme estudo realizado por Schraiber (1993) com médicos formados em São Paulo entre as décadas de 1930 e 1960, ao sair da faculdade de medicina o recém-formado tinha condições de iniciar prática em consultório particular, pois o equipamento necessário era simples e de custo acessível, sendo mais importante o saber da profissão. Entretanto, iniciava-se a fase de transição da medicina liberal para a medicina tecnológica, sendo seu marco a década de 1960, com fragmentação do trabalho e incorporação de instrumentos e equipamentos materiais diagnósticos ou terapêuticos mais sofisticados, que requeriam maior investimento por parte do profissional.

Dessa forma, a disposição de capital econômico anterior determina dentro da categoria médica as possibilidades de escolha da especialidade a ser seguida, o que é facilitado, segundo Bourdieu (1974), pela existência de um legado familiar (capital

social e econômico), concretizado nas “linhagens” médicas: os que são oriundos de famílias de médicos têm maior possibilidade de escolher especialidades de maior poder econômico e social do que os que não detêm este capital familiar.

Apenas um sujeito referiu exercer somente atividade de consultório privado, sem convênios médicos. Dois referiram somente assistência em hospital público, sendo um deles plantonista, além de aposentado no serviço público. Dois outros aposentados (um como docente e outro como médico assistente em serviço público), mantêm atividades: um deles, de assistência em consultório privado com convênio médico, assistência em cooperativa médica e em ambulatório filantrópico; outro, como auditor em instituição pública e como sócio em hospital privado. Dois deles desenvolvem atividade de docência e assistência em hospitais públicos e privados (através de cooperativa médica), sendo, um deles, também auditor de cooperativa médica. Outro, médico diarista e plantonista de hospital público, é associado de cooperativa de especialidade médica e sócio de hospital privado.

Apesar desta pesquisa não ter um caráter de representatividade estatística, o perfil encontrado reflete o mundo do trabalho médico na realidade atual do Brasil e do Espírito Santo, onde se destacam: redução da atividade autônoma exclusiva, sendo de importância os convênios médicos para manutenção da atividade de consultório; presença marcante do assalariamento da categoria; a manutenção de diversificados vínculos e atividades de emprego; o setor público como importante empregador; a presença de vínculos em cooperativas médicas ou de especialistas, bem como sociedade em hospitais privados; manutenção de empregos, depois de aposentados.

Em termos de renda mensal, metade dos entrevistados auferem R\$5.000,00, dois auferem cerca de R\$ 10.000,00 e os outros dois entre R\$ 15.000,00 e R\$ 20.000,00. Verifica-se que a renda mensal encontrada está acima daquela dos médicos capixabas, conforme a última pesquisa do Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2004 (CONSELHO, 2004), na qual, cerca de metade dos médicos têm renda mensal individual de até US\$ 2.000 (ou, cerca de R\$ 4.400,00) e somente 5,7% têm renda acima de US\$ 4.000 (ou, cerca de R\$ 8.800,00). É possível que o nível relativamente alto de renda mensal encontrado neste estudo seja decorrente do fato de o critério de inclusão na pesquisa ter sido inicialmente o de ser profissional que

havia construído uma trajetória consistente e/ou por terem um maior tempo de profissão. Ou também, como se verá, pelo intenso esforço de superar obstáculos através de méritos próprios.

A escolha profissional e suas motivações

Uma primeira idéia que surge sobre a motivação da escolha profissional é que ela decorreu de ser a medicina uma profissão valorizada social e economicamente, que inclusive possibilitaria a ascensão social.

Fazer medicina ou fazer engenharia que eram as coisas mais valorizadas.

Quem quisesse ser alguma coisa, ou fazia engenharia, ou fazia direito, ou fazia medicina; ou então, fazia concurso de Banco do Brasil ou Caixa Econômica. Bom, eram as opções.

Ou, mesmo, quando já se dispunha de uma razoável valorização social, cultural ou econômica, a possibilidade de mantê-las e ampliá-las:

Na verdade foi como? [...] Como quase todos nós da nossa geração fizemos... [Risos]. É... Nós que tínhamos um... Um rendimento escolar melhor, não é? Naquela época de científico... Era a nossa época. Nós tínhamos a opção de, como inteligentes, ou fazer medicina ou engenharia, não é? [...] Porque fazer medicina me abriu campo pra muitas outras propriedades características – intelectuais... É... Que me deu possibilidade de trabalhar hoje nas outras áreas que eu trabalho [fora da medicina] da maneira como eu trabalho. Acho que hoje, eu não seria tão bem sucedido [se tivesse escolhido outra área].

Conforme visto anteriormente, para Bourdieu (1974), a medicina é uma das carreiras que possibilita a mobilidade social ascendente, ao aumentar o capital social e econômico.

Mais especificamente para as médicas, estudar medicina constituiu uma oportunidade de fazer algo diferenciado, que lhes desse uma alternativa de autonomia econômica e social, contrariamente àquela de tornar-se somente esposa. Desta forma, a escolha de construir uma trajetória própria, através do estudo, optando por uma profissão. Também relacionada à condição feminina, foi a decisão

de não casar cedo, o que na década de 1970 não era fácil. Casar cedo poderia ser um caminho para uma moça pobre e fora dos padrões de beleza por suas características raciais.

Outra idéia veiculada foi a de que a motivação deveu-se ao dom ou vocação para a medicina, manifesta desde a infância:

Quando eu era criança, toda vez que chegavam meus pais, minha avó, com remédio... A primeira coisa que eu fazia: tirava a bula do remédio para ficar lendo. Nem sabia ler, mas era remédio – cadê a bula? Ficava lendo bula... [...] Parece que estava mesmo, aquela... O dom mesmo de fazer isso, não é? De fazer isso. Então, eu me sinto bem. Aonde eu vou os clientes gostam de mim, as crianças principalmente. Às vezes, não querem outro médico.

Na mesma linha da vocação, houve a idéia de interesse pessoal na área, alguns pelo caráter científico das ciências biológicas e outros pelo caráter humanitário.

Eu gostava, eu sempre gostei muito de biologia, sempre. Então, por esse canal eu comecei a fazer, eu decidi então fazer medicina. (...) Acabou que eu fiz biologia e foi assim uma escolha sábia, eu acho que... Que é uma coisa que eu gosto muito. Eu gosto muito de medicina.

Por interesse pessoal desde a infância por ciência, por experimentos; por experimentos com animais.

Quando criança, eu gostava de lidar com... De me relacionar com a saúde, com alguma doença. Pesquisava e meu pai observava. Ah! Você vai fazer farmácia! E papai não tinha nível de escolaridade nenhum; nem mamãe. Ele observava, não é, no dia-a-dia o que é que eu gostava. Brincava de dentista; eu e minha prima. Eu falei assim: Ah! Vou fazer medicina! Está mais para medicina!

Gostava desta questão de cuidar, de observar, de... De ver o bem-estar ou de buscar o bem-estar do outro; estar preocupado com isso. Então, eu acho que acabou isso me direcionando para essa área mais humana, do que para a área mais de exatas.

Eu acho que *pari passu* a isso, tem o fato que eu gostei sempre muito da coisa humana, não é? Do relacionamento humano. E... a medicina, na ocasião, era o que mais se aproximava disso...

O interesse pessoal foi ressaltado por um dos entrevistados, contrapondo-se à possibilidade de influências familiares.

Ela se deu a partir de interesse pessoal, sem nenhuma influência. Na minha família não há profissionais de saúde: médico, dentista, enfermeira, psicóloga. Na família não tive esse modelo. O modelo familiar que eu tive foi na área de docência. A minha mãe foi professora de 1º grau; minha alfabetização se deu com ela, inclusive o meu pai fez docência, inclusive em nível superior.

Por outro lado, alguns dos entrevistados ressaltaram a identificação com os pais, profissionais da área da saúde, particularmente o caráter humanista e a possibilidade de agir para transformação de condições sociais da comunidade em relação à saúde:

O que me levou a escolher a profissão foi o seguinte: ir vendo meu pai [médico] trabalhar... Assim... A dificuldade que ele tinha em resolver os problemas. A carência do paciente; todo paciente, ele é carente. Então, o carinho com que ele tinha que tratar... Metade do problema ele resolvia... E... A dificuldade do paciente em ter essa saúde. Meu pai, Dr. ... , Dr. ... [refere-se a profissionais médicos respeitados, na história de Vitória]. Todos eles trabalhavam de graça, porque o paciente não tinha acesso.[...] Então, eles atendiam de graça. Era um modo de... Cuidar daquela comunidade carente.

E, aí, que também tinha por, outro lado, a minha mãe, que era da área da saúde... Uma grande figura do IAPC, não é? Era técnica em RX. Então, eu fui meio que induzido.

Estes dados estão de acordo com Jeammet, Reynaud e Consoli (1982), que apontam como motivações reconhecidas para a escolha da medicina: prestígio do saber, prestígio social, atração pela responsabilidade, profissão liberal, necessidade de segurança, necessidade de tornar-se útil, atração pelo dinheiro, entre outras coisas.

Formação profissional, qualificação formal e informal e o investimento na qualificação profissional

Praticamente todos os entrevistados buscaram alguma especialização logo após o término da graduação, inclusive os médicos formados na década de 1960. Segundo Schraiber (1993), a passagem da medicina liberal para a medicina tecnológica e empresarial no Brasil ocorreu nesta década. De acordo com Donnangelo (apud SCHRAIBER, 1993), a medicina tecnológica inclui dois sentidos: o desenvolvimento

da tecnologia dos equipamentos e a conseqüente parcialização do trabalho médico e especialização, necessários para sua incorporação na prática médica.

Dois dos entrevistados realizaram estágios em especialidades, conquistando titulação pela prática, como direito adquirido, ou realizando provas junto às respectivas sociedades. Os outros seis entrevistados fizeram residência médica, sendo que quatro fizeram fora do Espírito Santo (Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo), por não existir esta modalidade de ensino no Estado ou por estarem buscando instituições mais renomadas. Dois deles cursaram duas residências. Dois, além da residência, obtiveram também titulação através de provas junto às sociedades de especialidades. Dois, também, foram titulados em sub-especialidades. Três dos entrevistados estavam cursando um mestrado em instituição pública, um já era mestre e outro não completou o mestrado. Um dos entrevistados estava cursando o doutorado. Dois dos entrevistados cursaram aperfeiçoamento no exterior, sendo um na Inglaterra e outro na Argentina e no México.

Os que buscaram residências médicas mais valorizadas fora do Estado alegaram o empenho em cursarem o melhor, quando, então, sentiam-se desafiados a serem reconhecidos pelo próprio mérito.

Um dos relatos nesse sentido aponta que esta era uma forma de afirmar-se diante dos obstáculos para seu desenvolvimento, o que, inclusive, causava-lhe sofrimento.

Eu fui a primeira pessoa na minha turma a passar em residência médica. [fora do Estado]... que era um lugar muito fechado na época; porque na época o lugar aberto era o SUS do Rio, e eu não queria ir para lá. Eu achava que eu tinha que passar pelos meus méritos, não porque o outro mandou uma carta ou indicou. [...] E, aí, passei em primeiro lugar [numa segunda residência, já no Espírito Santo]. Era uma vaga só! Eram uns quatro concorrentes, sei lá quantos... E eu passei em primeiro lugar! E, assim... E a minha nota foi tão boa, no que dependia de mim, porque a minha entrevista me deram assim, praticamente zero; me deram um cinco, para não me anular. Porque eu fui sincera na entrevista. É... Uma coisa absurda! Porque eles queriam botar outra pessoa! Eu não era daqui, não é? Não me conheciam no hospital! E eu passei na marra! Por causa da prova escrita.

Houve também expressões de que a trajetória profissional ascendente quanto às titulações ocorreu com grande empenho, com uso somente de seus recursos financeiros próprios. Por fim, também houve relatos de participação em congressos

e cursos de aperfeiçoamento, sendo que um deles expressou a dificuldade de continuar a fazer estas atividades, em função de ser muito oneroso na atualidade.

O investimento no aprimoramento profissional constitui uma forma de melhorar as possibilidades de inserção no mercado de trabalho e obtenção de melhores resultados econômicos. Também entre os médicos da pesquisa observou-se que, apesar da idéia de autonomia ligada à profissão e o reconhecimento dos méritos pessoais e “dons” para obter sucesso na carreira, eles não são suficientes para garantir uma melhor posição na estrutura de capital social e econômico (BOURDIEU, 1974; SCHRAIBER, 1993). Os médicos que conseguiram realizar cursos e estágios no exterior detinham capital (social, cultural e econômico) legado por suas famílias de origem. Puderam, assim, escolher especialidades mais valorizadas e que lhes dessem maior retorno econômico no futuro.

Realização profissional e perspectivas de mudanças

Todos afirmaram se sentirem realizados profissionalmente, mas, principalmente os que estão há mais tempo no mercado de trabalho, ressentem-se das transformações na medicina que têm levado a uma limitação da renda obtida. Apesar do investimento realizado, os novos procedimentos tecnologizados da atuação médica, que possibilitam maior produtividade, requerem ainda mais investimentos. Para uma geração mais recente, sobressai-se o empenho na qualificação profissional, buscando novos horizontes e desafios, bem como a valorização financeira.

Embora, durante muito tempo, eu não senti falta; estava ótimo como eu estava trabalhando. Agora eu já estou buscando essa... [trabalho institucional, interagindo com colegas] Essa ampliação de horizontes, nesse sentido.

Neste ponto de vista, eu não tenho o sentimento de frustração, ou nada disso. Tenho a maturidade de saber que como em qualquer área profissional os obstáculos da vida cotidiana fazem parte da vida. Há dificuldades, mas isso não representa uma insatisfação com o meu ofício. É algo que me dá o retorno e a satisfação de poder ajudar, com a minha

qualificação profissional, as pessoas; os pacientes; as crianças, que eu estou atendendo, recuperando-se de um estado crítico de saúde.

Por isso eu acho que eu tive a visão de fazer uma outra coisa, fazer outra coisa para poder qualificar mais e ficar diferenciada. Batalhar por formação melhor do médico... Acho que você está nas instituições para fazer diferença. Senão, não tem, não é? E, hoje, assim, no Estado, eu sou, eu sei que eu sou uma referência; e a questão de engajamento profissional que me fez ser presidente da Sociedade [da especialidade] (...) Eu acho muito, é porque talvez eu não tenha medo de desafios, não. Eu fico... É... (Risos). Procurando por eles ou eles me encontram, de alguma forma... [...].

Além disso, para um dos participantes que está há mais tempo na profissão, a representação da realização profissional estava associada a poder transitar pelos círculos de decisão.

Eu me sinto [realizado]. Eu me sinto porque hoje eu consegui ... E, isso aí é uma vitória que eu tive com vários secretários, entre eles um com quem eu aprendi muito a ser assim... determinado. Apesar dele não ser muito humilde, mas comigo era. Mas, comigo ele me ouvia. Ele dizia – ‘Oh! Houve um processo assim, assim que você deu sugestão; por quê? Estuda uma conclusão pra eu fechar’... Se não puder atender eu vou dizer por que não dá pra atender.

Perguntados sobre quais eram as perspectivas de mudanças que viam, as respostas dividiram-se basicamente em dois grupos. Um, constituído pelos formados há cerca de vinte anos, caracteriza-se por manterem-se desafiados quanto à atuação profissional, procurando continuar aprimorando-se, tanto na sua área específica quanto em áreas afins aos objetivos administrativos, educacionais (ensino na graduação e na pós-graduação) e de desenvolvimento das políticas públicas, no sentido de dar maior sustentação à inserção institucional. O outro grupo, dos formados há trinta, quarenta anos, não tem novos projetos dentro da medicina. Ou eles falam em simplesmente manter o que têm no momento, ou pensam na possibilidade de atuar em outra área profissional, podendo ser, inclusive, como voluntários. Dentre estes, um referiu à área de esportes e outro a área educacional, com foco na saúde mental infantil.

Assim, do ponto de vista da escolha e formação profissional, este estudo mostrou que também o médico negro tem na profissão médica uma estratégia de afirmação de mérito individual e possibilidade de mobilidade social ascendente. Pode-se dizer que a trajetória do médico negro capixaba guarda semelhanças com aquela encontrada na categoria em geral, cujo principal determinante é a inserção na

estrutura de classes sociais e frações de classe, decorrente da posse familiar de capitais sociais, econômicos e escolares.

Além disso, os relatos dão visibilidade às mudanças pelas quais a profissão médica tem passado no Brasil, nas últimas quatro décadas, no contexto das transformações que ocorrem no mundo do trabalho. Dessa forma, para os médicos que estão no mercado de trabalho há menos tempo, há um investimento permanente na qualificação, vista inclusive como desafio, constituindo uma estratégia que possibilita manter-se competitivo.

5 SER MÉDICO NEGRO NO ESPÍRITO SANTO: FORMAS DE ENFRENTAMENTO DO RACISMO, DISCRIMINAÇÃO E PRECONCEITO RACIAIS

Uma vez caracterizadas as condições gerais do ser médico negro no Espírito Santo, este capítulo aborda suas especificidades, analisando a qualidade das interações com colegas de trabalho, o diferencial em ser negro na profissão, as vivências relacionadas ao racismo, ao preconceito racial e à discriminação racial direta ou indireta, bem como as formas de enfrentamento engendradas por estes profissionais no cotidiano de trabalho.

Qualidade das interações com os colegas

A maioria dos entrevistados relatou manter um relacionamento tranqüilo com colegas de trabalho, ressaltando que esta condição foi conquistada pelo reconhecimento de sua competência técnica no espaço profissional. Um dos relatos destaca o sentimento de ser respeitado e amado por sua competência, mas também por sua disposição para o trabalho, resolvendo vários problemas na sua área de atuação, o que lhe deu trânsito nos diferentes níveis hierárquicos da instituição, inclusive fora do Estado.

Um dos entrevistados afirma que, ao manter o relacionamento no nível profissional, impede que questões raciais possam interferir, enquanto que outro expressou manter um relacionamento amigável, mesmo existindo brincadeiras preconceituosas.

Também foram reconhecidas mudanças nas relações com colegas, a partir de mudanças na sociedade (violência urbana) e nas formas de contratação e

organização do trabalho médico, que têm isolado os profissionais, restando apenas os congressos como espaços de relacionamento.

Por fim, há o reconhecimento também da existência de competição e boicotes por parte de colegas, inclusive para troca de plantões remunerados, o que fez com que se considerasse existir maior número de amigos fora da medicina.

O diferencial em ser negro na profissão médica

A questão colocada denotava tanto um sentido de um diferencial (positivo ou negativo, não necessariamente desigualdade) em relação ao cotidiano da prática profissional, quanto um sentido de questionar a legitimidade da sua escolha: sendo negro, tornar-se médico, uma profissão que não lhe é socialmente designada.

De modo geral, consideraram que não há diferença. Isto contrasta com o simples fato de o médico negro ser um profissional relativamente raro na categoria médica, o que poderia, por si, representar um aspecto de valor. Um dos entrevistados expressa ter presenciado atitudes discriminatórias, mas dirigidas a outros, como piadas de colegas médicos, sobre negros, no quarto de repouso médico, durante plantão no hospital. Entretanto, considera que esta dimensão, de piadas, já está introjetada no nosso universo cultural, construída. Ao que parece, já naturalizada.

Um dos pesquisados reflete que pode não ter percebido diferenças na vida profissional pelo fato de não trabalhar em instituições, ou com outros profissionais. Talvez o isolamento profissional possa ter sido uma estratégia, possibilitada pela medicina no contexto do trabalho autônomo. Este médico relatou, também, como se posicionava na turma da faculdade, que impedia de se sentir discriminado na diferença.

Eu era muito querido na turma, não é? Eu... Eu participava da Atlética, do Diretório; é... O fato de tocar violão, não é? De gostar de seresta... Então, eu sempre arrastava... Arrastava o pessoal. E, aí, é... Não tinha muito isso, embora tinha colegas que... – ô... Ô preto! Ô negro - vem cá! Não sei o

quê... Aquela história, assim, de... Falar diferenciado; mas na prática... É... Tinha a fala, mas na prática não tinha a discriminação não; entre os colegas. Então, usavam esse palavreado me sacaneando, mas... É... Sempre me respeitaram demais, sempre, não é. Convivi, sem a menor discriminação. Não importa muito... Então... E depois, na vida profissional, também, eu não notei nada nesse sentido.

Neste relato, parece haver um esforço de reverter uma discriminação negativa que já se anunciava, com o que parece uma estratégia de “arrastar”, “enebriar”, “seduzir”, com atributos positivos da socialização, como ser participativo, ter presença, ser prestativo e alegre.

Nesta mesma linha, um dos médicos referiu que uma forma de lidar com as possíveis situações de discriminação era cativar as pessoas, ter uma presença agradável: na maneira de conversar, ser simpático, etc. No caso da docência que exercia, o relato de ser homenageado pelos alunos por ocasião de formaturas parece constituir uma demonstração da eficácia desta estratégia de se fazer aceito.

Duas pessoas relataram o orgulho de serem negras. Uma delas relata situações vividas “numa época em que ser negro era mais difícil”, em que a superação de situações de racismo e obtenção de respeito foi conquistada com esforço próprio e demonstração de mérito, na base da competência técnica, conseguida, inclusive na procura desta em estágios no exterior. Apesar de reconhecer que, em algumas situações, utilizaria a força física se necessária, opta por não carregar a bandeira da luta pela igualdade racial, provando seu valor para reverter o quadro.

Não, vou mostrar a essa mulher que eu sou... Que o negro tem valor... Aquelas coisas... Que eu não sou muito a favor... Eu acho que a coisa tem que acontecer, sabe como? Carregar a bandeira do... de coisa... Não... Acho que tem que acontecer... Tem que provar... Tem que trabalhar... Tem que... Correr atrás... Então, essa foi uma experiência que eu tive... De... Reverter o quadro.

Por outro lado, o fato de ser oriundo de uma família culta, que já se distinguia na posse de capital cultural e investia na educação dos filhos, muito contribuiu com esta capacidade de superação.

[...] Nunca não... E... E, eu acho que... [Pausa]. Ser negro... Lutar do jeito que eu lutei assim... Conseguir o que eu consegui... O espaço que eu consegui... Quer dizer... Eu, você, meus amigos, meus familiares... O fato é que nós conseguimos... Sendo negros num período em que ser negro era muito mais difícil... Não é? Nós fomos... Nós somos negros do tempo em que não dava

cadeia se o cara te agredisse. [...] Mas acho que ser negro foi muito importante pra mim isso... Nisso... Que eu... A partir do momento que a gente teve essa força pra construir o caráter... A dignidade que a gente tem... A competência... O amor ao próximo... Que eu acho que... Que é a coisa que está faltando no mundo, não é? Está faltando amor... Ninguém... A amizade que nós temos...

A afirmação positiva da subjetividade do ser negro, naquilo que é o melhor do caráter, contrapõe-se ao senso comum racista que apresenta o negro como sem caráter, agente da violência. No caso deste médico, desenvolve atividade com comunidades carentes, reforçando as questões do caráter, da educação e do esporte para adquirir o sucesso e vencer na vida.

Vivências relacionadas ao racismo, preconceito racial, discriminação racial direta ou indireta e as formas de enfrentamento pelo médico negro

A maioria dos entrevistados relata, inicialmente, não ter percebido, não ter sentido ou não se recordar de situações relacionadas ao racismo, preconceito e discriminação raciais, particularmente como profissionais. Lembram-se de algumas situações vividas antes de se formarem ou fora do papel de médico, no cotidiano. Ou, então, lembram-se de situações assistidas na televisão, como algo distante, fora do seu dia-a-dia.

Depois de profissional... (Pausa). Não... Não... Sinceramente, não me recordo. Se, ao longo aqui da nossa conversa eu me lembrar de alguma coisa... Eu... Vou te relatar. Mas, eu não me recordo não. [...] Se tem algum preconceito fica escondido.

Não, profissionalmente, não; como pessoa, sim.[...] Eu nunca vi de uma forma clara isso acontecer comigo não. Nem... Nem... Nem mais ou menos como que ela... Eu nunca... Nunca me dei conta não. [...] E nem profissionalmente, assim de o paciente rejeitar ou não querer.

Se há dificuldade, não é? Olha... Claramente, não... Ainda não notei isso. A gente pode... Pode assim... Pensar que existe, mas não tem aquela definição, não é? [...]_Especificamente, com relação à questão de cor assim, eu assim... Não tive essa percepção. Porque a gente vê, não é, às vezes, no jornal, os casos assim. Numa loja – Oh! Infelizmente, já... Já foi

preenchido... E a pessoa, assim, não é? Você... A pessoa não preenche, não é? A coisa, assim. Falam para a pessoa. Não, não preenche.

Diante disso, constata-se que isso se deve ao fato de poderem estar relacionadas a situações escondidas - ocultas, veladas, pouco claras, pouco nítidas, dissimuladas - porque nem sempre são verbalizadas, o que gera uma sensação ou impressão, mas sem comprovação. Um dos entrevistados reconhece a existência do racismo na sociedade, considerando que as pessoas não o manifestam, muitas vezes por falta de oportunidade, como se sua presença fosse latente. A necessidade de invisibilidade estimula o disfarce. Outro entrevistado, lembrando de situação de possível racismo por ocasião da formatura, diante de uma provável viagem da turma para os Estados Unidos, questiona-se sobre esta possibilidade.

Eu lembro, por exemplo, a primeira turma conseguiu, através de uma bolsa, ir para os EEUU, fazer... Naquela época, foi em 19... A primeira turma! ... Eles foram aos EEUU ficar um mês lá. Quando foi a nossa vez, nós não conseguimos ir. Eu não sei por que. Eu e a colega que é da nossa cor, assim, se isso... Na época, era muito forte a carga da... do... do racismo lá... Se isso... Porque eles fazem pesquisa de tudo, não é? Se isso influenciou ou não, eu sei que a nossa turma acabou não indo. Então, quer dizer, eu fico naquele... questionamento. Eu não sei... Porque é que a outra turma conseguiu. E a gente que já estava... Já estava todo mundo já falando, preparando... De repente, não foi. A gente fica naquela... impressão, mas é uma coisa que não pode provar. Assim...

Como visto anteriormente, houve um relato de ter optado por trabalho em consultório, o que diminuiu os relacionamentos institucionais, que poderiam levar a situações mais freqüentes de preconceito. Complementarmente, houve, também, a consideração de que esta pouca nitidez em relação a ter ou não ocorrido racismo, discriminação ou preconceito racial pode ser devido à maneira de se portar e conversar, de forma polida e educada, fazendo-se ser bem aceito.

Não sei se por que... Talvez as pessoas... A gente tem uma maneira de conversar, de... Simpático, ser agradável, ser... Sabe? Então, às vezes, ajuda muito, não é? Talvez, isso inibe alguma coisa assim... Tanto, que eu nunca senti assim, que possa comprovar... – Oh! Fui discriminado: eu não passei em tal lugar porque... Por causa da minha cor... Isso eu não... Não... Não percebi.

Alguns, que reconhecem a existência do racismo, do preconceito e da discriminação, expressam também modos de lidar, como “ignorar”, “relevar”, reportando-se à base afetiva familiar sólida, ou com enfrentamento direto.

Fato que aconteceu aqui em Vitória, que eu cheguei aqui e senti. Mas, eu ignorei... A base que eu tive em casa me ajudou a relevar muita coisa. Aqui eu senti. É... Mesmo no trabalho. E até hoje!

É. Às vezes, eu estou numa sala, na triagem; são seis... é... seis médicos... Seis médicos atendendo. Os pacientes ficam em pé esperando os colegas desocuparem, achando que não sou médica. Uma vez, um chegou e falou assim – ‘Ah! Aquela escurinha...’ Eu falei – não é escurinha; fala que é negra que atendeu. Não foi escurinha’.

Como cidadão acontece mais vezes, não é? Aqui tem uma loja que vende vinho... Um dia eu fui lá... No dia 31... Eu tinha recebido um dinheiro... E, eu entrei na loja. Mas entrei assim... De... Sabe como é que eu ando, não é? Bermuda, sandália de borracha, uma camiseta... Um calor! Todo relaxado... Aí entrei... Quando eu entrei, eu olhei assim... O rapaz fez assim pro outro (e faz um movimento com a cabeça) – Segue! Aí, eu fui e olhei... Mas você sabe que eu sou meio besta também, não é? Meio não, muito... Eu comprei uma caixa de champanhe... comprei muito... Olha... Eu gastei...!

[Situação ocorrida em congresso da especialidade, onde havia uma mesa reservada pela coordenação do evento só para os médicos negros] [...] As mesas estavam todas preparadas com os nomes dos médicos. E, na nossa mesa só tinha negros – me chamou a atenção – eu, fulano, beltrano e sicrano. ‘Os negros de destaque. Só negros nessa mesa’ – segundo a organização. E nós resolvemos falar! Ninguém ficou mudo não!

Houve relato da percepção de que no dia-a-dia as oportunidades não são iguais, mas que não ocasionaram prejuízo pessoal ou profissional. Por outro lado, há a possibilidade de aceitação do racismo mais velado e “leve”, o que não acontece quando ele é aberto. Nessa condição, houve relato de enfrentamento direto.

Mas eu acho que por uma questão de segurança, que eu desenvolvi, que eu tenho, eu não... Isso não me ofende não. Algumas coisas me ofendem, sabe como? Quando parte pra coisa, assim, mais aberta... Porque isso aí é aquele racismo que é... interior das pessoas, que até tem, mas... É igual falar assim – Ah! É um neguinho de alma branca... Aquelas histórias... Então... Mas... Quer ofender, mas não quer, não é? Quer ofender mas não quer... É mais velado. Mas, quando ele... se... eu... Quando eu perceber que é... Que é coisa... Eu vou pro pau mesmo!

Reconhece-se também que o racismo, o preconceito e a discriminação surgiram em situações em que era requerida alguma indicação para ocupar um posto de trabalho. Assim, evita-se essas situações procurando engajar-se em disputas através de concurso público, no qual a impessoalidade favorece ser reconhecido exclusivamente pelos seus méritos. Considera-se que a não percepção da discriminação indireta deva-se a trabalhar no setor público, cujo acesso é por concurso. O vínculo público é preferido para que não ocorra exposição a esta situação em hospitais privados, onde o paciente escolhe o médico.

Nisso aí, eu só vi a dificuldade racial até a referência ou a designação de negro como dificuldade, no você arrumar empregos por pedido... Por pedido. Por condição própria, por merecimento, por concurso, não. Onde

eu fiz prova eu passei, como aqui no estado eu sou médico desde... por concurso.

No serviço particular, parece um shopping center. Não é somente o contato com a criança, mas tem que lidar com as dificuldades das relações com as famílias, as escolhas e exigências colocadas. Você tem que estar bem vestida, querem uma médica bonita, de boa aparência.

Por parte das médicas, houve maior percepção de racismo, preconceito e discriminação, associados também à condição de ser mulher ou, além disso, de ser nova e competente. Talvez, esta situação de dupla discriminação (de cor e gênero) possibilite aumentar a percepção e a consciência.

Ah!... Eu acho que muito mais por eu ser mulher, entendeu? É... Eu escutei muito... assim – quem é essa “zinha” que eu não sei quem é? [...] Então, o preconceito foi com relação a eu ser nova; eu ser mulher. Quando eu assumi... eu era a única mulher; eram todos homens e eu era a coordenadora; eu comandava. Então, essa coisa foi característica para mim, tá? Porque esta relação de poder... de mandar, de poder, ainda é dos homens.

Há o reconhecimento, também, que a pessoa negra no hospital nunca é vista como médica, mas como um profissional de menor status (geralmente do corpo de enfermagem), situação que é vivida cotidianamente.

Às vezes, eu passo, assim, estou vendo uma paciente – ‘Enfermeira, vem cá!’. Eles nunca acham que possa ser uma médica.

Todo dia; quase toda hora. Estão sempre me chamando de enfermeira. O homem negro parece que é mais aceito.

Eu tenho alguns outros colegas negros que ficam ofendidos, quando passam e a... um acompanhante pergunta – ‘O senhor é enfermeiro?’ Ele pergunta se eu sou enfermeiro porque eu sou negro. Eles perguntam sim... Porque eles relacionam – o negro o máximo que pode ser é enfermeiro. Sabe como? Na hierarquia. Então, eles não... Eles chegam pra mim assim... Estava eu, o técnico de... E... E a mulher conversou com o técnico de... [achando que era o médico].

Quando questionados sobre a existência de sofrimento diante da vivência destas situações, alguns dos sujeitos entrevistados afirmam explicitamente que “ser negro não contribui para maior sofrimento”. Outro, afirma não ter sofrimento no trabalho por ser negro, “não com trinta anos de trabalho; talvez quando jovem”.

Um sujeito reconhece que não sabe se o fato de ser negro contribui com as dificuldades do cotidiano do trabalho e com o sofrimento psíquico dos profissionais negros, mas chama a atenção para o fato de observar um número reduzido de

médicos negros no mercado de trabalho, bem como de estudantes de medicina negros quando cursou a universidade.

A condição de ser negro é impossível de ser escondida, por estar aparente o tempo todo na pele. Parece que o pequeno número de estudantes do curso de medicina e de médicos negros pode levar a um sentimento de isolamento, pela diferença. Estas pessoas podem sentir-se sozinhas na sua condição, por serem extrema minoria. Talvez uma forma de superar este estado seja fazerem-se ser identificadas por outras características positivas nas relações – como visto anteriormente, sendo simpáticas, alegres, educadas – para, assim, serem mais aceitas e inseridas. Mas, apesar de tudo, mesmo assim não conseguem “apagar” a cor da pele. Como dito por Costa (1984), isto implica numa dor, impossível de não ser sentida, que requer a estruturação de estratégias defensivas ou de enfrentamento.

Outro sujeito afirma que o fato de ser negro não contribui para maior sofrimento e que sua competência nunca foi questionada, embora faça referência a ter ouvido piadas discricionárias sobre negros.

Outro sujeito reconhece ter sofrido discriminação no trabalho relacionada não só ao fato de ser negro, mas também por suas idéias diferentes.

Eu acho que discriminação não é só a questão da cor da pele. Discriminação é pelas suas idéias, pela não aceitação de como você é.

De fato, este sujeito considerava que podia ser maior e melhor, reconhecia-se capaz e competente, aceitando o desafio de lutar com sua grande potencialidade, ter idéias próprias e diferentes, ousar pensar diferente; com isso, causava desconforto e despertava hostilidade e discriminação no trabalho.

Esta é uma das funções do preconceito e da discriminação, em qualquer espaço ou sobre qualquer aspecto: tornar-se um instrumento para o exercício de poder sobre o outro, através da sua diminuição ou desvalorização pela posse de alguma condição ou atributo e, assim, aumentar o poder de quem o utiliza.

Outro sujeito, que também investiu muito na formação através da realização de várias pós-graduações fora de Vitória e do Brasil, relata sobre as dificuldades em ser aceito ao voltar, devido à ameaça que representava sua bagagem técnico-científica.

Nisso aí, vieram as decepções. Não por eu ser negro; não por eu ser um médico de fora. É porque... A bagagem que eu trouxe... E, eu me apresentei também na universidade. [...] Dali, eu fiz um concurso... Eu já tinha um concurso do estado em ... Que uma vez eu fiz o concurso; já tinha sido chamado...

Apesar dos méritos decorrentes de ter investido muito na formação, não conseguiu vencer os preconceitos, mas nega que isto seja devido à discriminação racial. Esta situação causou-lhe decepções, mas não foram suficientes para que desistisse.

Uma das estratégias utilizadas para lidar com um sofrimento ou dor que, para muitos, não é possível nomear, parece ser aquela que Ferreira (1999) denominou de mecanismo de dissociação, na medida em que a imagem que a pessoa negra tem do ser negro é negativa, apesar da sua auto-imagem ser positiva, identificada com os atributos idealizados da visão do mundo branco.

Então, isso tudo, é a desocupação, que leva não só na raça negra, mas em qualquer raça. Agora, o que a gente observa? O negro, ele é muito recalcado; ele é muito fechado... Tudo... Se um branco olha pra ele, ele quer invocar. Se a gente... toda hora, a gente observa – na nossa área de saúde – sessenta e cinco por cento do ônus que nós temos pra atendimento na área de saúde é em relação ao negro. E, ele é marginal, ele é criminoso, ele é agressivo. Ele foi violento, ele faz violência. É impressionante, mas tem que admitir. Raramente você vê um branco que estuprou uma criança. O negro, a gente vê três, quatro casos por semana. E vai ... em tudo... Você vai pra os hospitais de urgência, sessenta por cento dos pacientes internados graves são negros. Destes sessenta, quarenta e cinco não têm profissão. Foi por roubo; foi porque resistiu à voz de prisão... Foi assalto; ou porque alguém deu um tiro nele; briga; cachaçada. Raramente, você vê um negro com estudo!

Neste relato, parece não se reconhecer que estas estatísticas revelam um efeito das desigualdades sociorraciais, mais do que as causas da violência. É dado um valor estratégico à cultura escolar, à família, à existência de objetivos de vida e profissional - o trabalho árduo e o estudo, orientados pela família - considerados como prioritários para a ascensão social, negando-se a importância das questões relacionadas à etnia e à cor.

Uma outra possibilidade discursiva em relação ao enfrentamento das situações de racismo, desigualdade e discriminação raciais aparece como orgulho de ser negro.

Afirmar, explicitar, dar visibilidade à condição de ser negro. Dessa forma, enfrentando a hipocrisia¹³ do racismo brasileiro, consegue lidar com várias situações “sem sofrer”.

É... O lado da cor... Tenho orgulho realmente de ser negra! Ah! Falo... Você não está achando que não quer vir por que eu sou negra? Eu falo mesmo... Ah, não, não é isso não... Quero que alguém fale de cor... Isso e aquilo, que eu vou denunciar e ainda vou receber dinheiro! [Risos]. Mas essas situações assim... são do tipo... não me molesta! Não chegam a me molestar! E, enfrento. Eu enfrento. Eu não gosto que chame de a moreninha, a pretinha... Tem que chamar a negra. E, eu me orgulho de ser negra. Às vezes, eu falo: se você for olhar a história, quem sobreviveu nesse país? Os negros vieram lá, naqueles navios, passando fome... Uma raça que sobreviveu e é forte. Eu me sinto uma fortaleza. Tanto física como, também, no interior. Tem essa... Não me molesta! Em hipótese alguma! [Risos]. Mas, se alguém falar – ‘você pode dizer que não tenha sofrimento?’ Eu não tenho! Creio que muitos devem ter. Já pensou se eu ficasse me angustiando porque sou negra?

Aceitar-se negro só é possível se a pessoa tiver como olhar para o futuro, se for dada esta condição de ter um referencial de onde vem e para onde vai. São pontos que a ancoram lá atrás e lhe dão condições de elaborar e construir o futuro. A história, a memória histórica, tem essa função, essa riqueza de situar, de construir referências, o sentimento de pertença, de ter origens e raízes.

A história existe, mas, muitas vezes, não se é dada a possibilidade de reconhecer esta história. A esse respeito, Cavalleiro (1999) estudou como professores da pré-escola, as crianças e seus familiares percebem, entendem e elaboram a formação multi-étnica da sociedade brasileira, encontrando a predominância do silêncio em situações que envolviam racismo, preconceito e discriminação raciais. Essa autora mostrou que a ausência de conteúdos que explicitem a formação multi-étnica da sociedade brasileira contribui com o processo de socialização da criança negra para a submissão.

Entretanto, não são encontrados no espaço de circulação das crianças cartazes ou livros infantis que expressem a existência de crianças não-brancas na sociedade brasileira. Nesse espaço, também não há falas para a percepção da existência da diversidade étnica no espaço escolar, e nem na sociedade.

Contudo as professoras baseiam-se na cor da pele de seus alunos para diferenciá-los: “a moreninha”, “a branquinha”, “aquela de cor”, “a japonesinha”. Essa diferenciação, constantemente empregada pelas

¹³ Afetação de uma virtude, dum sentimento louvável que não se tem. Impostura, fingimento, simulação, falsidade. (FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**, 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975).

professoras, não representaria, a meu ver, um problema se não vigorasse, no país, uma hierarquia étnica. De todo modo, cabe considerar que esses comentários feitos na presença das crianças podem ser por elas interiorizados, sem o acompanhamento crítico dos adultos à sua volta, visto que nada é falado sobre esta questão.

Mesmo assim, a escola de educação infantil é idealizada como um espaço neutro: o espaço de convivência ideal e livre de preconceitos. [...] Entretanto, a resposta de uma menina de seis anos à minha pergunta (“As crianças brincam com você?”) contradiz a fala das professoras e mostra-nos que, em idade pré-escolar, é possível perceber diferenças de tratamento e associá-las à origem étnica.

“(...) só quando eu trago brinquedo. Porque eu sou preta. A Catarina branca um dia falou: ‘Eu não vou ser tia dela (da própria criança que está narrando)’. A gente estava brincando de mamãe. A Camila que é branca não tem nojo de mim” (CAVALLEIRO, 1999, p. 36).

No caso do relato da médica negra, o buscar um referencial nas origens e raízes negras lhe deu sustentação afetiva, de se sentir parte de um grupo que tem atributos positivos. Ser descendente de homens e mulheres que vieram como escravos e sobreviveram física e culturalmente a condições extremamente hostis, destaca a “fortaleza” da raça e a base afetiva familiar para lidar com o preconceito.

Na construção da subjetividade humana, o processo de identificação ocorre de forma mais marcante na infância, mas se dá o tempo todo nos encontros entre seres humanos, nos quais ocorre uma troca simbólica e que traz possibilidade de mudanças.

A identificação não ocorre em relação à totalidade do objeto de identificação, mas a alguns de seus atributos e insígnias, que apontam para o mundo simbólico, das representações e sentidos. As marcas afetivas da história familiar reafirmam a potencialidade da pessoa de ser alguém, de ter futuro; ela representa algo valioso para o outro. Nesse sentido, o professor e o médico, além dos pais, desempenham papéis sociais que potencializam a função socializadora, de dar sentido à existência da criança.

A medicina foi vista também como uma estratégia para reconhecimento social, através da qual se adquire a autoconfiança para o enfrentamento. Mas se reconhece também que, para o médico negro, há uma maior exigência e maior cobrança quanto à competência, sendo esta uma forma de reverter eventuais quadros de racismo e discriminação. Desta forma, o sofrimento pode não acontecer, enquanto uma força que se opõe a uma maior, aniquiladora. Quando se sente em condições de reagir, a

situação não é vivida como sofrimento, mesmo que impregnada de sentimentos intensos como a raiva, a indignação.

[...] E eu vi que eu não podia ser 'um' médico; eu ia ter que ser 'o' médico. Entendeu, porque... a exigência era maior. E a cobrança era muito maior! Porque, hoje, as pessoas falam – É, Dr... que é o médico. Se eu não tivesse me especializado, investido nessa parte, eu acho que hoje eu não teria o respeito que eu tenho. Sabe como? Então... E, depois, eu fui... [estudar no exterior]. Fiquei lá num serviço, não é? Não queriam que eu voltasse. É, porque eu tenho confiança na minha qualificação, como eu tenho confiança em tudo que eu faço... E... Eu não abro espaço pra... Pra ninguém falar nada [manifestar o racismo]. [...] Algumas coisas me ofendem, sabe como? Quando parte pra coisa, assim... mais aberta. [...] Eu não fiz nada pra assim... Não, vou mostrar... que o negro tem valor... Aquelas coisas... Que eu não sou muito a favor... Eu acho que a coisa tem que acontecer, sabe como? Tem que provar... Tem que trabalhar... Tem que... Correr atrás... Então, essa foi uma experiência que eu tive... de... reverter o quadro.

Eu já... Já encontrei situações mais com os outros do que comigo, sabe? Porque a gente sabe como é que é o preconceito aqui. Mexer com doutor... é complicado, entendeu? É complicado... Todo mundo sabe disso, não é? No cenário, assim, estadual... Política... Eu falei com você... Que eu vou lá e... aí: [Assovia] peito mesmo! [...] Sabe... Então, eu acho que eu construí uma... Uma situação... [...] Mas acho que ser negro foi muito importante pra mim... nisso... Que eu... a partir do momento que a gente teve essa força pra construir o caráter... a dignidade que a gente tem... a competência... o amor ao próximo. [...] Eu sou muito feliz de ser um negão!

Assim, sintetizando as análises decorrentes dos relatos, algumas questões devem ser enfatizadas. A primeira delas diz respeito à interação com colegas, na qual foi nítida a referência a manter a relação no campo estritamente profissional e técnico, como uma estratégia para manter bons relacionamentos no cotidiano de trabalho, evitando, também, a possibilidade de conflitos sociorraciais. Dessa forma, sentem-se respeitados pela competência que possuem.

Uma segunda questão refere-se à percepção de um diferencial pelo fato de ser um médico negro, inicialmente visto como inexistente pela maioria dos entrevistados. Gradativamente, surgem relatos de situações de discriminação vividas não diretamente e consideradas como “leves”, o que as faz serem vistas por eles com certa naturalidade. É como se aceitar algumas piadas e manifestações de preconceito racial “leves” fosse um preço a ser pago por estar ocupando um espaço social diferenciado. Neste mesmo sentido de ser aceito, algumas estratégias relatadas foram evitar contatos, tornar-se competente e mostrar seus méritos, mostrar-se disponível, ser simpático e educado. Houve relatos também de que, em

situações de maior preconceito ou racismo evidente, adotam estratégias de enfrentamento direto, reafirmando sua condição e orgulho em ser negro.

A abordagem destas questões parece romper com um certo tabu, causando desconforto. Tem continuidade com a abordagem das vivências relacionadas aos fenômenos do racismo, discriminação e preconceito racial, cujos relatos apontam para uma certa ocultação e pouca clareza das situações em que podem estar ocorrendo, deixando dúvidas. Ao se darem conta da existência destas situações, surge inicialmente referência a uma atitude de ignorá-las ou relevá-las, como forma desenvolvida com base em sólidas relações afetivas familiares. Segue-se a constatação de que as oportunidades não são iguais para profissionais negros e brancos. De um lado, há a referência de dificuldade quando uma oportunidade de trabalho depende de indicação, mesmo tendo a competência técnica necessária para exercer a função, o que faz procurar-se evitar estas situações, através de participação em concursos públicos. De outro lado, a percepção de que há um estranhamento diante da presença de médicos negros, por se ter como expectativa que, num hospital, o máximo que a pessoa negra pode ascender na hierarquia é a de integrante da equipe de enfermagem.

O sofrimento psíquico pela condição de ser médico negro também é inicialmente negado pela maioria dos pesquisados, mesmo considerando-se a impossibilidade de se ocultar esta condição, que se expressa na própria pele. O sofrimento parece estar dissociado dessa condição, sendo mais reconhecido em relação a outras condições, como o pensar diferente e o não ver reconhecido todo o mérito de sua competência profissional, objeto de intenso investimento. Não é considerada a possibilidade de não reconhecimento do mérito e do pensar diferente ser devido à sua condição étnica.

Uma estratégia oposta a esta foi manifestada por alguns dos entrevistados, que encontram em manifestações de identificação positiva com a condição de ser negro formas de enfrentar as condições que causam sofrimento e dor.

Por fim, escolher a profissão médica também foi uma estratégia de valorização - através da competência e do mérito pessoal - que possibilitou enfrentar situações de preconceito, discriminação e racismo. Entretanto, mesmo sendo uma estratégia

eficaz de enfrentamento do ponto de vista do sofrimento psíquico, não livra estes profissionais de serem expostos a estas situações, pois continuam a ocorrer no seu cotidiano de vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente, cabe afirmar que aquilo que este estudo se propôs abordar não tem um final. É interminável! A complexidade do objeto de estudo - ser médico negro e os fenômenos do racismo, do preconceito e da discriminação racial - delimita vários campos, sendo aqui enfocados o do trabalho, o da produção de subjetividade, o sofrimento psíquico e as estratégias de enfrentamento. Talvez, mais especificamente, partiu-se de aspectos isolados da temática que, no decorrer do estudo, puderam ser abordados enquanto condições de produção do ser médico negro no Espírito Santo.

Estes fenômenos continuam a existir. Os médicos negros criaram formas próprias de lidar com eles, de viver sua escolha profissional neste contexto de desigualdades sociorraciais. Mais que tudo, ousaram escolher ser médicos.

Pode-se verificar que existem ganhos em termos de realização profissional e reconhecimento, com aumento de capital econômico e de capital social, mas há perdas também, que passam basicamente pelo sofrimento relacionado à condição de ser negro e de ser médico negro. Mas, mesmo em termos de sofrimento, existem ganhos quando é possível elaborar parte deste sofrimento e criar estratégias de ação para implantar mudanças, indo além de simplesmente conviver com o contexto das desigualdades, construindo potencialidades.

Não há dúvidas de que se propor a ocupar um lugar diferenciado e valorizado na sociedade brasileira leva a pessoa negra a pagar um preço. O pequeno número de profissionais médicos negros, desproporcionalmente menor do que a população negra no Espírito Santo, atesta que esta profissão não está entre aquelas a que a população negra tem acesso. Desta forma, apesar de não ser explícito, torna-se um lugar social interdito para os negros, principalmente para as mulheres negras que, assim, sofrem uma dupla discriminação, de gênero e racial.

O caráter exploratório deste estudo possibilitou dar visibilidade a lugares ocupados no Espírito Santo por médicos negros. Essa visibilidade foi construída a partir da prática concreta vivenciada no cotidiano de trabalho pelos sujeitos do estudo e da

elaboração que fizeram de sua própria trajetória, ao se disporem a participar da pesquisa.

A transformação da matéria viva dos relatos em uma produção acadêmica tem algo de misterioso e instigante. Não se esquece se estar lidando com pessoas, com vidas, mas é realizada uma produção que pode ter impacto na vida de mais pessoas, em termos da sua relevância social.

Este estudo viabilizou-se por estar inserido num programa da área de Saúde Coletiva, mais especificamente no campo da Saúde do Trabalhador, que se propõem a estudar objetos complexos com abordagem interdisciplinar, com criatividade metodológica, mas, fundamentalmente, valorizam dar voz ao trabalhador, construindo saberes a partir da sua vivência no cotidiano de trabalho. Desta forma, mostram-se apropriados a explorar fronteiras do conhecimento, ampliando seu campo conceitual, metodológico e de intervenção. Da mesma forma que os sujeitos da pesquisa, enquanto sujeitos sociais, fizeram em suas vidas: exploraram fronteiras de existência.

Entre outras coisas, este estudo traz um reconhecimento, no campo da medicina, do protagonismo das gerações que fundaram espaços para o médico negro no Espírito Santo, tanto concretamente quanto no plano simbólico.

As hipóteses de que existem racismo, preconceito e discriminação racial na sociedade capixaba e que provocam sofrimento psíquico puderam ser exploradas. Os relatos sobre a percepção de que o máximo que um negro poderia almejar alcançar na área da saúde seria ser enfermeiro evidenciam que não existe espaço simbólico para um médico negro na sociedade; quando ele exerce esta profissão, ocorre um estranhamento, como se estivesse fora de lugar. Daí também o valor da trajetória dos oito profissionais deste estudo, que superaram obstáculos e continuam a superá-los. Suas trajetórias mostram a tragédia e o heroísmo do ser humano, falam um pouco sobre o que é a vida. Que ela é mais árdua para uns do que para outros, em função das desigualdades de oportunidades. Segundo Costa (1984), o dispêndio de trabalho psíquico que deve se feito no “cerco à dor de ser negro”, compromete até o pensamento livre, o prazer de pensar, para possibilitar sobreviver de forma produtiva – de valor social - numa sociedade racista.

Todos perdem com o racismo. As pessoas negras perdem mais, mas perdem todos, pois muitas potencialidades não podem ser desenvolvidas, não podem tornar-se projetos de vida. Não reconhecer a diversidade étnica empobrece o país, enquanto nação. A marca da escravidão está presente até hoje, delimitando o espaço do negro na sociedade brasileira. Ser médico é se opor a isso, ocupando um lugar social valorizado, no sentido de alguém que tem autonomia e pode expandir seus limites, usufruindo suas potencialidades.

Por fim, este estudo também reconhece que os fenômenos do racismo, da discriminação racial e do preconceito racial, como manifestações das relações de poder, têm determinações políticas que levam à implantação de projetos de nação com estas características. Portanto, as mudanças passam também pelo campo político, uma outra dimensão que deve ser incluída na abordagem do objeto estudado. Faz-se necessário a proposição de políticas públicas que sinalizem para a sociedade um compromisso a serviço da diversidade étnica, que é realidade deste país. Para isso, devem partir do pressuposto desta diversidade, mais do que buscar uma homogenização e, com isso, dar visibilidade às desigualdades raciais que estão embutidas nas desigualdades sociais. Somente dessa forma, a cor negra poderá deixar de ser determinante importante de redução das chances de vida.

5 REFERÊNCIAS

- 1 BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1974. cap. 7, p. 295-336.
- 2 BRITO, J. C. de. **Saúde, trabalho e modos sexuais de viver**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- 3 CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- 4 CAVALLEIRO, E. S. O processo de socialização na educação infantil: a construção do silêncio e da submissão. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 33-45, 1999.
- 5 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **O médico e seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados no Brasil**. Brasília, 2004. Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/medico_e_seu_trabalho/principal.asp> Acesso em 7 out. 2006.
- 6 COSTA, J. F. Da cor ao corpo: a violência do racismo. In: _____. **Violência e psicanálise**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. cap. 4, p. 103-116.
- 7 DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.
- 8 DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: BETIOL, M. I. S. (Coord.). **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. p. 21-32.

- 9 DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J.-F. (Coord.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1996. v.I, p. 150-173.
- 10 DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: BETIOL, M.I.S. (Coord.) **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. p. 119-145.
- 11 FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs.). **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 178-186.
- 12 FERREIRA, R. F. Dinâmica de construção da identidade do brasileiro afrodescendente. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 90-103, 1999.
- 13 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Mais problemas que soluções. **Súmula**, Rio de Janeiro, n. 86, fev. 2002.
- 14 HENRIQUES, R. **Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90**. IPEA, Brasília, Texto para Discussão n. 807, jul. 2001.
- 15 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Censo demográfico 2000: distribuição da população residente no Brasil por cor/raça. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.sh
[tm](#)> Acesso em: 9 jan. 2006.

- 16 JACCOUD, L. B.; BEGHIN, N. **Um balanço da intervenção pública no enfrentamento das desigualdades raciais no Brasil**. Versão preliminar, IPEA, Brasília, nov. 2002.
- 17 JEAMMET, P.; REYNAUD, M. ; CONSOLI, S. O funcionamento mental. In: **Manual de Psicologia Médica**. Rio de Janeiro: Masson, 1982.
- 18 LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. Para o estudo da saúde na sua relação com o processo de produção. In: _____ . **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989. cap. 3, p. 99-144.
- 19 LEFÈVRE, F. et al. Representações sociais sobre relações entre vasos de plantas e o vetor da dengue. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 405-414, 2004.
- 20 MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p.341-349, 1991.
- 21 MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
- 22 NEGAÇÃO ou (de)negação. In: LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. **Vocabulário da psicanálise**. 5. ed. Lisboa: Moraes, 1970. p.375.
- 23 NOGUEIRA-MARTINS, L . A.. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BOTEGA, N. J.(Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002, p. 130-143.
- 24 OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra: Brasil, ano 2001**. Brasília, OPAS, 2003.
- 25 SANTOS, G. A cultura política da negação do racismo institucional. In: SANTOS, G.; SILVA, M. P. da. (Orgs.) **Racismo no Brasil: percepções da**

discriminação e do preconceito racial no século XXI. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2005. p. 45-53.

- 26 SCHRAIBER, L.. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec,1993.
- 27 SINDPREV-ES. Panorama das condições de saúde e trabalho dos funcionários públicos que constituem a base do SINDPREV-ES. **Revista do SINDPREV-ES**, Vitória, n.1, mar.2001.
- 28 TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

APÊNDICE
ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nº : _____

1. Data de nascimento: ____/____/____
2. Sexo: (Feminino)-(Masculino)
3. Profissão
4. Função
5. Instituição/Instituições onde trabalha
6. Formação profissional (qualificação formal/informal)
7. Como escolheu a profissão? Fale sobre as motivações da escolha.
8. Há quanto tempo exerce a profissão?
9. Qual a sua renda mensal?
10. O que faz como investimento na qualificação profissional?
11. Quais as perspectivas de mudanças?
12. Sente-se realizado (a) profissionalmente?
13. A respeito da interação com os colegas: quais são, como se dão?
14. Ser negro (a) faz diferença na sua vida profissional? O que pode ser essa diferença?
15. Quais as situações mais difíceis enfrentadas no cotidiano do trabalho?
16. No que ser negro (a) contribui/influi com as dificuldades? Com o sofrimento psíquico?
17. Como você resolve/lida com essas situações?
18. Sabe-se que o fenômeno preconceito racial é um modo de ver certas pessoas ou grupos raciais; refere-se à construção de uma idéia negativa sobre alguém a partir da comparação realizada por um padrão que é próprio àquele que julga. Cite algumas situações vivenciadas por você.
19. Sabe-se que o fenômeno do racismo é também um modo de ver certas pessoas ou grupos raciais partindo do pressuposto da superioridade de um grupo racial sobre o outro. Trata-se de uma ideologia que preconiza a hierarquização dos grupos humanos com base na etnicidade. Cite algumas situações vivenciadas por você.
20. A discriminação racial é um fenômeno que, quando ocorre de forma direta, refere-se a um comportamento ou uma ação que prejudica explicitamente certa pessoa ou grupo de pessoas em decorrência de sua cor/raça. Cite algumas situações vivenciadas por você.
21. A discriminação racial pode também ocorrer de forma indireta, ou seja, através de um comportamento, uma ação que prejudica de forma dissimulada certa pessoa ou grupo de pessoas em decorrência de sua raça ou cor. É um tipo de discriminação não manifesta, oculta, oriunda de práticas sociais, administrativas, empresariais ou de políticas públicas. Cite algumas situações vivenciadas por você.