

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

MÔNICA MENDES GONÇALVES

**Raça, Racismo e Saúde: Políticas do Negativo**

São Paulo  
2023

MÔNICA MENDES GONÇALVES

**Raça, Racismo e Saúde: Políticas do Negativo**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

**Linha de Pesquisa:** Política, Gestão e Saúde  
**Sub-Linha:** Estado, Sociedade e Produção de Saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Cristina da Costa Marques

Versão Revisada

São Paulo  
2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

#### Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)  
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Gonçalves, Mônica Mendes  
Raça, Racismo e Saúde : Políticas do Negativo / Mônica  
Mendes Gonçalves; orientadora Maria Cristina da Costa  
Marques. -- São Paulo, 2023.  
220 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da  
Universidade de São Paulo, 2023.

1. Saúde Pública. 2. Racismo. 3. Discriminação Racial.  
4. Branquitude. 5. Negativo. I. Marques, Maria Cristina da  
Costa, orient. II. Título.

Nome: **GONÇALVES, Mônica Mendes**

Título: **Raça, Racismo e Saúde: Políticas do Negativo**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de doutora em Ciências.

**Aprovado em:**

**Banca Examinadora**

Presidente: Profa. Dra. Maria Cristina da Costa Marques

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. André Mota

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP

Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Lia Vainer Schucman

Instituição: Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Rafael Leite Mantovani

Instituição: Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Assinatura: \_\_\_\_\_

Para os pretos, cujas histórias estão retratadas neste trabalho.

Para os pretos cujas histórias estão retratadas neste trabalho.

Para os que, diferente destes, não sobreviveram.

Para os que virão e vingarão.

*O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.*

## **Agradecimentos**

Nos agradecimentos do mestrado, relatei nunca ter sentido tanta gratidão. Nesse momento, sinto mais que gratidão, algo que, de tão grande, não tem nome. Começo este o doutorado tentando traduzir esse sentimento, que veio da possibilidade de ser e me sentir amparada quando, muitas vezes, pareceu ser necessário realizar uma escolha entre mim e esta pesquisa. Este trabalho é fruto de uma imensa insistência. Agora, entendo que estes agradecimentos estejam entre as partes mais importante, porque aqui estão destacadas as pessoas sem as quais ele não teria sido concluído, sem as quais ele não seria apresentado. Dizem que é preciso uma aldeia inteira para criar uma criança. Mesmo sem ter muita palavra, agradeço aqui a aldeia da qual esse trabalho nasceu, pois embora muitas vezes tenham faltado forças individuais, sobraram incentivos coletivos para sua realização e finalização.

Começo agradecendo minha orientadora, Professora Maria Cristina da Costa Marques, que tem estado comigo há dez em uma aposta incondicional nesta pesquisa, nos seus marcos teóricos e na minha possibilidade de traçar seus caminhos com autonomia. Cris, eu te agradeço por esses dez anos de parceria, confiança e honestidade irrestritas, por me lembrar todos os dias dos meus propósitos, por sonhar e desejar junto, por acreditar nas minhas habilidades e acatar com generosidade e benevolência os desacertos que, nestes tantos anos, certamente não foram poucos. Agradeço por, às vésperas da defesa deste doutorado, me dizer que defendesse meu trabalho com alegri. E agradeço pela sorte de te assistir conduzindo seu trabalho com competência e amor, um amor pela academia, pela luta, pela transformação, necessário pra formar pessoas e fazer nascer pesquisadoras e trabalhos, como este vem nascendo.

Agradeço ainda aos membros desta banca, que me acompanham desde o início da minha trajetória como pesquisadora. Agradeço ao Professor André por estar presente em todas as minhas bancas de qualificação e defesa no mestrado e doutorado, pelos apontamentos certos e gentis que tem potencializado este trabalho e sedimentado as escolhas e trajetórias nele presentes. Agradeço ao professor Rafael Mantovani por ter aceitado compor a banca de defesa no mestrado e, agora, neste doutorado, com generosidade e entusiasmo de leitura sem precedentes. Agradeço por ter nos dado a oportunidade de nos reaproximarmos e que nossa parceria afetivo-acadêmica se reconstitua e produza os afetos e os textos que desejamos. Agradeço aos dois pelos trabalhos de pesquisa que orientam a minha trajetória acadêmica e lembram que pesquisar ainda deve ser uma tarefa de transformar o mundo.

Agradeço à professora Lia pela abertura e generosidade que permitiu que um e-mail em 2009 e um encontro em 2014 virassem uma co-orientação em 2015, e que esta virasse uma parceria acadêmica e uma amizade bonita, íntima, em que cabem artigos, filhos, viagens, Caetano e Gil, neuroses e todas as confidências que as boas amizades preservam. Agradeço por tantas coisas que nem sei por onde agradecer, fico até sem palavras – e que grato que nosso laço se faça neste espaço também, onde não há palavra.

Agradeço profundamente aos professores suplentes desta banca. Agradeço ao Professor Tadeu de Paula por, sem me conhecer, acolher carinhosamente o convite, à Professora Carla Porto pelos cafés, textos, angústias partilhadas e pela abertura a um espaço permanente de troca, parceria e cuidado. Agradeço especialmente à professora Monica Lima pelos convites e pelas ofertas de parceria generosas, mas sobretudo pela sua palavra generosa e potente, onde estão alojados os maiores incentivos, a aposta e a confiança que me ajudaram a caminhar até aqui. Agradeço ao professor Luis Eduardo que, embora não pudesse estar presente na banca de defesa deste trabalho, participou de



sua qualificação, deixando contribuições que estão nele presentes, assim como suas participações pregressas e, sobretudo, seu trabalho, estão presentes no pensamento que venho construindo ao longo de meu percurso acadêmico. Agradeço a todos vocês por terem sido mestres generosos, benevolentes nesta trajetória e sobretudo por fazerem trabalhos que dão fé no mundo, na caminhada e mostram ser possível ocupar a academia com ética, crítica, a competência, desejo radical de mudança, sem perder a doçura. Agradeço a todos pelos respectivos trabalhos, nos quais este se apoia, e pelas escolhas e posturas na academia que além de produzirem consciência, produzem também encantamento crítico. O que aprendo com vocês está muito além do que os conceitos podem ensinar.

Agradeço a José Farias, em nome de quem agradeço a Turma 12 do curso de Graduação em Saúde Pública desta faculdade, que me trouxe de volta à sala de aula depois da pandemia e me permitiu experimentar o que de mais grato e bonito tem o trabalho de professor, me fazendo sair de casa toda semana com alegria e entusiasmo, certa da possibilidade de encontrá-los ávidos em cada aula, por cada texto, a cada reflexão, e fortalecer o desejo de ocupar este espaço de outra posição, me ajudando a acreditar que isso seja possível.

Agradeço a todos os trabalhadores técnicos e de suporte da FSP, cujo trabalho permitiu que o meu se realizasse. Agradeço a Fernanda, Carolina e especialmente Vânia pela paciência com que acolhem desde 2015 minhas dúvidas e angústias referentes aos trânsitos burocráticos, ajuda sem a qual não seria possível realizar este trabalho.

Agradeço a minha mãe, Isar, por tudo, tudo; tudo o que você sonhou pra nós e, em parte, se realiza hoje neste doutorado. Eu louvo a sua história, a sua trajetória: a maior bênção que recebi na vida foi nascer de você, uma midas, que transformou uma vida de precariedade numa vida de conforto para suas filhas através de muita luta, mas

especialmente de muito amor. Eu te agradeço todos os dias por me dar a oportunidade de ver uma mulher negra aguerrida, mas alegre, insubmissa, mas doce, por ter essa natureza de alegria incansável, quase inabalável, que nos surpreende todo dia ao te ver rodopiando pela casa. Obrigada por ter me ensinado muito antes de Vigotski que a singularidade cria mundos que a determinação social jamais poderia prever, muito antes que Foucault que do poder nasce também a resistência, muito antes que Kabenguele que a negritude é forma transformada mais bonita daquilo que de mais feio a História produziu, por me mostrar, como Done Ivone Lara, que negro é a raiz da liberdade; por me mostrar por toda uma vida que quase nada é mais poderoso que amor de mãe: foi dele que cheguei até aqui. Obrigada, mãe!

As minhas irmãs Thaís e Débora. A Thaís por demonstrar que nossa família e nossos laços importam, que o amor que nos une é maior que nossas diferenças e distâncias. Por nos dar de presente a Elis, mostrando que nossa família, como qualquer outra, pode sonhar e seguir. A Débora, por ser o grande amor da minha vida e me acompanhar com generosidade nessa existência partilhada que, sem ela, não teria sentido.

A minha namorada Tatiana, por ser o olhar que melhora o meu, por me fazer bem a saúde, por me permitir compreender todas as músicas de amor e trazer de volta primavera a um período de inverno que parecia não ter fim.

A todos os meus amigos e amigas, tão queridos e próximos, mais antigos e mais novos, que abraço e que me abraçam, com quem a vida fica *mais boa*, mais bonita, mais alegre e vale mais a pena ser vivida. Agradeço a Carlos, Rodolfo, Mateus, Paulo Cesar, Paulo Navasconi, Ju Rodrigues, Marcy, Daniel, Renata Batis e especialmente a Sofia, France e Gisela por serem pedados do meu coração e me oferecerem uma amizade de pura escuta, acolhimento e intimidade mais sincera, por serem presentes que me fazem sentir sempre estranha, sempre uma, mas nunca sozinha, sempre acompanhada e acolhida.

A minha professora de pilates Karol Camargo e ao meu supervisor André Nader, pela benevolência com que me receberam em momentos difíceis, por me ajudarem a atravessar este doutorado, pela paciência e escuta que possibilitaram me restabelecer em diversos momentos e estar de pé agora. Nenhuma palavra pode transmitir a gratidão que tenho por vocês!

A Ana, Cecília, Evelin e Yago por comporem essa amostra e dividirem suas histórias com generosidade para que delas eu pudesse construir meu argumento, esta pesquisa e sedimentar minha trajetória acadêmica e intelectual. Obrigada, obrigada, obrigada! Eu agradeço a cada um de vocês pela insistência que os permitiu chegar até mim com saúde: este trabalho expressa meu desejo mais profundo de nutrir o espírito de luta capaz de construir um mundo em que as histórias de vocês nunca mais se repitam.

Agradeço à CAPES pelo apoio financeiro concedido para a realização desta pesquisa.

**“A saúde do povo daqui é o medo dos homens de lá”**

Alexandro Carlo Cruz Pereira – NATIRUTS

## RESUMO

GONÇALVES, M. M. Raça, Racismo e Saúde: Políticas do Negativo. 2023. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

Este trabalho aborda algumas das múltiplas interfaces entre o campo da saúde e os sistemas raciais. Dito de outro modo, dá forma e compreensão a diferentes modos como o racismo impacta a saúde, tomada em uma dupla dimensão: como conjunto corporificado das condições de existência das pessoas e populações e como arranjo político e organizacional para atender as necessidades em saúde de diversos grupos. Portanto, parte do campo das relações raciais para analisar as teorias e conceitos produzidos neste domínio, as práticas de assistência e cuidado, as condutas, as situações de saúde ou adoecimento de pessoas e populações e o ordenamento dos arranjos político-institucionais para intervir sobre isso. Esta última dimensão está destacada: tem-se como objeto central a forma como a discriminação racial está expressa na consecução das políticas assistenciais – e os mecanismos através dos quais esse fenômeno se sustenta. A partir da apropriação e do uso dos conceitos de racismo, branquitude e contrato racial, este trabalho analisa destacadamente as políticas de saúde no país, em sua dimensão histórica e social, desde o momento da instituição de um aparato de Estado mais sólido na área até os dias atuais. Os resultados dessa investigação de abordagem radicalmente qualitativa, na qual a assistência oferecida pelos usuários do SUS e os caminhos percorridos para isso consubstanciaram a política de saúde a ser analisada, mostram que, embora os efeitos da discriminação sejam evidentes e explícitos, os mecanismos que a regem são comumente obliterados. Eles operam sob uma lógica dialética e negativa, que agrega contradições supostamente inconciliáveis, condensadas na antítese cuidado e exclusão – que também poderia ser sintetizada no binômio branco e negro. Deste modo, discriminação e a exclusão racial operam sob uma elipse, como é próprio da branquitude, sustentada pela instituição de normas e formas institucionais burocratizadas, nas quais encontram meios de se perpetuar. Assim instituída, como lógica particular de dominação racial – observada tanto no plano individual, onde está a trajetória singular das pessoas negras em busca de saúde, como no plano macropolítico, no qual saúde se conjuga às estruturas do Estado e formas do capital – exige que o racismo seja analisado nas ausências, lapsos e buracos. Pode-se afirmar que a discriminação racial contra o negro na saúde está alojada e ganha forma aparente nos hiatos: exatamente onde não se produz cuidado, assistência e bem-estar. Neste sentido, esta tese toma o SUS, como política de seguridade e direitos, o princípio da universalidade na assistência à saúde e a pauta da saúde da população negra como um enorme paradoxo. A percepção deste conflito, de sua aporia e magnitude, não deve causar estranheza, especialmente para quem tem os estudos críticos das relações raciais como orientação epistemológica. Por outro lado, não pode conduzir à apatia: deve contribuir para o avanço na busca de outros marcos civilizatórios, laços políticos e horizontes existenciais em direção a essa tarefa enorme e necessária de criar um novo mundo, sem racismo – que deve ser perseguida até ser efetivamente experimentada.

**Palavras-Chave:** Saúde Pública, Racismo, Discriminação Racial, Branquitude, Negativo.

## ABSTRACT

GONÇALVES, M. M. (2023). Race, Racism and Health: Politics of Negatif. Doctoral Thesis. Public Health Faculty, University of São Paulo, São Paulo.

This work addresses some of the multiple interfaces between the health field and racial systems. In other words, it gives shape and understanding to different ways in which racism impacts health, taken in a double dimension: as an embodied set of conditions of existence of people and populations and as a political and organizational arrangement to meet the health needs of diverse people groups. Therefore, it starts from the field of racial relations to analyze the theories and concepts produced in this domain, the assistance and care practices, the medical conduct, the health or illness situations of people and populations and the ordering of the political-institutional arrangements to intervene in this regard. This last dimension is highlighted: its central object is the way in which racial discrimination is expressed in the achievement of assistance policies – and the mechanisms through which this phenomenon is sustained. Based on the appropriation and use of the concepts of racism, whiteness and racial contract, this work prominently analyzes health policies in the country, in their historical and social dimension, from the moment of the institution of a more solid State apparatus in the area until the present day. The results of this investigation with a radically qualitative approach, in which the assistance offered to SUS users and the paths taken to achieve this substantiated the health policy to be analyzed, show that, although the effects of discrimination are evident and explicit, the mechanisms that govern them are often obscured. They operate under a dialectical and negative logic, encompassing supposedly irreconcilable contradictions, condensed in the antithesis between care and exclusion – which could also be summarized in the dichotomy white and black. In this way, discrimination and racial exclusion operate under an ellipse, as is typical of whiteness, supported by the institution of norms and bureaucratized institutional forms, in which they find ways to perpetuate themselves. Thus established, as a particular logic of racial domination – observed both at the individual level, where the singular trajectory of black people in search of health lies, and at the macro-political level, where health is linked to state structures and forms of capital – it requires that racism be analyzed in its absences, lapses and holes. It can be said that racial discrimination against black people in health is lodged and takes apparent form in gaps: exactly where care, assistance and well-being are not produced. In this sense, this thesis approaches the SUS (Unified Health System), as a policy of security and rights, the principle of universality in health care and the agenda of the black population's health as a massive paradox. The recognition of this conflict and its magnitude should not surprise, especially those who have critical studies of racial relations as their epistemological orientation. On the other hand, it should not lead to apathy: it should contribute to the advancement toward the search for new civilization paradigms, political bonds, and existential horizons – in other words, in this enormous and necessary task of creating a new world without racism, a pursuit that must be pursued until it is effectively experienced.

**Keywords:** Public Health, Racism, Racial Discrimination, Whiteness, Negatif.

## SUMÁRIO

1. Introdução	
1.1 No princípio, era a raça .....	
1.2 Relações raciais na saúde: em defesa de um campo .....	
1.3 Racismo e saúde: múltiplas dimensões .....	
2. Metodologia .....	
3. Discussão .....	
3.1 O Positivo, o Negativo e o Afirmativo: as Políticas da raça .....	
3.1.1 Abolição e República .....	
3.1.2 Eloy Chaves, Reforma Capanema e Ditadura .....	
3.1.3 Reforma Sanitária .....	
3.1.4 Saúde da População Negra .....	
3.2 O interpessoal, o institucional e o estrutural: as histórias da raça .....	
3.2.1 Cecília: Os Invisíveis .....	
3.2.2 Ana: Tempo – Rei .....	
3.2.3 Evelin: O Buraco Negro .....	
3.2.4 Yago: Tudo, em todo lugar, ao mesmo tempo .....	
3.2.5 Faustão: Fura-fila .....	
3.2.6 Covid-19: They don't really care about us .....	
4. Considerações .....	
5. Referências .....	

## **Apresentação**

O processo de pesquisa resulta em algo maior que uma dissertação ou tese. Ele deixa marcas que, transcendendo a pesquisa, instituem ou consolidam formas mais duradouras, ainda que impermanentes, de pensar o mundo e estar nele, bem como o ser-fazer como pessoa e pesquisadora. Foi desta forma que os acúmulos, marcas e marcos sucedidos do meu trabalho no mestrado sedimentaram a escolha de continuar investigando raça, racismo e discriminação racial no campo da saúde. Por conseguinte, este trabalho foi pensado e vem sendo construído como uma continuidade da pesquisa que originou a dissertação “Raça e Saúde: concepções, antíteses e antinomia na Atenção Básica”, realizada por mim sob orientação da Profa. Dra. Maria Cristina da Costa Marques e co-orientação da Profa. Dra. Lia Vainer Schucman entre os anos de 2015 e 2017. O que está aqui e agora colocado tem, em grande medida, lastro nas leituras, textos, perspectivas teóricas, paradigmas e princípios epistemológicos e políticos lá presentes. Sobre essas bases e a partir da incitação a explorar outros vértices dos fenômenos anteriormente observados, começa a se formular uma questão para esta pesquisa de doutorado e se constituir uma hipótese que possa conformar uma tese.

Esta pesquisa comporta um entendimento sobre saúde e raça e tem como objeto as relações que se estabelecem entre esses dois domínios, a partir das mútuas interferências e interfaces entre eles. Entende, pois, que as teorias e conceitos produzidos nesta área, as práticas de assistência e cuidado instituídas, bem como as situações objetivas de prejuízo à saúde ou adoecimento de pessoas e populações, e o ordenamento dos arranjos político-institucionais para dar conta disso, estão sob determinação da ideia de raça e do fenômeno objetivo do racismo – e devem, por conseguinte, ser pensados a luz dos sistemas raciais.



De maneira sintética, esta pesquisa apresenta a ideia, ainda em formulação, de que as políticas de saúde no Brasil **sempre** tiveram uma perspectiva racial e vem operando historicamente a partir de parâmetros raciais e, tantas vezes, **racistas**, ainda que em **negativo**. Ou seja, isso transcorre de uma forma particular: implícita, escamoteada, a ocultar-se. Admite-se, ainda, que essa característica ou particularidade não muda na atualidade, mesmo diante do advento do SUS e de uma política afirmativa no campo.

Assim se define a questão central da tese que segue. Se de forma geral pretende abordar parte das muitas, múltiplas e complexas relações que podem ser estabelecidas entre a saúde como campo político, de conhecimentos e práticas e o fenômeno do racismo na sociedade brasileira, de maneira mais estrita pretendeu captar as particularidades do racismo no sistema de saúde brasileiro segundo a organização política na área, avaliada a partir dos arranjos institucionais e da disposição dos serviços, pensados conforme o modo como são acessados por pessoas negras. Deste modo, seu objetivo foi capturar a particularidade da inscrição da raça e do racismo na organização político-assistencial do sistema de saúde na atualidade, posta a existência de uma política setorial afirmativa, cada vez mais difundida, que visa a seu combate.

A construção e confirmação desta hipótese envolveu a abordagem de duas dimensões, analisadas de forma complementar e dialética. Uma, abordada no primeiro capítulo da discussão, tem como objeto a conformação das políticas de saúde no Brasil a partir do advento da República, ou seja: observa, em perspectiva histórica, as diferentes configurações ou arranjos político-assistenciais instituídos no campo ao longo deste mais de um século de institucionalização da Saúde Pública no país, com foco especial nos períodos em que se observam mudanças nos discursos sobre a raça na nossa sociedade. Uma outra, consoante à primeira, que constitui a segunda seção da discussão, tem como objeto a história de pacientes negros que usaram os serviços públicos de saúde e sua

trajetória em diferentes níveis de atenção, a contar do ano de início desta pesquisa, logo: observa, em perspectiva sociológica, itinerários e caminhos de pessoas negras pelos diferentes dispositivos de saúde, sujeitos concretos em busca de respostas para suas queixas, de assistência e cuidado. A esta análise em dois planos, acrescentam-se evidências de outras pesquisas e estudos, dados estatísticos, experiências da minha atuação como psicóloga da saúde em diferentes dispositivos do SUS e informações advindas em espaços de formação continuada, rodas de conversa, congressos, mesas, eventos acadêmicos e outros lugares diversos de formação, reflexão e sensibilização; como também relatos de saúde difundidos em diferentes veículos de comunicação – TV e mídias sociais.

Apostando na mesma base teórica, com um prazo mais alargado e a possibilidade de constituir uma “amostra” exclusivamente de pessoas negras, acreditei que executar o doutorado seria mais fácil – ou menos difícil – em comparação ao mestrado. Como a vida e a pesquisa se mostram sempre autônomas às nossas expectativas, este doutorado calhou de acontecer justamente na pandemia, que adveio ainda no primeiro quarto de tempo da

pesquisa, exigindo que a qualificação já se realizasse online. A consecução foi drasticamente afetada por diferentes motivos, sendo o primeiro e mais importante o desenho da pesquisa e o método adotado, já que, inicialmente, foi idealizada como etnografia, em que eu acompanharia pessoas negras na sua itinerância pelos serviços de saúde – uma possibilidade totalmente interdita no período. Além disso, foi atravessada

por medos, mudanças geográficas, isolamento, tristezas, inseguranças, afetos e experiências mais ou menos presumíveis diante de termos todos vivenciado a pandemia como evento, simultaneamente, histórica, global e intimamente importante e implacável.

Da necessidade de buscar um outro meio para investigar o encontro entre a política e o caminho na busca de assistência este trabalho insurgiu, como elaboração de outro que

foi sorvido pela pandemia e insistiu porque, para além do compromisso burocrático, havia a clareza de que a pandemia não somente não acabou com o racismo como, ao contrário disso, deixou mais manifestas suas expressões, especialmente na saúde, assim como asseverou a importância de considerar os sistemas raciais nesta área. Se é verdade que a pandemia lhe fez mal, é também verdade que lhe fez bem – afirmação que não pode ser estendida a todos os efeitos desse evento, nem à vida de todos, mas que reitera a **contradição e a dialética** como fundamentos capitais sobre o qual venho desenvolvendo uma forma de compreender raça, saúde e os engendramentos entre estes dois domínios.

Da adoção de uma metodologia radicalmente qualitativa, sob a qual se produziu a síntese do intercruzamento entre diferentes planos, objetos e aportes de análise, frente às possibilidades objetivas de execução, desponta uma tese que assume que **a política de saúde tem o racismo como um axioma** e na qual se revelam os modos como os arranjos político-institucionais na área operam sob uma lógica racializada e racista, nos moldes do que Bento nomeia *Pacto da Branquitude* e Mills *Contrato Racial*, evidenciando como a lógica que fundamenta o cuidado e a burocracia que o efetiva estão submetidas à **supremacia branca** vigente na sociedade brasileira. Do conjunto das escolhas programáticas, envolvendo as diferentes esferas de decisão, desde a alocação orçamentária, passando pela distribuição geográfica dos serviços, até a micropolítica do cuidado, configuram-se arranjos assistenciais que ordenam, instituem e normatizam o cuidado sob uma **lógica racista em negativo**: não assumida ou revelada, supostamente oculta, aderida a mecanismos de formalização da política e que, por isso mesmo, prescinde de mecanismos e agentes implicados na discriminação direta – ou interpessoal – contra os negros para viger. Trata-se do racismo operando radicalmente por uma **elipse**.

Conjugadas a esta tese, emergiram asserções auxiliares: se as políticas de saúde sempre se configuraram de forma racista, se isso segue vigente na atualidade e opera por

processos de discriminação em negativo, temos que a saúde não é um lugar secundário na perpetuação e produção das desigualdades raciais. Por consequência lógica, mas sobretudo, política e institucional, nosso sistema não faz dirimir desigualdades sociais – contrariamente ao que se afirma. Na radicalidade do conjunto observado, não é difícil concluir que não somente não temos um sistema único, como ele não é universal: temos um **sistema de saúde de brancos para brancos**.

Logo, como dito, está em questão neste trabalho a saúde exatamente no liame em que a raça incide e é lógico situá-lo no debate e no campo das **relações raciais na saúde** – que reivindico como emergente, fundamentado eminentemente pelo uso crítico e intencional da categoria raça no campo da saúde, somado ao objetivo político de enfrentar as injustiças raciais, tendo como horizonte último combater o racismo.

Dado o fato deste trabalho estar se constituindo como continuidade de uma pesquisa de mestrado que está inserida no mesmo domínio, me questionei sobre a necessidade de retomar conceitos e reeditá-los. Seria redundância, dada a enorme produção do campo e presença consistente e massiva dessas considerações no trabalho do qual este sucede?

Opto por reescrever. Porque a raça e o racismo ainda existem.

Certamente, conceituá-los, e as demais categorias que deles advêm, mesmo sob uma perspectiva crítica que desvele seus mecanismos, não é prerrogativa para o seu fim. Fosse assim, não haveria mais racismo. Todavia, essa tarefa não pode deixar de ser feita enquanto eles existirem. A questão, portanto, não é falar sobre raça novamente, mas a necessidade de enfrentar o racismo, **ainda**.

Abordar estes conceitos – e fatos sociais – neste trabalho, tem a ver com a implicação profunda com o paradigma antirracista e com a luta contra o racismo. Todo debate sobre a raça deve ter como finalidade seu fim: o fim do racismo, a destruição dos

sistemas raciais, das práticas, políticas, discursos, arranjos, mecanismos e estruturas que os sustentam. Dado que isso não aconteceu, nossa tarefa segue necessária e urgente. Logo, o propósito não é reescrever sobre o tema, mas reinscrever a questão nesse espaço político e discursivo em disputa que é a academia, como o são também a ciência e a saúde.

Reinscrever o conjunto de fenômenos que constituem e integram os sistemas raciais – raça, racialização, discriminação racial, classificações raciais, preconceito racial, branquitude e, sobretudo, racismo – é imprescindível enquanto houver meios de **ocultá-los ou fomentá-los** – duas posturas que, conforme este trabalho espera afirmar, descrevem **uma falsa contradição**. Debater raça ou desvelar a ordem racista dos fatos e eventos não é um capricho identitário, uma fixação por estrangeirismos, não é expressão de vitimismo ou auto-ódio, tampouco o desejo de criar segregações inexistentes, como o senso comum e algumas perspectivas autoproclamadas científicas pretendem afirmar. Ao contrário disso, é parte significativa, mesmo que pequena, da tarefa histórica de suplantar desigualdades construídas para manter interesses particulares e romper hierarquias sociais e dispositivos de dominação violentamente instituídos. Desejo, profundamente, que este trabalho possa contribuir ou instrumentalizar para o que for necessário ao enfrentamento dessa condição e ao surgimento de uma nova ordem sem dominação, hierarquias e racismo.

## 1. Introdução

### 1.1 No princípio, era a raça

Porque todas as coisas foram feitas por ela e, sem ela, nada do que foi feito se fez.

E assim tem sido desde o século XVI, quando a raça emerge como categoria e doutrina de diferenciação entre os humanos que justificaria a dominação colonial de povos brancos de origem europeia sobre os negros de origem africana. Os eventos que daí emergiram, balizados pela divisão branco *versus* negro, constituem o ato primordial da fundação da ordem moderna atual, uma ordem racial sobre a qual todos os planos da vida, em esfera local e global, se desenrolam. Para Winant (2001) a raça tem sido fundamental na cultura e política mundiais há quinhentos anos, expressando e estruturando, ainda hoje, a vida social nos seus diversos planos ao redor do globo. Está evidenciada por toda parte na distribuição dos recursos e poderes, nos desejos e temores, e vem modelando a economia, os Estados e todas as identidades e sistemas de significação existentes. A posição de Mills é semelhante: “[...] vivemos em um mundo que tem sido fundamentalmente moldado nos últimos quinhentos anos pelas realidades da dominação europeia e pela consolidação gradual da supremacia branca global” (Mills, 2023, p. 54). Para ele, “o mundo moderno foi, portanto, expressamente criado como um regime *racionalmente hierárquico*, globalmente dominado por europeus” (Mills, 2023, p. 62, grifos meus).

Ainda hoje, vivemos sob mandato supremo da raça, que desde então moldou e segue determinando os modos de produção vigentes, a divisão social do trabalho em termos globais e local, a dinâmica e a reprodução do capitalismo, as estruturas sociais e as simbólicas, a construção dos Estados nacionais – processos intimamente ligados ou

diretamente relacionados à divisão hierarquia norte e sul, civilizados e selvagens, desenvolvidos e subdesenvolvidos, beleza e feiura, moralidade e imoralidade. Essas cisões e dualidades, que apontam a raça como questão mundial e o racismo como uma política global de subalternização dos povos não brancos pelos brancos, apontam novas configurações e destinos das antigas relações entre colonizadores e colonizados, outrora e agora impostas por processos de dominação. Portanto, desta perspectiva, a raça é a categoria colonial que funda a modernidade, tal qual ela é, e tudo que nela vige. Não existe nada que vivamos hoje que não esteja sob o signo da raça. Nesse sentido, raça e racismo se constituem como a política suprema na modernidade, a política que orienta, estrutura e fundamenta as políticas. O racismo é a política presente em todas as políticas, o racismo é a política das políticas.

A colonialidade aponta a continuidade da violência racial, que ultrapassa esses diferentes momentos históricos e se coloca a raça como dispositivo que ordena e organiza o conjunto das relações sociais, além de servir como base do modelo econômico de exploração seja lá, seja aqui, resguardadas suas particularidades históricas (QUIJANO, 2005). No Brasil, essa qualidade racial da modernidade é exponenciada e radicalizada. Machado (1991, 2010) afirma que a particularidade das formações raciais brasileiras está na profusão do modo de produção escravista, que em nenhum outro lugar foi tão “exitoso” como no Brasil. Segundo a autora, em todo o transatlântico onde houve escravização de negros africanos, havia nichos da economia que se desenvolviam a parte desse sistema, exceto no Brasil. Essa universalidade particular do escravismo brasileiro estrutura nossa organização social em todos os níveis: econômico, político, costumes, pensamentos, instituindo um *habitus* que persiste nos dias atuais. Para Moura (1983, p. 124, grifos no original)

Os 400 anos de escravismo foram definitivos na plasmação do *ethos* do nosso país. Penetrando em todas as partes da sociedade, injetando

em todos os níveis os seus valores e contra-valores, o escravismo ainda hoje é um período de nossa história social mais importante e dramaticamente necessário de se conhecer para o estabelecimento de uma práxis social coerente.

É ele também quem afirma os “quase quatrocentos anos de escravismo colonial” como “o fato histórico-social mais importante para a formação brasileira”, embora sistematicamente ignorado por pensadores, acadêmicos. Logo, vivemos o resultado tardio e reproduzido da dominação colonial e do que ela legou aos dias atuais, atuando na contemporaneidade a partir dos sistemas raciais, que se reproduzem a partir da lógica racial de dominação instituída nestes processos e ressignificada nestes diferentes tempos e espaços.

Desde o mestrado, venho dissertando sobre raça e racismo a partir do campo das relações raciais e dos estudos críticos da raça, reivindicando e defendendo a importância dessa categoria para compreender a saúde. Fala-se muito sobre a raça. Mas nem sempre do mesmo modo, sob as mesmas diretrizes e com os mesmos propósitos. Nesta pesquisa, em particular, importam fundamentalmente três aspectos da raça e do racismo, que pautam as questões de saúde a serem discutidas.

A primeira delas se refere ao caráter social desta categoria. Iniciei meu trabalho de mestrado, cuja primeira seção busca uma definição do que seja raça, com a seguinte afirmação: *É importante começar estabelecendo com nitidez: partimos de perspectiva social para construir o entendimento de raça e afirmá-la, situando-a enquanto categoria das ciênciassociais e humanas. Falamos da raça, portanto, enquanto construção social.* Oito anos decorrido no início daquela pesquisa e muitos mais de debate científico e público acerca da raça, esta discussão poderia parecer superada. Entretanto, a celeuma em torno dessa afirmação, que pra muitos soa óbvia, ainda é grande e reiterada. E a saúde tem se mostrado um dos campos mais resistentes ao debate crítico sobre raça,



fundamentado em aportes sócio-históricos, reproduzindo, mesmo que numa perspectiva antirracista e contrária ao racismo, essencialismos raciais. Nosso campo, mesmo nos espaços onde nele se luta pela igualdade racial, é aquele em que a raça em sua asserção biológica mais encontra sobrevivência e profusão (GONÇALVES, 2017).

Embora para muitos esta questão possa parecer secundária, a perspectiva das formações raciais defendida por Omi e Winant (2015) ensina que as concepções de raça não são desimportantes ou indiferentes aos projetos raciais que se estabelecem numa certa sociedade e determinado momento histórico. Para estes autores, é necessário reconhecer que os sentidos e significados da raça são um problema político de primeira ordem, importantes no encadeamento de processos e disputas que ela levanta como jogo de poder e que interferem na dinâmica das relações raciais por, de seu aspecto simbólico, tensionarem as relações para além do campo simbólico, estrutural. Nesse sentido, a crença na materialidade da raça como categoria biológica, magnânima e difícil de superar à revelia de todas as comprovações contrárias, não diz respeito à sua verdade, mas à sua eficácia como sistema de poder.

Eis a segunda questão mais importante: a raça como questão de poder. Abordá-la como questão radicalmente social diz respeito a compreendê-la dentro das relações de poder instituídas no contexto do colonialismo, da expansão do capitalismo mercantilista e reatualizadas nas sociedades contemporâneas. Trata de situá-la, portanto, como uma categoria de dominação, um dispositivo através do qual se definiram processos violentos de subordinação de determinados grupos ou povos sobre outros. Este aspecto se evidencia em situações históricas em que o encontro entre povos diferentes não gerou essa forma de categorização como vetor de poder, na medida em que os poderes entre estes grupos estavam politicamente equilibrados ou, ao contrário, mas ainda sob o mesmo raciocínio, quando encontros entre grupos com uma mesma apresentação fenotípica gerou categorias

de dominação racializadas, como nos exemplos da Rússia sobre a Ucrânia ou da Inglaterra sobre a Irlanda<sup>1</sup>.

O terceiro aspecto mais importante é a mercurialidade (HODES). Ele diz respeito à sua plasticidade, transitividade, ao seu funcionamento como, conforme Hall nomeia, um significante flutuante. Desta forma, ao mesmo tempo que a raça e o racismo se tornem universais desde o século XVI, são particulares em cada momento histórico, em cada localidade e operam sob uma lógica dialética e, portanto, contraditória e polissêmica. Para Hodes, e esta característica que tem permitido à raça sobreviver de forma duradoura e atravessar tempos e espaços com notada força. Não abordar a raça em sua dimensão mercurial já causou constrangimentos estudos sobre a raça, como o visto i) na tese de que no Brasil não haveria racismo nem grupos raciais; ii) na tendência observada nos estudos da Unesco a tomar raça exclusivamente como expressão da dinâmica de classe em uma sociedade subdesenvolvida.

Vemos assim a antinomia em que se estruturam os sistemas raciais, evidenciando que sua eficácia, adjacente à naturalização da ideia de raça e das desigualdades forjadas pelo racismo, é fruto dessa contradição basilar inerente a essa categoria, da tautologia sobre a qual ela se fundamenta e se reproduz (HODES, 2003).

Vemos como evidencia o contrato racial o fato de a raça, a exploração dos negros estar presente na constituição dos Estados, na nos mecanismos jurídicos sempre excludentes, nas ideologias racistas oficialmente adotadas ou socialmente legitimadas, estruturas formais ou informais de discriminação, embora os brancos se mantenham indiferentes a isso ou entendam o resultados destas formações raciais como dado natural,

---

<sup>1</sup> Ainda que não como tema central, a racialização dos irlandeses, como grupo subalternizado sobre o qual foi imputado um conjunto de significantes e estigmas raciais e que ocupou, em diversos momentos históricos e localidades geográficas, um lugar social e de status simbólico inferiores, é observado na obra de Du Bois ( ), assim como na de McClintock ( ). Mais sobre o tema pode ser encontrado em pesquisas acadêmicas sobre os processos de racialização dos irlandeses ou “questão irlandesa”. O texto de IANNI

não de uma história de dominação, espoliação e violência – ainda que isso siga sendo por eles impetrada (Mills, ).

Assim, defino raça como um ideário de divisão, dessemelhança e hierarquia entre humanos, um conjunto de ideias socialmente elaborado e construído cujo pressuposto é a desigualdade do gênero humano. Dessa perspectiva, a diferenciação entre os homens ocorreria a partir de uma divisão natural entre eles, decorrente de suas características físicas, fenotípicas, as quais se atrelariam a origem. Divididos e diferenciados em grandes grupos, decorrência da adoção da aparência e origem como critério discriminatório, os humanos compartilhariam semelhanças dentro de cada grupo definido. Essas semelhanças, além de corresponderem às características externas, corresponderiam também às qualidades internas: certo valor estético, determinada moralidade, uma capacidade civilizatória. Assemelhados os sujeitos dentro do grupo e diferenciados os grupos entre si, estes estabeleceriam frente ao outro uma relação hierárquica de superioridade e inferioridade.

Guimarães (2009), Munanga (2003), Taguieff (2001) e Todorov (1993) nos seus extensos estudos sobre raça e racismo – abrangendo sua emergência, produção, disseminação e validação no campo social, desde suas manifestações discriminatórias primordiais à subsequente adoção de políticas que a formalizaram na estrutura social – apontam a arbitrariedade e tautologia em que se constroem, sendo um de seus trunfos parecerem naturais, essenciais ou inerentes à condição humana.

Sob este paradigma, raça aqui é definida como uma categoria construída socialmente, cuja emergência está histórica e politicamente relacionada ao colonialismo. Desta forma, designa e justifica relações sociais de poder e dominação de determinados grupos sociais (brancos) sobre outros (não brancos) e, portanto, expõe a criação de

fronteiras e hierarquização social. Assim, opera como vetor de violência e dominação, ao que se assiste desde a constituição das sociedades modernas até os dias atuais.

Como categoria social, a raça interage com outras categorias, às quais se integra e se conjuga na dinâmica social. Isso lhe dá um caráter fluido, mercurial, contraditório e a possibilidade de metamorfosear-se. Suas expressões são sempre particulares, constituídas a partir de mediações em contextos objetivos (HODES, 2003; FIELDS, 1982; GUIMARÃES, 2009; TAGUIEFF).

Neste sentido, racismo se trata de um sistema social de hierarquização, da situação social desigual entre brancos e não brancos, construída historicamente e ainda hoje mantida e atuada por meio de processos, dispositivos, atos e condutas discriminatórias sustentados pela ideia de raça e, sobretudo, por uma possibilidade de atuação frente aos espaços de poder nas sociedades contemporâneas, como forma de manutenção da branquitude. Engloba, portanto, o aspecto cognitivo, mas conjuga a ela um conjunto elaborado, sistêmico e sistemático de práticas discriminatórias contra pessoas ou grupos e, sobretudo, abarca a condição estrutural de desigualdade entre os grupos raciais (GUIMARÃES, 2009).

Assim, racismo é um fenômeno complexo que, de forma análoga à raça, se transforma e ganha diferentes configurações em tempos, momentos e espaços diferentes. Operando de forma condensada à raça, resguarda os mesmos princípios mercuriais, performáticos e transformativos do ideário em que se ancora, tendo expressões e manifestações que se particularizam em diferentes tempos e espaços. Por isso, sua apreensão depende de uma decomposição (TAGUIEFF, 2001): suas múltiplas expressões e formas exigem que seja analisado sempre em contextos particulares, levando-se em consideração sua tripla dimensão: a da cognição (da ideia), mas, sobretudo, a da atitude (da discriminação) e a da estrutura (GUIMARÃES, 2009; CAMPOS).

Desde o mestrado, tenho participado de aula em graduações e pós graduações, espaços técnicos de formações para a saúde das populações negras, aulas em residências multiprofissionais, cursos de medicina, semanas acadêmicas de diversos cursos em saúde. Em todas elas, assiste-se à resistência em constituir um pensamento sobre a raça como categoria radicalmente social. Mesmo as produções no campo comprometidas com o combate ao racismo reproduzem essa lógica, mostrando que essa tendência e dificuldade de pensar a raça como categoria social, exclusivamente, não é particularidade de pensadores de uma tendência política específica ou grupo racial determinado, mostrando que a dimensão enorme que o imaginário racial, especialmente de quão bem sucedido vem sendo o processo de naturalização dela (GUIMARÃES, 2009); de como a epidermização deste sistema hierárquico tem sido bem sucedida – de modo que isso se manifesta mesmo nos estudos de saúde das populações negras.

Um grupo extenso de pesquisadores na área da genética tem atestado que as diferenças genéticas entre pessoas socialmente caracterizadas dentro de um mesmo grupo racial podem ser maiores do que aquelas observadas em pessoas que identificadas como pertencentes a grupos diferentes; e, de maneira análoga, similaridades ou compatibilidades genéticas são encontradas em pessoas de diferentes grupos raciais com a mesma frequência em que são observadas naquelas de grupos distintos. Mesmo a afirmação categórica e irredutível de especialistas em genética tem sido insuficiente para convencer leigos e letrados na área da saúde sobre este dado, evidenciando o poder duradouro do imaginário racial e quão bem sucedido foi o processo histórico de naturalização e epidermização deste fato social, socialmente construído.

Este dado, além de confirmar uma particularidade das inflexões sobre a temática racial especificamente no campo da saúde, mostram aquilo que Fernandes apontou: uma distância significativa entre a qualificação de debate sobre a raça dentro do campo das

relações raciais, em especial nas ciências sociais, de onde se origina, e fora dela, vendo aqui a saúde repetir o mesmo padrão de atraso observado no debate público (CAMPOS, LIMA)

Sobre este ponto, especificamente, tem destaque a compreensão profunda, radical e absolutamente inegociável da raça como categoria socialmente construída (GUIMARÃES, 2009), eminentemente dialética e mercurial (HODES, 2003), como significante flutuante (HALL, 2015) em disputa e intermediado por outras instâncias que a ela se integram na totalidade dos sistemas sociais. Processos sociais são processos raciais, na medida em que a economia e a política modernas se moldaram em torno dela.

Logo, a estrutura social que vivemos é o racismo, o que determina a determinação social é a raça. O processo de determinação social é, desta forma, um processo de formação racial. Termino afirmando a raça como síntese de todas as condições sociais, como fato social e significante simbólico que sintetiza todas elas, na medida em que determina nossa estrutura e define todos os planos da vida e da sociedade. Deste modo, se a estrutura social que vivemos é o racismo, o que determina a determinação social é a raça.

Para Winant (1994), diversos campos como a linguagem, moda, geografia, esportes, alimentação, religião, artes maciais, mídia e literatura tem a dinâmica das relações raciais pouco observada e explorada. Essa análise, que segue verdadeira 30 anos depois de sua análise, mostra a importância de entender como determinados segmentos da sociedade se portam frente a dinâmica das relações raciais, no processo de formação racial ainda não identificados, dentro e fora de seu campo delimitado.

## **1.2 Relações Raciais na Saúde: Em Defesa de um Campo**

Nomear relações raciais os estudos que envolvem desigualdades raciais, identidades raciais e políticas públicas (Campos e Lima, sociologia II).

Embora esta pesquisa se desenvolva sob o paradigma das relações raciais, inicio este trabalho afirmando haver aqui uma tese sobre saúde. Mesmo que orientada pelos estudos críticos da raça, que podem ser compreendidos como um domínio específico de conhecimento e produção sobre os sistemas raciais e sua dinâmica, nosso objeto essencial é a saúde em seus múltiplos planos e acepções, como fenômeno social e político que transcorre nos níveis singular e coletivo, desde a dimensão orgânica dos corpos de cada pessoa às estruturas político-assistenciais na área. A afirmação não deve causar estranhamento em um país – e momento histórico global –, em que todos os fenômenos sociais estão subscritos pelas vicissitudes do racismo. Logo, embora esta pesquisa se apoie eminentemente neste paradigma, do começo ao fim, este é um trabalho sobre saúde, fundado neste campo, e o uso da raça é um imperativo da nossa formação histórica no país, assim como da história social da humanidade.

As produções em saúde que versam sobre a raça não são recentes. Mesmo considerando-se apenas o Brasil, onde a produção é menor em comparação a outros países (WILLIAM), ela é significativa, conferindo à saúde um espaço distinto para os estudos sobre a história da raça, os discursos acerca dela ou as desigualdades raciais no nosso país. Aqui também a saúde se tornou um lugar eminente na implementação de medidas e políticas para o enfrentamento do racismo. Deste modo, embora menos desenvolvido no Brasil em comparação a outros lugares, o conjunto de produções que intersecciona raça e saúde é vasto, extenso no tempo, diverso nos temas e subcampos, e variado nas abordagens. É também, sobretudo, contraditório, mostrando-se, com alguma frequência, até conflituoso do ponto de vista da compreensão ou perspectiva de raça adotada. Por

consequente, é fundamental considerar que nem todo trabalho na saúde que aborda a questão racial tem os mesmos fundamentos e propósitos.

Como um primeiro aceno das produções em saúde em que a raça aparece temos os estudos eugenistas que emergem no fim do século XIX no Brasil. A eugenia pode ser entendida como uma disciplina de status científico, apoiada em outras diversas, que tinha como pressuposto as ideias de superioridade e inferioridade racial e como objetivo o aperfeiçoamento da espécie. Era, ao mesmo tempo, uma doutrina, por conjugar um ideário a um conjunto de proposições práticas, dispondo de ferramentas de intervenção biológicas e sociais para o alcance de seu objetivo de aprimorar as populações e grupos humanos. Como “política científica” (Diwan, p. 16) para tratar e solucionar as doenças do corpo social, tinha ao mesmo tempo como pressuposto e fim a pureza racial e a supremacia branca, tomada como ideal para se atingir a civilização em seu máximo estágio. Portanto, no paradigma eugenista, não se diferenciam aprimoramento da espécie e racial, tomados como sinônimos, dado que a raça era a via fulcral da civilidade e horizonte de aprimoramento humano – ou de sua impossibilidade.

Este segmento, apoiado em disciplinas das ciências biológicas, na genética e a genealogia, antropologia e estatística, medicina e psiquiatria, economia e direito, foi o mais representativo da produção médica e em saúde por pelo menos 30 anos. Diwan e Santos (2004) ajudam a entender este quadro ao afirmarem, respectivamente, que estudar eugenia é, em grande medida, retomar a história da saúde pública e da medicina; e que a entrada da eugenia no nosso aparato de Estado se deu pelo campo da Saúde Pública (Santos, 2004). Assim, originou congressos, pesquisas, textos, debates e teses que versavam sobre a saúde-doença e desenvolvimento, associando esses processos à inferioridade dos povos não brancos, com ênfase especial na estigmatização de negro-



africanos; a superioridade estética, moral e civilizatória dos brancos; mestiçagem racial e degenerescência; higienismo e sanitarismo como meios para eugenzar as populações; construção da nação, civilização e progresso. Essa produção se espalhou por outras áreas do Estado como educação, arquitetura e legislação, mostrando a hegemonia do sistema de pensamento racista expresso nas formulações eugenistas no limiar de transição entre os séculos XIX e XX, constituído um eugenismo tipicamente brasileiro que localizou os problemas de saúde fundamentalmente na composição racial das nossas populações e compreendeu o branqueamento, artifício simultaneamente biológico e social, viabilizado pela miscigenação, como via principal de superação deste condição.

Portanto, temos nesse momento um discurso explícito sobre a raça e a inferioridade do negro, como consta nos trabalhos de expoentes nas áreas da saúde e da medicina à época, homens que se tornaram notórios por suas elaborações racistas – e, mesmo atualmente, aparecem como figuras “honrosas” nomeando instituições médicas, de saúde e ensino. A grande característica desta produção é ser explícita e marcadamente racista, como não se observa em nenhum outro período da produção em saúde no Brasil, definindo um momento, como se afirma mais diante, de discurso positivo sobre a raça, na medida em que ela está completamente visível e há uma verdade afirmada sobre seu valor e importância como jamais se assistiu.

Passado o apogeu das produções eugenistas, assistimos a um período de *relativa*<sup>2</sup> omissão da raça na saúde. Dada a inflexão discursiva da degenerescência à democracia racial, ela vai reaparecer de forma evidente como questão do passado, nas publicações da História da Saúde Pública do Brasil, outro subcampo de destaque dentre estas produções. Trata-se das pesquisas no campo historiográfico cujo objeto é a Saúde Pública, sua emergência, as disputas presentes na sua institucionalização, os diferentes modelos

---

<sup>2</sup> Este trabalho está fundamentado em torno da ideia de que a raça sempre foi importante na constituição das políticas de saúde no Brasil. A questão vai ser explorada ao longo do trabalho.

assistenciais configurados ao longo dos anos no país. Embora muitos versem sobre raça e abordem como ela foi determinante na História da saúde no Brasil, esse segmento é diversificado do ponto de vista da perspectiva e análise historiográfica presentes, atribuindo pesos diferentes a raça e ao discurso sobre ela na constituição do campo, nas intervenções implantadas, nas instituições e seu funcionamento, e na instauração de um certo pensamento em saúde.

Assim, nem todos, precisamente abordam a raça, mas como ela foi abordada outrora: frequentemente, o tratamento da raça é em terceira pessoa, ou seja, sob a citação de outros autores, outros tempos ou teorias, em perspectiva histórica. Por conseguinte, o destaque para a raça só aparece quando da análise do período eugenista, como advento passado, e desaparece do horizonte de análise na maioria destas produções<sup>3</sup>, como se ela tivesse se anulado completamente como questão para a saúde com a queda das teorias eugenistas. Ademais, mesmo quando retratada neste período, aparece de forma instrumentalista: nem sempre há uma análise apoiada em uma perspectiva crítica, que aponte os jogos de poder que permitiram a adesão a essas teorias e práticas notadamente funestas e políticas, forjadas sob interesses particularistas, já na época fortemente contestadas.

Um segmento da produção sociológica que aborda a raça em interlocução com a saúde, tratando sua origem e fundamentos, segue esta mesma tendência. Estes estudos, deste modo, não são necessariamente comprometidos com suplantar a raça, o que se evidencia tanto pela posição adotada em suas produções, como pelos posicionamentos políticos de alguns destes autores fora dela (HOCHMAN, LIMA). Logo, vemos que esta produção varia em formas mais ou menos críticas, ou seja: em certos textos é tratada de

---

<sup>3</sup> Cabe aqui tomar como exceção os trabalhos de Challoub e Mota, expoentes na História da Saúde Pública, cuja marca mais proeminente é justamente o valor acentuada que dão à raça não somente neste momento, mas muito depois dele – inclusive na atualidade.

modo mais explícito quanto a denúncia da sua dimensão política, como ideologia ou técnica de dominação; em outros como um elemento que esteve presente no campo, indistinto ou quase neutro, destituído de seus sentidos sociais de poder.

Outra esfera que merece destaque é a dos estudos epidemiológicos, que retiram a raça da historiografia, como objeto restrito ao passado, e a fazem retornar como questão do presente. Ao longo dos anos 1980, já eram massivas as denúncias dos Movimentos Negros sobre as condições adoecimento desta população e o descaso em torno disso, convocando sociedade e governos a repensar o modelo de assistência à saúde e sua abrangência. Essas reivindicações, alinhadas ao movimento pela Reforma Sanitária, ganharam novo status com a criação do SUS em 1990 e, sobretudo, a inclusão obrigatória da categoria raça-cor nos formulários e bases de dados em saúde, em 1996. Desta última medida, resposta político-institucional às reivindicações históricas dessas organizações negras, que acumulavam há anos dados materiais que justificassem sua pertinência, foi aberta uma importante vertente de trabalhos. Assim, assistiu-se a um aumento significativo na produção pesquisas, informações e estatísticas em saúde desagregados pela categoria raça-cor, possibilitando análises comparativas entre os diferentes grupos raciais técnica, metodológica e estatisticamente mais fundamentadas.

Além de ascender uma discussão sobre desigualdades em saúde e a pertinência da categoria raça-cor nestas análises, de fomentar técnicas e metodologias para mensuração e superação das desigualdades, emergiram pesquisas em que a raça apareceu como categoria de análise central ou lateral e, sob o dimensionamento dela, os parâmetros em saúde – índices, taxas e níveis – evidenciam as discrepâncias entre os diferentes grupos raciais. A produção deles subsequente teve influência significativa sobre os avanços na atenção às reivindicações políticas pleiteadas, pela materialidade que deram aos impactos do racismo na saúde e a conseqüente consolidação do argumento de que era necessário

pesquisar este fenômeno e intervir sobre ele. Por conseguinte, influíram também para a construção da Política de Atenção Integral a Saúde da População Negra, justamente pelo fato de debaterem essas discrepâncias como expressão de iniquidades, ou seja, acusarem que esses dados expressavam diferenciações e injustiças produzidas e evitáveis, assim como processos sociais de subalternização, colocando, deste modo, o debate sobre discriminação – ainda que como evidência ou resultado – no centro das análises.

Ainda que os dados epidemiológicos tenham aberto a possibilidade de que a discriminação fosse aferida por parâmetros numéricos, dando nova densidade a este fenômeno na saúde, o que impulsionou o campo e os debates estabelecidos no entorno dele, ainda são frequentes neste segmento produções em que a raça aparece como dado mandatório, dentre outros “determinantes sociais”, sem discussões qualificadas sobre os modos como influencia na produção da saúde, da vida ou mesmo dos dados coletados. Nelas, ela aparece como categoria censitária, puramente descritiva, dentre outras como gênero, localidade, escolaridade, idade. Logo, embora desse campo tenham emergido estudos importantíssimos, com destaque para o subcampo da discriminação racial na saúde, permanece como tendência o uso apolítico e acrítico da raça.

Outro evento que impulsiona essa produção na saúde é a ascensão da Saúde da População Negra. Como um subcampo plural, ele emerge da convergência entre a academia, a luta política dos Movimentos Negros por direitos sociais e os marcos legais de sanção de políticas de Estado contra o racismo. Dito de outro modo, falamos de um segmento que emerge do uso da ciência e do aparato de Estado como lugares centrais na disputa política por direitos, reivindicado mediante a constatação de que nossas políticas universais não abrangiam as populações negras, dada a ordem racista da sociedade brasileira (BATISTA). Assim, temos um campo surgido do avanço das reivindicações políticas históricas, as quais resultam na produção de leis, portarias e outros dispositivos

legais que assegurem o direito e a proteção a saúde das pessoas negras por políticas focais, apoiadas na produção científica que confirmava essa necessidade. São essas as maiores marcas deste segmento: a denúncia do racismo no Brasil; a demonstração dos seus impactos nocivos na saúde das pessoas negras; a busca do reconhecimento deste quadro por parte do Estado e a reivindicação de políticas específicas e afirmativas para reparação do problema.

Em sua maioria, são produções que afirmam a raça como fator multidimensional e compreendem as condições discrepantes de saúde entre os diferentes grupos raciais como resultado de determinação social, ambiental e genética. Sendo assim, embora sejam fundamentais para o avanço dos direitos das populações negras – ao menos em marcos legais –, frequentemente abarcam uma concepção de raça que não supera a biológica e, ao contrário disso, a reforça. Se os estudos de Saúde da População Negra surgem com este propósito político explícito e enunciado, eminentemente preocupados em combater as diversas formas de injustiça e desvantagens que o racismo produz na área, frequentemente embasam esta posição em argumentos essencialistas, que naturalizam sob o discurso biológico e/ou das doenças geneticamente determinadas as mazelas socialmente construídas vividas pelas populações negras nos territórios brasileiros.

Essa compreensão aparece nos esquemas conceituais sobre o racismo e sua influência sobre a saúde (WERNECK), na ideia de que a maior prevalência de certos quadros em saúde nas pessoas negras se explicariam, entre outros fatores, por condições genéticas particulares, ou na defesa de investimentos em pesquisas voltadas para a compreensão de mecanismos fisiológicos específicos e medicamentos diferenciados, a serem formulados a partir das necessidades biológicas características dessas populações (WERNECK, BATISTA, BRASIL).

Deste modo, quem se propuser a estudar os engendramentos entre saúde e raça vai encontrar uma produção eminente e importante, de diferentes tendências, perpassando diferentes campos de saber, emulada por médicos, cientistas sociais e historiadores e outros atores sociais, que têm explorado, dentre perspectivas próprias, algumas interfaces entre raça e saúde. Cada uma dessas esferas é complexa e multifacetada, não podendo ser resumida a uma característica. Todavia, a leitura desse aporte, ressalvadas as exceções, permite perceber também constâncias: de modo geral, tendem a contrapor um marco conceitual crítico de raça sem resguardar sua importância política; ou, ao contrário, defendem sua importância política, sem preservar sua criticidade conceitual, enquanto categoria socialmente construída.

As exceções podem ser observadas em cada um destes segmentos de produção. Desta forma, Dora Chor faz exceção ao grupo de sociólogos que entendem que a raça deixou de ter relevância na atualidade e relativizam a importância ou necessidade de uma política racial no setor saúde. André Mota, por sua vez, não somente tem uma produção que contesta a ingenuidade política e a brandura do pensamento eugenista à época, como denuncia sua permanência tardia, observada no pensamento em saúde e nas práticas no campo mais recentes. Challhoub tem um trabalho embasado na compreensão da raça como elemento central da construção das políticas de saúde, fator que determinou não somente sua emergência, como as urgências e negligências estabelecidas no campo. Do mesmo modo, é possível encontrar em Fernanda Lopes, expoente na saúde da população negra, uma produção que não somente convoca ao avanço sobre as produções focadas na mensuração da desigualdade, como na busca da compreensão deste fenômeno a partir da defesa da raça como matéria social e nos processos de discriminação mais amplos que produzem esses números. O trabalho de Bastos também pode ser considerado exceção nos trabalhos epidemiológicos, já que articula as desigualdades em saúde à discriminação

como fenômeno socialmente elaborado, questionando as diferentes formas e modalidades para aferir este fenômeno e os resultados consequentes dessa adoção.

Apesar das ressalvas, a reiteração da cisão entre a crítica e a política propõe a necessidade de delimitar o que fundamenta o campo das relações raciais na saúde, cuja marca fundamental é agregar aquilo que cada um destes campos, separadamente, priorizou ou destacou. As relações raciais podem ser consideradas um domínio específico da sociologia no Brasil, que tem como objeto os fenômenos relativos à dinâmica da raça e do racismo na sociedade brasileira dentro dos estudos culturalistas e de identidade, os estudos sobre desigualdade. Com o tempo e os avanços esperados, o campo se tornou cada vez mais complexo e multifacetado, passando a incorporar debates e pesquisas sobre classificações raciais, e, por último, as cotas raciais, sua efetividade e impactos.

Nomeio relações raciais na saúde o campo político de estudos e pesquisas que começa a se forjar a partir da produção em saúde que considere a raça em perspectiva crítica, alinhada ao campo das relações raciais. De modo detalhado, falamos de um segmento em composição que agrega i) o uso das categorias sucedidas dos estudos críticos da raça para pensar os diversos processos em saúde; ii) o uso da raça na saúde como categoria de poder e dominação radicalmente social, rejeitando em total absoluto seu emprego como determinante social, como categoria epidemiológica estritamente descritiva, e/ou, especialmente, sua apreensão no plano biológico e/ou genético; iii) o comprometimento com o enfrentamento do racismo. Portanto, as relações raciais na saúde emergem como uma via marginal entre os estudos que se comprometem conceitualmente com a raça, mas não com o racismo; e os estudos que se comprometem com a política da raça, mas cujo debate teórico sobre ela na sua vertente crítica é secundário.

Importa também um quarto elemento, que é dedução lógica dos três anteriores: o campo das relações raciais na saúde deve ter como proposição avançar na compreensão

das vicissitudes do racismo na saúde e dos mecanismos ainda não revelados, independentemente da circunstância ou objeto em saúde que investigue ou do plano que se proponha a observar. Esta demanda se articula substancialmente à adoção absoluta e intransigente da raça como categoria social – e que, portanto, opera sob os princípios da mercurialidade, ganhando sempre novas formas em contextos distintos, que exigem análises dialéticas, no que se produz dentre suas dimensões genérica e particular –, e na consagração dos estudos precedentes, que há anos sedimentam as possibilidades de que hoje se estabeleça como objeto da luta e da produção no meio matérias que vão além da afirmação e comprovação da existência do racismo na saúde. Já não é mais suficiente afirmar que o racismo existe e que afeta a saúde, produzindo doença. As evidências são muitas e vem sendo comprovadas ao longo de algumas décadas. Logo, as pesquisas neste campo devem se propor a avançar frente a essa constatação reiterada: devem permitir compreender, em alguma medida, não somente os efeitos do racismo, mas os meios ou formas como se chega a eles, os modos como isso decorre, os mecanismos que possibilitem sua reprodução – com a conseqüente atualização dos modelos para apreendê-lo e as chaves para seu enfrentamento, além da reinvenção das maneiras de combatê-los.

As relações raciais no Brasil têm se constituído como um domínio específico da Sociologia, um dos braços das Ciências Sociais, que se ocupa especificamente de compreender as dinâmicas das racialidades nas sociedades contemporâneas. Nem sempre esse objeto foi de interesse desta disciplina: a ascensão do nazi-fascismo na Europa tornou a raça, e os fenômenos dela advindos, matéria importante (GUIMARÃES). No Brasil, esta produção, vigente desde 1930, aproximadamente, ganha o caráter de hoje com os estudos realizados ao fim da década de 1970. Para Lima, as relações raciais constituem um braço dentre as produções com a temática racial, que se caracterizam por investigar atitudes de discriminação e a percepção delas frente a circunstâncias de convivência inter-



racial., situações de interação social, em contextos específicos, que envolvem os diferentes grupos de cor e a partir das quais possam ser abstraídos padrões de interação discriminatórios. Para Guimarães, este segmento que inicialmente abrangia reflexões e estudos sobre a genuinidade da aplicação da ideia de raça e a qualidade do racismo no Brasil, as interfaces deste fenômeno com a economia na formação dos grupos sociais e as disputas entre raça e classe, se expande e complexifica – tendência que segue a materialidade dessa agenda no Brasil – e hoje abriga também como tema a constituição dos grupos raciais e os processos específicos de racialização, as classificações raciais, ações afirmativas e seus desdobramentos, entre outros.

Sendo assim, pensar relações raciais na saúde como um campo não pressupõe a fundação de um novo domínio. Longe disso, propõe um modo particular de apropriar-se destes muitos estudos, referências e subcampos nos quais tem lastro, articulando-os de modo a construir a partir deles uma síntese epistemológica sobre a qual refletir os engendramentos entre raça e saúde – ou os fenômenos da saúde, tomando a raça como questão ou categoria central para suporte das análises. Deste modo, não desconsidera estes domínios, mas justamente abranja aquilo que deles pode ou possa contribuir para a consubstancialidade de uma apreensão crítica pelo viés da raça nas esferas política e conceitual, conjuntamente.

Como horizonte de um pensamento em saúde amparado pelos estudos críticos da raça ou que considerem a influência da raça sobre saúde em suas múltiplas dimensões, falamos de pesquisas que analisam como a dinâmica das relações raciais afeta a saúde das pessoas e grupos, produzindo certos estados de bem estar ou adoecimento; como produz práticas assistenciais, de cuidado e condutas diferenciadas; ou como determina a consecução das políticas e modos como elas se formalizam. Temos assim um campo que implica os sistemas raciais – aqui, entendido como o conjunto abrangido pela dinâmica

entre a ideia de raça vigente na sociedade, os estigmas raciais associados às pessoas negras, as disputas e barreiras no processo de atribuição racial, os mecanismos e estratégias para tratar diferencialmente os grupos raciais, os processos simbólicos de identificação entre os brancos e sua dominância sobre espaços políticos e decisórios de poder – na produção da saúde das populações, nas instituições e na esfera do Estado; ou como esses fenômenos se reproduzem na esfera da saúde.

Análises simultaneamente comprometidas com a teoria racial crítica e o antirracismo sugerem tratar a raça não só como categoria puramente descritiva, ou um dado censitário plano; nem tomar as desigualdades como dado epidemiológico meramente técnico, apolítico; tampouco compreender que ela esteja presente exclusivamente onde o racismo contra o negro em sua forma positiva e explícita esteja evidenciado. Se trata de pensar saúde a partir das dinâmicas de poder que os sistemas raciais forjam na sociedade, compreendendo que a saúde é um campo em que essas hierarquias não somente se manifestam e se reproduzem, mas se dinamizam, reorganizam e restabelecem cotidianamente. Se trata de pensar saúde do lugar de poder que a raça ocupa no conjunto da sociedade. Sobretudo, pelo comprometimento político com o combate à situação de espoliação e desumanização que o racismo e a dominação racial submetem os grupos raciais dominados – aqui, em questão, os negros – sob a operância de processos de violência simbólica e material que compreendem formas particulares de racialização, discriminação racial e pactos de branquitude.

Por isso, pode-se considerar que compreende pesquisas epidemiológicas, como pode compreender os estudos sobre desigualdade, mas, para além cada um deles, se refere fundamentalmente a uma compreensão de saúde que traça um laço, sob o qual se amarram todas as formas como o racismo interfere no campo da saúde, abrangendo a história do campo; a consecução de políticas e serviços; a produção das teorias; o conjunto de

técnicas e práticas de cuidado; a discriminação nos atendimentos; a distribuição de oferta de serviços; a alocação de verbas e recursos para execução da política; as desigualdades nos níveis, índices e taxas de nos diferentes grupos raciais.

Não foi objetivo desta pesquisa sistematizar esta produção – um trabalho significativo, considerando quão expressivo é este objeto. Longe de responder a este intuito de um ponto de vista formalístico, partilho uma observação analítica a partir da minha imersão neste domínio, de conjunto de minhas leituras pautadas sobretudo pela História da Saúde Pública e a Saúde da População Negra, que culminou no mapeamento dessas grandes tendências. Aqui divido as características percebidas, especialmente, no que se refere aos marcos epistemológicos ou teórico-políticos que apoiam o uso da categoria raça nessas dessas produções unicamente com o objetivo de desenhar ou estabelecer o que compreendo como esse campo emergente, ainda fragmentado e pouco delimitado, elencadas com o propósito didático de referendar o que está sendo nomeado como *relações raciais na saúde*.

### **1.3 Racismo e Saúde: Múltiplas Dimensões**

Uma das implicações de pesquisar relações raciais na saúde, entendendo que isso supõe avançar no entendimento dos modos ou mecanismo através dos quais as hierarquias raciais se reproduzem neste campo, é investigar as diversas dimensões da incidência do racismo na saúde, ou teorizar sobre como esta determinação da raça se manifesta no campo.

Aqui, ao longo dos tempos, os sistemas raciais têm influenciado de maneira proeminente a saúde: nas teorias que emergiram, nas concepções de saúde e no entendimento do que fosse adoecimento, na compreensão sobre as causas da manutenção

da saúde e de sua perda; como nas políticas de assistência e cuidado vigentes, seus arranjos e formas institucionais; nos critérios e ferramentas para mensuração da saúde em cada lugar e tempo; nas estratégias e medidas adotadas no combate às doenças; e, por último, em um certo ordenamento do Estado. À revelia disso, a saúde é um espaço sub-explorado nas pesquisas sobre a temática racial no Brasil em comparação a outros países (WILLIAM, LUIS BASTOS), e também em comparação a outros domínios, como a educação ou o trabalho – onde, por exemplo, temas próprios às relações raciais, como discriminação e antirracismo, ganharam mais atenção da academia e maior espaço no debate público.

Além disso, as produções na área apontam uma apropriação particular da raça, comumente interligada a doenças e condições genéticas, mostrando a permanência de sua aceção biológica, tendência contrária ao paradigma que tem apoiado seu emprego na academia ou mesmo como categoria nativa. Neste sentido, a saúde porta contradições importantes, que tornam instigante e complexo os estudos sobre das relações raciais. Aqui são destacadas seis dimensões indissociáveis nas quais se manifesta e se refaz essa influência constitutiva da raça e do racismo na saúde: a História, da produção de conhecimentos, a das práticas e condutas, dos arranjos institucionais, da organização política e da produção da saúde e da vida.

### 1.3.1 Aspecto histórico

Em verdade, raça e saúde se constituíram como domínios aproximados, cuja emergência se deu de maneira interdependente no Brasil. Na dissertação de mestrado, aponto como aqui é impossível pensar raça sem pensar em saúde, da mesma forma que não é possível compreender saúde sem pensar a raça. Lá, aponto como é destacada na

história brasileira a relação íntima de interferência, influência e reciprocidade entre o campo da saúde e o da raça; e como saúde pública e medicina, tais quais as disciplinas que a elas se conjugavam, foram áreas em que a distinção racialista de nossa história se acentuou. Em termos históricos, a saúde esteve intimamente ligada à raça, e se configurou no Brasil o berço do pensamento racial, tendo recebido, abrigado, gestado e difundido de forma pioneira as ideias sobre a superioridade e inferioridade entre brancos e negros, assim como sobre mestiçagem e degenerescência, civilização e progresso. As doutrinas e pressupostos daí subtraídas foram base para a construção de medidas sanitárias (STEPHAN, 2005; MOTA, 2003, 2005; HOCHMAN, SCHWARCZ, 1993; CHOR, COSTA).

Foi do campo de saúde e dentre as disciplinas por ela comportadas que emergiram as bases necessárias para consolidar o racismo institucional que vivemos hoje. Seu processo de institucionalização foi fundamental para a formação da República (HOCHMAN, 1993, 1998, 2005; SANTOS, 1985; SILVA, 2014) e, portanto, na constituição de um conjunto de instituições, normas e práticas que configurariam um modelo de Estado, balizado pela raça, a ser reproduzido em outras esferas, como a educação e o direito, conferindo à nossa ordem republicana e suas instituições certo ordenamento, certas formas e características, e não outras – inclusive, ou, especialmente, do ponto de vista racial (HOCHMAN, 2005; LIMA, 2005; LIMA, HOCHMAN, 2000; LOPEZ, 2012; MAIO; RAMOS, 2010; MOTA, 2003; MOTA, MARINHO, 2013; SANTOS, 2004; SCHWARCZ, 1993).

Este aspecto marcadamente racialista e racista da constituição do campo da saúde no Brasil vem sendo objeto de investigação da história da Saúde Pública (CHALHOUB, 2017; LIMA, HOCHMAN, 1996, 2005; MOTA, 2003, 2005) e é bastante importante, sobretudo, devido as suas permanências na atualidade, que se verificam nas formas atuais

como se dão, se relacionam, se influenciam mutuamente racismo e processos de saúde-doença, cuja investigação tem estado sob o exame das disciplinas que compõem as ciências sociais em saúde, com papel destacado para a Antropologia e a Sociologia (TAVARES, 2014).

### 1.3.2 Produção de conhecimentos

Nos espaços de formação que tenho ocupado desde o mestrado, são frequentes e desinibidos os estranhamentos causados pela afirmação da raça como categoria social e a negação absoluta de que tenha qualquer relação ou lastro com a biologia. Os alunos da área da saúde – com destaque os da medicina – relatam com frequência que são habitualmente instruídos nas salas de aula, laboratórios e outros espaços de formação a “aplicar mais força no bisturi quando a pessoa for negra, porque a musculatura é mais rígida”. Ainda nesses espaços, relataram já terem sido ensinados em uma aula prática “a identificar anemia falciforme, entre outros sinais, pela cor da palma da mão”. A comparação, por sua vez, era feita entre negros com anemia (pacientes) e brancos sem a doença (alunos). A pesquisa que desenvolvi no mestrado reitera esse dado ao apontar que os profissionais de saúde partilham uma noção difusa e polissêmica de raça que não suplanta a biológica. Ou seja, acreditam na raça como categoria biológica e se orientam por essa concepção: entendem que a saúde das pessoas negras – ainda que não exclusivamente – está, sim, relacionada a diferenças biológicas, “constitutivas”, referentes ao tamanho, peso e densidade dos ossos, formação arterial e venosa, noções aprendidas, também e inclusive, em espaços formais de aprendizado em saúde, como a formação continuada e aulas de mestrado.

Os exemplos mostram a vigência do pensamento racial, orientado por concepções biológicas de raça, e a transmissão dessas premissas como discurso médico e, portanto, científico. Logo, demonstram a (re)produção ativa de conhecimentos racialistas e racistas na formação nesse campo, transmitido como informação em saúde. A pesquisa *Nascer no Brasil*: pesquisa nacional sobre parto e nascimento, desenvolvida por Leal e Gama (2014), desvela de forma precisa a articulação entre essa produção “científica” e os processos de discriminação. O ideário de que as mulheres negras teriam “quadris mais largos” e “são mais fortes”, premissas racialistas que remontam ao racismo científico do século XIX (STROTHER, 1999), orientam que recebam menos assistência e analgesia no parto. Algumas práticas discriminatórias estão articuladas, portanto, a crenças racistas que atribuem uma particularidade biológica e natural diferencial às pessoas negras, e justificam um tratamento igualmente diferenciado, inferior.

### 1.3.3 Práticas, Condutas e Comportamentos

Assim nos dirigimos à dimensão das práticas, que aqui se refere à manifestação da dinâmica das relações raciais no espaço intersubjetivo entre profissional de saúde e usuário do serviço. Embora a produção acadêmica científica sobre os mecanismos e artifícios através dos quais operam e se efetivam condutas discriminatórias na saúde ainda seja pequena, (BAUMGARTEN et al., 2015) algumas pesquisas têm dado pistas, caminhando ao encontro desta demanda no campo. Cito novamente os dados da dissertação que desenvolvi (GONÇALVES, 2017): ela desvela alguns mecanismos através dos quais as práticas discriminatórias acontecem, sempre articuladas a outras dimensões, e expõe como os profissionais de saúde são agentes importantes, catalisadores potenciais e potentes dos processos de racismo institucional. Isso se dá através de ações

e condutas discriminatórias que, por parâmetros raciais nem sempre explícitos, elegem os brancos às melhores ofertas de saúde e relega os negros por meio da omissão, negligência ou recusa. No mestrado, GONÇALVES, 2017) apresentei uma série de casos – alguns aqui retomados – em que a entrada no serviço de saúde, sucedida de negligência, omissão ou recusa foi o determinante para que pessoas negras tivessem desfechos excepcionalmente prejudiciais em saúde, alguns trágicos ou fatais. Trata-se de quando o adoecimento se produz pelo “cuidado” oferecido no serviço de saúde, de forma excludente e/ou racista, mas sobretudo reportam à inoperância de qualquer cuidado como um dos principais determinantes das condições de saúde precaríssimas que se averiguam nos conjuntos das populações negras. Outro modo é o preterimento, que particularmente permite constatar como esses polos – preeminência aos brancos versus preterimento dos negros – transcorrem de forma dinâmica e complementar, dialética e simultânea, um em função do outro. São exemplos da pesquisa a história de um jovem negro de 23 anos que se suicidou cinco anos depois de ter pedido ajuda e percorrido diferentes serviços da rede de saúde, sem ser acolhido por nenhum deles; e a de um homem branco de meia idade, em situação de rua, que estava em recuperação de uma cirurgia de hérnia cinco meses depois de ser acolhido pela equipe. Atente-se que a fila para a operação de hérnia é de dois anos e a população de rua da cidade de São Paulo é 80% negra – dado apontado pela própria participante da pesquisa ao relatar a excepcionalidade da trajetória e desfecho deste homem branco.

Dessa forma, o trabalho evidenciou situações em que o adoecimento na população negra se produz pelo “cuidado” oferecido no serviço de saúde, de forma excludente e/ou racista – ou, de forma análoga, pela inoperância de qualquer cuidado. Sabe-se, inclusive, que nem toda assistência a saúde tem origem em uma demanda de adoecimento. Inúmeros eventos podem levar a isso, a exemplo do envelhecimento, da gestação ou do parto.



Falamos de fenômenos vitais que embora envolvam saúde, a priori, nada tem a ver com adoecimento. De toda forma, as pesquisas evidenciam que estes processos tem desdobramento e desfechos piores, em termos de saúde, nas pessoas negras.

Esses dados, relatos e evidências corroboram a tese de Hasenbalg (1979/2005), marco nos estudos das relações raciais por definir a discriminação como a explicação mais sólida para as desigualdades raciais brasileiras. Os estudos sobre discriminação e desigualdades raciais iniciados por ele e Nelson do Vale nos anos 1970 demonstram como a discriminação racial no Brasil faz com que esta estrutura de desigualdade entre os grupos raciais permaneça vigente, reproduzindo-se ativamente nos dias atuais. Ele mostra ainda como a discrepância nas condições de vida entre os grupos raciais de brancos e não brancos se justificariam por uma herança histórica, de modo que a conservação da condição estrutural de desigualdade racial no presente tem como causa mais legítima a discriminação, como confirmam Telles (2003, 2008, 2014), Guimarães (2009) Theodoro (2008; 2013), Henriques (2001,2002), Hodes (2003), Paixão et al (2011), Winant (2001), Schucman (2014, 2018). Esses processos de discriminação intrínsecos a área da saúde, por conseguinte, tem feito que essa condição de desigualdade racial se reproduza, se mantenha e se perpetue (KALCKMANN et al., 2007). Esse processo se verifica também na saúde, campo em que algumas dessas desigualdades se produzem exatamente no âmbito da assistência e do cuidado, não por heranças sociais, tampouco, genéticas, como comumente se alega. (GONÇALVES, 2017; KALCKMANN et al., 2007)

Outro dado que vai ao encontro desses foi revelado pelo próprio Ministério da Saúde no relatório Brasil Saúde – 2018, que analisa a discrepância quanto a demanda e ao tratamento da Doença Renal Crônica: embora pesquisas internacionais e nacionais atribuam à população negra a maior prevalência deste quadro, considerando-se todos os estágios da doença, o tratamento no Brasil é realizado predominantemente por pessoa

brancas: 52%, seguida por 35% de pardos e 11% de pretos, proporcionalmente (BRASIL, 2018). A análise estatística aponta a discrepância entre a demanda e o tratamento como um reflexo da iniquidade no acesso ao tratamento entre pessoas brancas e negras. A pesquisa desenvolvida por Barros et al. (2014) mostra que a população negra está supra representada nos hospitais psiquiátricos e que, mesmo diante de diagnósticos semelhantes e/ou quadros menos agravados, seguem na experiência de privação por mais tempo em comparação aos brancos, que ocupam prioritariamente os serviços substitutivos de atenção a saúde mental.

Estes últimos exemplos mostram que a seletividade e a discriminação não operam apenas por escolhas e atitudes interpessoais. Práticas em saúde que incidem sobre o coletivo, e igualmente envolvem condutas e escolhas, também operam como barreiras importantes. Um exemplo elucidativo por sair da dimensão subjetiva dos comportamentos e entrar na dimensão social das práticas, além de interligar a esfera da conduta à da produção de conhecimentos chegou até mim em uma palestra: em um congresso sobre nascimento e parto onde partilhei dados em minha pesquisa sobre o impacto do racismo na saúde, fui confrontada com um exemplo explícito uma prática discriminatória. Responsável pelo monitoramento de óbitos infantis e índices de mortalidade materna, a gestora de uma unidade de saúde relatou que no Paraná a tentativa de analisar os dados desagregados pela categoria raça-cor foi boicotada sob o pretexto de, devido ao fato de a região ter sido historicamente povoada por imigração branca, a população negra seria numericamente insuficiente para a produção de dados epidemiológicos consistentes. Segundo ela, alegou-se que as ferramentas analíticas e estatísticas não comportariam esses dados. Porém, quando alguns agentes abriram mãos desta ferramenta para fazer investigações qualitativas nas diversas microrregiões,

evidenciou-se uma predominância de mulheres negras entre as mães cujos filhos morriam antes de um ano.

#### 1.3.4 Arranjos Institucionais

Junto a essas dimensões, “cognitiva” e “comportamental”, está a institucional. Ela diz respeito aos arranjos, normas e regras que regem os hospitais, unidades básicas, ambulatórios, laboratórios e demais estabelecimentos que compõem a rede de saúde ou prestam serviços na área. Essa dimensão do racismo nem sempre é evidente ou ocorre mediante um discurso explícito e aparente sobre raça. Sobre isso, Silva et al (2009) descrevem que o racismo institucional:

[...] não se expressa em atos manifestos, explícitos ou declarados de discriminação [...]. Ao contrário, atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, que operam de forma diferenciada na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial (SILVA et al, 2009 apud LOPEZ, 2012, p. 127).

Lopez (2012) reitera a persistência de hierarquias raciais e das práticas que as sustentam nesse campo. No racismo institucional, a discriminação opera por essas normas que, apesar de aparentemente neutras, naturais, necessárias e isentas de critérios, regulam o funcionamento institucional a partir de um corte de exclusão racial profundo. Gomes (2000) afirma ainda que esta modalidade de discriminação ocorre de forma a dissimular o racismo por meio de um conjunto de práticas e procedimentos cotidianos, aparentemente corriqueiros, legalmente protegidos e burocraticamente sancionados. Werneck (2013) descreve o racismo institucional como o modo através do qual o direito e a democracia se subordinam à ordem racial. Para ela, trata-se “da forma estratégica como o racismo garante a apropriação dos resultados positivos da produção de riquezas pelos segmentos raciais privilegiados na sociedade” (WERNECK, 2013, p. 17). Portanto,

o racismo institucional sempre coloca pessoas ou grupos raciais discriminados em desvantagem no acesso aos bens socialmente produzidos.

Como trabalhadora em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de São Bernardo do Campo, pude constatar esse *modus operandis* quando não conseguia atender parcela significativa de mulheres do bairro – em sua maioria negras, que trabalhavam autonomamente como faxineiras. Elas não tinham a possibilidade de comparecer à unidade ou levar seus filhos porque o horário de atendimento da instituição coincidia com o de trabalho. Ou seja, embora a instituição não proíba ninguém de usufruir dos serviços nela prestados e não haja impedimentos explícitos dirigidos a nenhuma pessoa ou grupo por características raciais, nem quaisquer outras, existe uma barreira burocrática que se coloca por uma determinação de funcionamento – horário, localização, exigências e regras – e atinge insidiosamente certos segmentos.

Em minha última experiência no SUS, trabalhando como psicóloga em uma unidade de Pronto-Socorro psiquiátrico na cidade de São Paulo e experiência se repetiu. Nesta serviço-escola, ou seja, unidade de assistência do SUS vinculada a uma instituição de ensino superior – a Universidade Federal de São Paulo – isso se assistia com frequência na adoção dos critérios para permanência na unidade de internação. A imposição de ter uma “rede de apoio consistente”, ou apresentar um quadro que fosse “didático e interessante para os alunos” fazia que poucos dos negros conseguissem uma passagem do Pronto-Socorro para a unidade de enfermagem do serviço. Por conseguinte, embora o critério não fosse racial, quase exclusivamente pessoas brancas eram contempladas com esta oferta – lá entendida como a melhor possibilidade assistencial, já que era considerado pelos profissionais, docentes e alunos um serviço de referência, mais qualificado em comparação a outros na Rede de Assistência a Saúde Mental da cidade.

### 1.3.5 Organização e consecução política

Essa certamente está entre as dimensões mais importantes quando pensamos nas interfaces entre racismo e saúde. Trata de como escolhas que orientam a consecução da política, dando a ela uma determinada forma, é fortemente balizado pela raça, seja por intenção, seja por omissão.

Desse modo, a alocação de verbas para determinados setores da saúde, escolha da disposição territorial dos dispositivos assistenciais, a dominância ou carência de certos serviços ou políticas em determinadas regiões, ainda que não tenham uma orientação racial explícita, incidem sobre isso e tem efeitos discriminatórios sobre os diferentes grupos raciais.

São diversos os exemplos. A alocação de verbas entre os diferentes níveis de complexidade ou esferas de atenção no SUS mostram de modo prático como modo prático, Quanto aos hospitais, além de se concentrarem em regiões centrais, ainda recebem maior injeção de verbas, dado que nosso orçamento em saúde privilegia a Atenção Hospitalar e de Alta Complexidade em detrimento da Atenção Primária, segmento que acaba abrangendo e assistindo um contingente maior de pessoas negras. Um processo análogo decorre quando, sancionada a assistência particular em caráter suplementar, convênios ocupam as unidades públicas de saúde, se utilizando da estrutura oferecida pelo Estado, colocando o acesso a exames, leitos, vagas em maior concorrência para as populações que dependem exclusivamente do SUS para assistência em saúde – majoritariamente negras. Assim se cria um ordenamento político ou estrutura assistencial bipartida, racial, a ser usufruída prioritariamente por pessoas que podem pagar: na consecução, vemos a política se organizar de modo que um grupo tenha duplo acesso – à saúde pública e à suplementar –, e o outro mal tenha algum acesso.

falamos da alocação dos grandes hospitais, de alta complexidade, sempre nas regiões centrais das grandes cidades, um limitador para o acesso das populações negras concentradas nas periferias dos centros urbanos, e com maiores dificuldades de deslocamento (AFROCEBRAP, 2021).

Esse raciocínio pode ser estabelecido em termos geográficos locais ou macrorregionais. É de se estranhar, por exemplo, porque as diferenças na cobertura do saneamento básico sejam tão abissais comparando-se regiões norte e nordeste com o restante do país, onde há predominância de populações negras. Sobre isso, segundo o Ranking da Universalização<sup>4</sup> do Saneamento, elaborado pela Sociedade Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental a partir dos dados da Sistema Nacional de Informação sobre Saneamento, do Ministério do Desenvolvimento Regional (2019), o Nordeste é a segunda região com o pior índice de abrangência do saneamento básico no Brasil, de 16,61%, atrás apenas da região Norte, com 8,67%. Os valores contrastam com a região sudeste, com o maior índice entre todas as macrorregiões, de 66,37%. Um Estudo da Secretaria de Política Econômica, vinculado ao Ministério da Economia, os serviços de coleta e tratamento de esgoto no estado de São Paulo chegam a 100% da população, enquanto no do Maranhão apenas 13,8% têm seu esgoto coletado. Na região Nordeste, o índice de lares sem esgotamento sanitário é de 22,1%, percentual que cai para 5,5% no Sudeste.

Não obstante as estatísticas, o último governo a ocupar a presidência realizou um corte de significativo na pasta, inviabilizando as políticas previstas no pelo Plano Nacional de Saneamento Básico. O saneamento, que abrange serviço de abastecimento de água, coleta e tratamento de esgoto, coleta de resíduos e destinação adequada de resíduos sólidos, tem impactos diretos sobre os níveis de saúde das populações, como é

---

<sup>4</sup> Disponível em: [https://abes-dn.org.br/pdf/Ranking\\_2019.pdf](https://abes-dn.org.br/pdf/Ranking_2019.pdf)

historicamente sabido e ficou bastante evidenciado com a pandemia. A questão é tão relevante, que mostra impactos significativos sobre a escolaridade e evasão escolar. Este mesmo estudo relevou a existência de uma relação significativa entre as mortes causadas por Covid-19 e a cobertura de saneamento básico nas capitais brasileiras, sendo o número de mortes ocasionadas pela doença inversamente proporcional aos índices de coleta de lixo e abastecimento de água. Havendo uma relação estatisticamente significativa e inversamente proporcional entre índices de coleta de lixo e abastecimento de água, e mortalidade pela doença.

Com isso, temos uma política de saída racista, ordenada de modo a distribuir diferencialmente os recursos em saúde entre os grupos raciais mediante escolhas supostamente orientadas por parâmetros técnicos e operacionais – geográficos, mecanismos de financiamento e regras de parceria público-privada. Mediante estas escolhas, aparentemente indiferentes ou cegas do ponto de vista racial, a política ganha um determinado formato, desenho ou organização que determina possibilidades distintas de benefício ou acesso para negros e brancos e se operacionaliza em arranjos político-assistenciais em que a raça está presente como uma ausência. O racismo opera justamente por não ser uma dimensão desconsiderada.

Vale ressaltar que uma parte significativa da bibliografia na área vem apontando que as desigualdades na saúde não se constituem apenas como consequência ou reflexos de condições desiguais e subalternas de vida. Ela adverte que o racismo nos aparatos de assistência tem sido primordial para a manutenção das condições de saúde desiguais. Ou seja, as práticas produzidas nas instituições de saúde e o cuidado oferecido nos estabelecimentos que as integram – ou, a omissão e a falta dele – tem incidido de forma determinante nos desfechos em saúde das pessoas negras e, conseqüentemente, nas

histórias de vida delas, às vezes em termos de vida e morte (KALCKMANN et al., 2017; GONÇALVES, 2017).

Neste sentido, os sistemas de saúde no Brasil devem atribuir para si responsabilidades não somente pela omissão no combate ao racismo, como também pela manutenção desse sistema e, sobretudo, por reproduzir e criar novas desigualdades e hierarquias raciais a partir do cuidado racializado e racista que oferecem, que dispõe ofertas e possibilidades diferenciadas de serviços e cuidados para pessoas negras e brancas. Essa dimensão particular da interferência dos sistemas raciais na Política de saúde e os mecanismos através dos quais isso acontece é o principal objeto de atenção desta pesquisa e vai ser abordado com detalhe na discussão.

#### 1.3.6 Produção da saúde e da vida

O debatido até o momento poderia dar a impressão de que o enfrentamento do racismo, ao menos na saúde, envolveria 1) mudar, reverter, transpor ou desconstruir concepções racialistas, ou seja, “ensinar” o que é raça do ponto de vista formal, demovendo crenças racistas; assim como 2) alterar arranjos institucionais que “involuntária” ou mecanicamente excluem as populações negras; 3) reverter ou modificar práticas institucionais discriminatórias – que, ocasionalmente, desapareceriam adotando-se as premissas anteriores; e 4) repactuar as escolhas políticas que acabam por determinar estruturas assistenciais excludentes na saúde. Lembremos, porém, que enfrentar os sistemas raciais a partir do desmonte dos seus fundamentos retóricos não tem sido suficiente para alterar esse quadro (TAGUIEFF, 2001). As muitas produções no campo – abrangendo pesquisas, estratégias de educação permanente e própria implementação de uma política específica para a população negra – embora denunciem esta realidade, têm



mostrado pouco impacto na sua reversão (BATISTA; BARROS, 2016; GONÇALVES, 2017). Possivelmente, dentre outros motivos, porque existe uma esfera da saúde das pessoas negras – ou da interlocução entre relações raciais e saúde – que extrapola esse setor. Para alcançar essa esfera, serão abordados o processo de constituição do gênero humano e o conceito de saúde em que este ensaio se apoia.

O ser humano é um gênero gregário, que se constitui a partir de processos de socialização. Isso quer dizer que, como era esperado para uma espécie que apresenta tamanha vulnerabilidade e dependência ao nascer, dependemos do grupo para sobreviver e nos desenvolvermos. (VYGOTSKY, 1989) É justamente na relação com os pares, por intermédio do grupo e do trabalho empreendido para a satisfação de suas necessidades, que se assegura para cada pessoa humana a aquisição de uma forma de comunicação mediada pela linguagem, e se desenvolve certa qualidade de pensamento e ação que é própria do homem e nos distingue de outros animais (DUARTE, 2004; MARX, ENGELS, 2007). Embora todos tenhamos como potência essa possibilidade de aprender a fazer coisas, adquirir e dominar habilidades fundamentalmente humanas, isso só vai acontecer diante da inserção concreta do sujeito na sociedade, ou seja, na cultura – processo que vai determinar a apropriação dos bens materiais e simbólicos produzidos e acumulados por mulheres e homens ao longo da história da humanidade. Tudo que um ser humano faz e como vive, desde andar em pé, manejar talheres, assim como cozinhar, esculpir um objeto de arte, construir uma casa, fazer cálculos matemáticos, ler e escrever, andar de ônibus, tocar um instrumento musical, até reconhecer Chopin tocando no rádio ou o Taj Mahal por uma imagem, gostar de cinema, jogar futebol, basquete ou xadrez, assistir à aurora boreal ou compreender a língua de sinais, envolve os processos de aprendizagem ou aculturação. Ou seja, se dá através da transmissão e apropriação dos signos e objetos dispostos na cultura.

À revelia de essas possibilidades serem comuns a todos os humanos, somente alguns de nós tocam piano, falam mandarim ou conhecem o Taj Mahal, sobretudo pessoalmente. As diferentes circunstâncias dadas para cada grupo e sujeito social fazem que todos tenhamos aquisições diferentes, que nem todos acessem tudo o que existe no mundo: há pessoas no mundo que conhecem os cinco continentes, igualmente existem nativos de São Paulo que nunca visitaram o MASP, Museu de Artes de São Paulo – passeio corriqueiro em certos circuitos paulistanos. Logo, é a experiência concreta, que depende também do modo como nossa sociedade está organizada, que norteia a formação dos indivíduos.

É exatamente neste ponto que se dá a intersecção com a saúde. Nascer no norte ou sul do globo, assim como no norte ou sul do Brasil, media diferentes inserções no campo social e formas de ser no mundo, assim como, por conseguinte, figurações corporais distintas. Decorridos oitenta anos de vida, são esperadas diferentes conformações corporais para um lavrador, que trabalhou, por décadas, dez horas diárias fazendo esforços físicos sob o sol; e um deputado, que trabalha quatro horas por dia, três vezes por semana, e se aposenta em oito anos. Ser rico ou pobre, homem ou mulher, determina diferentes ingressos e trânsitos na sociedade e, portanto, diferentes corporificações, na medida em que possibilita trabalhar mais ou menos, comer melhor ou pior, dormir mais ou menos horas, fazer mais ou menos serviços domésticos, morar mais perto ou mais longe do trabalho, realizar ou não atividade física. Esse processo, que é o próprio processo de viver e estar no mundo, e configura um corpo psíquico na medida em que estabelece gostos, preferências, rejeições, possibilidades e limites existenciais, configura também o corpo físico. Diferentes processos figurativos acontecem também para pessoas negras e brancas numa sociedade forjada sob a dominação racial. A saúde, portanto, se estabelece a partir das possibilidades materiais de acesso a cultura, que

envolve desde bens materiais básicos, como abrigo, saneamento e alimentação de qualidade, aos simbólicos, como apreciar Guimarães Rosa ou quadrinhos de gibi.

Apoiada nesses conceitos e raciocínios, defino saúde como a corporificação do conjunto das condições materiais de vida a que um grupo ou sujeito está submetido. Portanto, a saúde aqui está concebida como a manifestação corporal do conjunto das condições sociais de existência dos sujeitos: trata-se da configuração corporal, ou do arranjo figurativo, resultante da inscrição das condições sociais nos corpos individuais e coletivos. Essa perspectiva em saúde é bem elucidada pelo conceito de incorporação ou corporificação, que vem sendo desenvolvido por Krieger (2005) no campo da epidemiologia, assim como por outros atores do campo das ciências sociais na saúde, (TAVARES, 2016) tal qual dialoga com o modelo de determinação social do processo de saúde-doença desenvolvido por Breilh (2006). Portanto, saúde está aqui refletida como um processo social, dinâmico, forjado nas relações sociais – como tudo que é da ordem do humano (VYGOTSKY, 1999). Esse entendimento de saúde como categoria radicalmente social exige considerar seus engendramentos com os sistemas raciais.

Em uma aula para uma turma de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina realizada durante a pandemia, ao explicar o conceito de corporificação uma aluna replicou que nós, humanos, somos como Bonsais. Na ocasião, ela explicou que, embora se espere uma certa conformação destes vegetais, eles só ganham forma a posteriori, mediante as condições em que forem cultivados. À vista disso, tendo maior ou menor exposição ao sol, mais ou menos água, estando em diferentes tipos de solo, a depender da temperatura, recebendo ou não podas, conformam-se as raízes, folhas, entroncamento e toda a figuração da árvore. Se nós, humanos, somos Bonsais, então o racismo está para as condições de água, temperatura e solo, tal qual a saúde é a forma que a planta toma.

A saúde como síntese corporificada do intercruzamento das múltiplas dimensões sociais em que o sujeito está colocado – e que o constituem de maneira mais ou menos permanente ou transitória – se evidencia pela contiguidade nas desigualdades entre brancos e negros nessa área e no conjunto da sociedade. Ao redor do mundo, grupos racializados apresentam piores condições de saúde, evidenciadas no surgimento precoce de doenças, maior gravidade e pior progressão de quadros em saúde, maiores índices de morbidade e altas taxas de comorbidade, alta incapacitação ao longo da vida e taxas de mortalidade maiores e mais precoces. Assim, o conjunto significativo e proeminente de pesquisas que integram a área de conhecimentos sobre raça, racismo e saúde vem evidenciando que estes fenômenos, assim como os processos a eles subjacentes, se produzem de forma mutuamente determinada e seguem contingentes, como na história, nas sociedades contemporâneas (KRIEGER, 2019; WILLIAM, 2012).

Essa contiguidade também aparece em todas as esferas da sociedade brasileira. Na área do trabalho, os negros ocupam os postos mais precários e mais mal remunerados (a exemplo da Agropecuária, Construção e Serviço Doméstico) e são maioria no trabalho informal, somando 66,3% contra 32,5% de brancos. Além disso, recebem pior remuneração ou salários mesmo desempenhando as mesmas funções e tendo o mesmo tempo de estudo ou nível de escolaridade, de modo que o rendimento médio domiciliar salta de R\$2.867,61 quando o chefe é negro para R\$ 7.095,95 quando é branco (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019b). Em 2018, brancos ganhavam 73,9% mais que pretos ou pardos. São as mulheres negras também que compõem o grupo majoritário de chefes de famílias vivendo abaixo da linha da pobreza, totalizando 63% contra 39,6% de brancas na mesma condição (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019b). É entre os negros que se observam as maiores taxas de analfabetismo, sempre expressivamente maiores em

comparação aos brancos (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011), diferença que chega a três vezes no grupo etário de pessoas com 60 anos ou mais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019b); e os maiores índices de evasão escolar, onde os pretos e pardos representam 71,7% dos casos de abandono do ensino somando-se todas as etapas da educação básica. Os negros vivem em piores condições de moradia, sendo as casas chefiadas por mulheres negras as menos abastecidas por saneamento básico – 61,8% contra 78,4% dos lares chefiados por mulheres brancas (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011; SANTOS, 2013). São ainda maioria nos bairros mais afastados das cidades, ocupando favelas e periferias dos grandes centros urbanos, onde prevalecem a precariedade da moradia e a ausência de infraestrutura e serviços públicos e coletivos adequados, como pavimentação, atendimento de água e energia elétrica. Além disso, nessas regiões, os aparatos de lazer e cultura são escassos e os índices de violência maiores, existindo uma correspondência significativa entre raça/cor e nível de bem-estar urbano, com vantagem para a população branca (BRASIL, 2019). Consequentemente, também compõem o segmento mais afetado por problema de deslocamento e transporte público devido às grandes distâncias que separam moradia e trabalho (FRANÇA, 2015; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA, 2000, 2010, 2019a; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011; MARQUES, 2010; RIBEIRO, 2016; SÃO PAULO, 2015). Nos relatórios Saúde Brasil publicados em 2018 e 2019, afirma-se que índices de violência e mortalidade são mais expressivos na população negra, demandando estudos que aprofundem a questão e direcionem de políticas de intervenção e prevenção. Colocando o gênero em perspectiva, as diferenças permanecem: notificações de violência e óbito por agressão foram superiores em mulheres negras, sendo que no período de 2005 a 2015 observou-se redução de 7,4% na mortalidade por

agressão em mulheres brancas contra um aumento de 22% nas não brancas. Encontramos, ainda, que mulheres brancas tiveram maior acesso a pré-natal adequado, sendo o índice de adequação aproximadamente 15% maior em mulheres brancas no ano de 2015: 79,5% contra 64,8% nas negras. Analisando a situação de saúde segundo o perfil de mortalidade nos estados, piores índices concentram-se nos estados do norte e nordeste, regiões de maior concentração percentual de população preta e parda. Negros constituem a maioria da população carcerária, sendo objeto preferencial da seletividade e punitivismo penal (ALVES, 2015). Essa mesma população está sub-representada na política institucional e em outros espaços decisórios de poder do Estado (CAMPOS, HASENBAL, SILVA, 1993).

É emblemático o *Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil* (2007, 2008), que aponta as vantagens dos brancos em relação aos não brancos no que diz respeito aos índices de mortalidade da população brasileira; no acesso ao sistema de ensino; na inserção e posição no mercado de trabalho; e no acesso ao poder institucional, políticas públicas e marcos legais. O estudo constatou que os brasileiros brancos vivem em um Brasil com IDH médio equivalente à 44ª melhor posição no mundo, enquanto os brasileiros negros vivem em “outro”, onde o IDH médio é equivalente ao 104º lugar. No ano de 2020 a Agência de Notícias do IBGE, em um editorial de estatísticas sociais, divulgou<sup>5</sup> que as desigualdades de trabalho, renda e moradia persistem entre brancos e negros no país, com taxa de desocupação maior para pretos e pardos, 13,6%, em comparação aos brancos, 9,3; 47,4% de negros em ocupação informal contra 34,5% de brancos; a população branca ganhando 73,4% a mais que a preta ou parda; a linha abaixo da pobreza ocupada por pessoas negras em percentil de 70 e e 13,5 milhões de pessoas

---

<sup>5</sup> <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29433-trabalho-renda-e-moradia-desigualdades-entre-brancos-e-pretos-ou-pardos-persistem-no-pais>.

brancas residindo em domicílios com algum tipo de inadequação contra 31,3 milhões de negras.

O informativo “Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil”, publicado em 2019 pelo IBGE, formulado sobre os dados provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – a PNAD - Contínua – revela aumento da população autodeclarada preta e parda, sem alterações significativas do padrão desigual revelado pelas pesquisas anteriores nas diferentes esferas do mercado de trabalho, educação, condições de moradia, rendimento, violência ou representação política. Além de confirmarem a manutenção deste cenário, que segue basicamente inalterado ao longo dos anos, esses dados apoiam, dão substância e abrem possibilidades de analisar o que está bastante fundamentado no trabalho de Batista et. al (2012), em que constam as evidências de que o perfil de morbidade e mortalidade da população negra é quase sempre pior e segue pouco alterado ao longo dos anos. Essas condições sociais reverberam na saúde, onde as desvantagens sistemáticas se reproduzem e se repetem, o que é expresso pela ocupação insistente da população negra entre as piores posições nos indicadores do campo. Portanto, comer mal, morar longe, trabalhar mais tempo, em arranjos informais e mais precários, ter menos acesso a educação, saúde, lazer e direitos, estar constantemente submetido a situações de violência urbana e institucional certamente têm efeitos sobre a vida, o corpo e, portanto, a saúde das pessoas e grupos. Por conseguinte, a saúde das pessoas negras está francamente relacionada a uma ordem social racista, às condições experimentadas nos outros setores da vida que não a saúde.

A congruência entre os dados e sua permanência fora e dentro da saúde atesta a materialidade da determinação social do processo de saúde-doença (BREILH, 2006; LAURELL, 1976) e os modos como processos sociais se inscrevem no corpo dos sujeitos, condicionando processos biológicos – que, por esta perspectiva, não devem ser

considerados dissociados ou autônomos dos sociais. Contrariando parte significativa da produção no campo – inclusive aquela comprometida com o antirracismo –, protesto que a situação de saúde da população negra não tem lastro ou explicação na biologia, na genética ou em particularidades constitutivas, mas é resultante da articulação da reprodução do racismo nestes muitos domínios, como o da educação, do direito, do trabalho, da política, etc. Mais que combinados e condicionados, os processos biológicos se engendram aos sociais em uma relação de subordinação.

Logo, o racismo impacta a saúde das pessoas negras frente à articulação de dois aspectos ou eixos da discriminação racial: aquele circunscrito ao campo da saúde, que concerne à soma das políticas e práticas neste campo que excluem as populações negras; e um outro “constitucional”, referente ao conjunto de condições sociais e de vida desfavoráveis e desvantajosas em que essas populações se encontram e aos efeitos disso sobre seus corpos – dimensão que extrapola o campo da saúde. Dessa maneira, conjugam-se mecanismos estruturais, que dizem respeito à produção social da vida, e institucionais, que se referem às normas que regem o funcionamento das instituições, como eixos articulados na produção e reprodução do racismo na saúde e desse quadro alarmante para as populações negras. A convergência entre as estatísticas na saúde e as experiências de vida fora dela vem sendo elucidada no trabalho de Lopes (2004; 2005). Portanto, a saúde das pessoas negras está diretamente relacionada a uma ordem social racista, às condições experimentadas nos outros âmbitos da vida que não o da saúde, mas na qual se manifestam.

Evocando a perspectiva da determinação social do processo de saúde-doença a partir de uma leitura radicalmente sócio-histórica e contrariando parte significativa da produção no campo – inclusive aquela comprometida com o antirracismo –, protesto que a situação de saúde das populações negras não encontra lastro e nenhuma explicação na



biologia, na genética ou em particularidades constitutivas (mesmo que historicizadas), mas sim no racismo que opera de forma articulada em e com cada um desses espaços que não a saúde: a educação, a justiça, o trabalho, a política, os mídia, a moradia, etc, ou seja, no racismo em sua dimensão estrutural, que articula todas essas esferas nas quais o negro encontra-se em desvantagem. Temos na saúde das populações negras um exemplo inexorável de como os processos sociais se inscrevem no corpo dos sujeitos, condicionando processos biológicos que, desta perspectiva, não podem ser considerados dissociados ou autônomos dos sociais.

Logo, saúde aqui é concebida como a configuração corporal ou arranjo resultante da inscrição das condições sociais nos corpos individuais e coletivos. Essa perspectiva em saúde é bem elucidada pelo conceito de incorporação ou corporificação, que vem sendo desenvolvido por Krieger (2005, 2012) – para a autora, uma chave analítica e metodológica abstraída da teoria ecossocial. Aqui é empregada também como ferramenta teórica e endossa a compreensão histórico-social do gênero humano, a partir da qual é pensada a contiguidade entre o lugar social subalterno ocupado pelo negro na sociedade brasileira e os dados em saúde alarmantes neste grupo – ainda que estes pólos estejam ligados por mediações complexas. Assim, construo a partir das discussões acerca da saúde das populações negras uma inteligibilidade sobre o que seja a saúde, entendida como o processo de corporificação do conjunto das condições em que cada pessoa ou grupo vive; o resultado vivo e em permanente transformação do conjunto articulado das condições em que os sujeitos estão imersos ou a que estão submetidos, efeito daquilo que os determina de forma mais permanente ou transitória e acaba por constituir o conjunto das condições existenciais de um grupo ou pessoa. Logo, saúde aqui é concebida como a configuração corporal ou arranjo resultante da inscrição das condições sociais nos corpos individuais e coletivos. Extensão entre o somático e o social.

Embora, como processo complexo e multideterminado, saúde nunca possa ser apreendida ou definida em totalidade (BARATA, 2009), tomá-la como a corporificação do conjunto das condições objetivas em que grupos ou pessoas viveram e vivem é uma tentativa de aproximação de uma definição a partir da perspectiva da saúde da população negra. Nesta aproximação, o processo saúde-doença se trata da manifestação corporal, individual ou coletiva, do conjunto das condições sociais de existência dos sujeitos; se trata do resultado ou síntese do inter cruzamento das múltiplas dimensões sociais em que se constitui.

Pensar a saúde das populações negras desta perspectiva aqui reivindicada, ou seja, para além da implementação de uma política setorial específica, não é novidade no campo. A Reforma Sanitária já trazia o marco da determinação social do processo de saúde e doença e, por isso, pleiteava não somente o reordenamento do sistema de saúde, mas melhoria nas condições de saúde da população como um todo, e por isso lutava por transformações sociais que permitissem melhores condições de vida (Escorel, 2015). Dessa perspectiva, fundamentada no processo de determinação social da saúde, disputa-se uma compreensão acerca da saúde da população e a necessidade de pensá-la e construí-la para além de uma política institucional, sob um debate cujos marcos se ancorem em processos sociais complexos, que envolvam os modos de produção vigentes, a divisão social do trabalho, violência e exploração, produção e expropriação de bens e riquezas, assim como sua distribuição, assim como dinâmicas de poder e dominação. São esses os processos que precisam ser confrontados com a reivindicação das relações raciais na saúde como um paradigma neste campo. Nesse sentido, mais uma vez, relações raciais na saúde não faz outra coisa senão radicalizar os marcos e princípios civilizatórios e democráticos sobre os quais se ancoram o Sistema Único de Saúde e o pensamento ou crítica em saúde que deu a origem ao movimento da Reforma Sanitária. Transcendendo

a política institucional no campo, a noção de saúde da população negra afirma a condicionalidade inequívoca e radical entre processos sociais e a saúde das populações e convoca a admitir de forma irrefutável a implacabilidade da estrutura social e os modos como produz os processos em saúde e, por fim, todos os eventos corporais mediante os quais a vida decorre. E, por consequência disso, na perspectiva aqui defendida, envolve ainda a afirmação de um paradigma antirracista na saúde que se desenvolva e se sustente, como doutrina e política a partir de parâmetros não racialistas. Alinha-se, ainda, àquilo que Werneck e Lopes (s/d) defendem: como um campo de produção de conhecimentos, saberes, práticas, atitudes e estratégias construído a partir da compreensão dos impactos do racismo sobre a saúde e do reconhecimento da necessidade de intervir sobre isso, enfrentar, confrontar e superar essa condição, em direção à construção de uma sociedade menos desigual e injusta e efetivamente mais democrática.

Neste sentido, estudar relações raciais na saúde não é outra coisa senão radicalizar o paradigma da determinação social do processo saúde-doença, em especial no que diz respeito à compreensão do racismo como sistema estrutural global de dominação. Desse entendimento de saúde como categoria radicalmente social, refirmo que só pode ser compreendida a partir dos seus engendramentos com os sistemas raciais.

## **2. Metodologia**

Guimarães (2018) afirma que, embora Hasenbalg e Vale tenham realizado através de uma abordagem estatística rigorosa o trabalho grandioso de comprovar que as desigualdades sociais no Brasil são, em verdade, desigualdades raciais, esta tese ainda precisa ser sustentada. O feito mais significativo desta tese, que orienta os estudos de temática racial desde então e segue válida, foi refutar a perspectiva hegemônica àquele

momento, representada, sobretudo, pelo pensamento de Fernandes (1964), que entendia as desigualdades raciais como uma herança da escravidão, que tenderiam a desaparecer ao longo do tempo à medida que os negros fossem integrados à sociedade de classes de um lugar não subalterno. Estudos com metodologias complementares precisam investigar modos de sociabilidade e documentar a operação do racismo institucional para seguir dando materialidade a ela.

Este trabalho se desenhou mediante o objetivo de investigar discriminação racial, sob uma perspectiva dialética das relações raciais que põe em análise negro e branco defronte, tomando como objeto a política: as políticas na saúde e a política de saúde. Como já afirmado, a produção sobre o tema é pouco desenvolvida no Brasil. Embora muitas pesquisas atestem as desigualdades, como o resultado de mecanismos de hierarquização dentro e fora da saúde, poucas revelam os modos como a discriminação se dá: elas constataam os impactos do racismo na área sem desvelar os mecanismos através dos quais esse processo se operacionaliza. Assim, apesar dos dados consistentes que confirmem sua concretude, insiste como demanda científica a compreensão dos meios que levam a este fim.

Foi tentando atender a essa demanda dos estudos de temática racial na saúde que no mestrado investiguei como a discriminação decorria nos serviços, pautada pela relação profissional de saúde-cidadão. Os resultados evidenciaram que comportamentos e condutas discriminatórias acontecem, sobretudo, por omissão, negligência ou recusa no atendimento a pessoas negras, ações que se conjugavam a precedência de pessoas brancas. Revelaram ainda o papel capital dos médicos, enfermeiras, nutricionistas e psicólogos na discriminação racial, que se conformava nas escolhas e condutas destes profissionais, orientadas por afetos mobilizados pela identificação com a branquitude como lugar normativo de poder e privilégio. Mostraram ainda que essas condutas-

discriminações se concretizam sem necessariamente a revelação de ideias racistas explícitas, declarações manifestas ou menções diretas sobre a raça, e, geralmente, se sustentam por um argumento técnico-teórico generalista não competente à raça que as justifica. Da articulação destas evidências, está a mais importante: o racismo acontece segundo uma operação em reverso e em negativo. Dito de outra forma, tem-se o racismo acontecendo pela supressão do discurso sobre a raça, pela deleção do negro e o acolhimento preferencial a pessoas brancas no sistema de saúde, com a eleição deste contingente para receber as melhores ofertas, serviços e cuidados.

Embora os dados expusessem os processos de discriminação como situações conjugadas à esfera institucional mais ampla, isto é, o racismo acontecendo em suas múltiplas dimensões (CAMPOS), a divulgação deles veio com a preocupação de que fossem apropriados sob uma leitura simplista – ou seja, avessa ao paradigma da complexidade sob o qual se espera pensar os fenômenos da raça e da saúde – fixada no primeiro plano analítico, do encontro entre cidadão e profissional de saúde, que circunscrevesse o racismo ao âmbito interpessoal e os mecanismos de discriminação racial à dimensão do preconceito e da intersubjetividade. Inquietou, ainda, que as descobertas pudessem fundamentar um segmento do antirracismo orientado por essa dimensão singular – visto comumente na saúde nas abordagens puramente educacionais e (des)sensibilizantes – que, deste modo, se satisfizesse com a responsabilização dos profissionais, ou quaisquer outras soluções reducionistas aproximadas, como saída para subverter o racismo evidenciado.

Preocupada que o debate e a compreensão sobre o racismo, na saúde ou fora dela, fossem reduzidos a processos interpessoais de seletividade, determinados por afetos pessoais e prontamente passíveis de mudança com expedientes educativos, no doutorado lanço olhar sobre as políticas e suas formas institucionais, esperando elucidar como

racismo e discriminação estão dispostos na saúde mesmo antes de uma pessoa negra chegar a uma unidade assistencial. Barata diz que “nas desigualdades no acesso a serviços importa também a configuração da política nacional de saúde, isto é, quais são os princípios que a constituem, a forma de organização dos serviços e as formas de relação que se estabelecem entre clientela e profissionais de saúde” (BARATA, 2009, p. 63).

Neste trabalho de doutoramento, investigo um conjunto de particularidades, sendo a principal compreender os mecanismos político-institucionais de exclusão, ou seja, essa dimensão particular da discriminação no ordenamento das políticas de saúde. Logo, é questão fundamental a configuração do nosso sistema de saúde, aqui pensado na objetividade da rede que materialmente configura junto a outras políticas e doravante a acessibilidade dos serviços pelas pessoas negras.

Esse meio de investigar a inscrição do racismo na política se relaciona diretamente à compreensão das particularidades do racismo no Brasil, que aponta como caminho para investigação o acontecimento, e não a prerrogativa. Na introdução do livro “Quase-cidadão”, Gomes e Cunha interrogam: “O que significa *de fato* ser livre e igual, se essas condições estiverem destituídas das prerrogativas políticas (e sobretudo jurídicas) que concedem aos sujeitos possibilidades *concretas* de exercê-las?” (CUNHA; GOMES, 2007, p. 14 – grifo meu). Esta questão está fortemente radicada nesta pesquisa e, sobretudo, nos métodos adotados para defender seu argumento central. O conhecimento sobre as particularidades da institucionalidade do racismo no país levou a investigar a política em sua consecução, ou seja, no modo como ela de fato e realmente acontece da perspectiva das populações negras – da assistência ou desassistência cabalmente reiterada às elas.

Em princípio, o caminho metodológico escolhido para examinar as hipóteses levantadas foi a etnografia. Nessa proposta, eu acompanharia pessoas negras pelos

serviços de saúde que percorressem. A pandemia inviabilizou completamente esta possibilidade, mudando os caminhos da pesquisa e exigindo que outros modos de investigação se impusessem.

Apesar desta mudança, os objetivos se mantiveram. Para atingi-los, lancei mão de dois expedientes complementares, que na pesquisa se compõem dialeticamente: as políticas de saúde, em perspectiva histórica, conjugadas a histórias de pessoas negras nas suas passagens pelo sistema de saúde, em busca de cuidados. Tem-se, portanto, um primeiro plano de análise, concentrado na configuração das políticas de saúde desde o começo do século até os dias atuais. Nesta parte, a tarefa analítica se realizou pela sobreposição das políticas de saúde vigentes a outras, auxiliares a ela, assim como às condições sociais e históricas das populações negras no momento avaliado.

Na segunda parte, examino a histórias de pessoas negras, suas trajetórias e percursos pelos serviços de saúde. Seus relatos e narrativas constituíram o material de análise, do qual extraíram-se itinerários em saúde. Desses itinerários, apreendidos e refletidos, se desenha a estrutura político-assistencial na saúde, analisada a luz das formações raciais brasileiras. Logo, a política em sua proposição formal foi abdicada em detrimento da política assistencial que se desenha factualmente pelo decurso vivido e atuado pelos agentes presentes em situações concretas de assistência.

É importante ressaltar que esta fração da ‘amostra’ em particular se constituiu de pessoas que encontrei em diferentes contextos de vida e relataram espontaneamente suas histórias, incluídas neste trabalho com a permissão e o consentimento delas. O central de suas experiências, relatadas em encontros involuntários, foi complementado com a aplicação de uma entrevista semi-estruturada, em que foram investigados conteúdos específicos relacionados a condicionantes do adoecimento; caminhos dos usuários negros pelas redes assistenciais de saúde; tempo, distância e deslocamentos decorridos para

atendimento; condutas e informações que recebem; e percepção do modo como foram tratados. Para Minayo, “entrevistar é um processo que consiste em dirigir a conversação de forma a colher informações relevantes” (p. 61). Foram, então, convocados a partilhar os itinerários assistenciais percorridos e principalmente a narrar sobre essa experiência vivida, partilhando suas impressões, angústias, análises e pensamentos sobre seu estado de saúde, sua condição racial e, especialmente, sobre o tratamento e conduta recebidos nos diferentes serviços.

Uma particularidade importante a elucidar sobre essa amostra diz respeito à classificação racial e aos critérios de classificação adotados. Existe uma demanda, justificada, especialmente no campo da saúde, que os estudos revelem os modos como sobrevém a classificação dos indivíduos tratados ou adscritos dentro de determinado grupo – um dado crucial que vem sendo negligenciado por parte significativa da produção na área. Devido a esta amostra ter se instituído a partir de uma rede de próxima de contatos ou conhecidos, todos chegaram até mim já autodeclarados e hétero-identificados como pessoas negras, não havendo discordâncias entre a minha percepção e a declaração auto-afirmada. Acredito ainda ser importante registrar que, dentro do modelo de classificações proposto pelo IBGE, identifico todos como pardos, e que todos se classificaram sob as nomenclaturas ou categoria “negro” ou “preto” – escolha justificada, em todos eles, pela soma de critérios fenotípicos a outros de ascendência ou origem, história de vida e localização política. Embora este tema não seja abordado em nenhum momento nesta pesquisa, acredito que os modos como se classificaram demonstram a complexidade dos processos de construção de identidade racial forjados sob a particularidade da dinâmica das formações raciais brasileiras; além de manifestarem e confirmarem como esses processos complexos estão contingenciados àquilo que, na análise dos conteúdos referidos sobre os pardos na dissertação do mestrado, descrevi como *hipofiliação*



*fenotípica* (GONÇALVES, 2017). Justapostas ao conjunto das histórias partilhadas, certamente dão materialidade e argumentos para reforçar o que vem sendo historicamente apontado pelo campo das relações raciais no país: pretos e pardos se agregam em uma única categoria na medida em que estão radicalmente submetidos aos mesmos processos sociais de violência racial, exclusão e discriminação.

Na banca de defesa de mestrado, o Prof. André Mota, então membro, questionou se investigar o discurso de profissionais – sobretudo, médicos – brancos não seria um modo de repor os valores e poderes sobre o qual se estrutura a branquitude. Tomar as narrativas dessas pessoas negras como objeto de investigação aponta o desejo de que este estudo se oriente pelo ponto de vista destes atores, levando a sério e com rigor suas informações, dando assim relevância histórica, política e científica a suas experiências. Ademais, colocar como objeto central a experiência objetiva de sujeitos concretos na história e no tempo para retratar ou analisar uma política de saúde é uma escolha dissonante: Breilh ressalta que as análises sobre o sistema de saúde brasileiro privilegiam sua dimensão institucional, do sentido legal e organizacional, em detrimento das dimensões concreta e operacional. Paim aponta dado análogo acerca das análises históricas sobre a Reforma Sanitária, retratada de sua dimensão legal, frequentemente ocupadas por narrativas otimistas e vitoriosas que ocultam as contradições e fissuras na escolha do modelo de assistência a saúde adotado. Aqui, ao contrário, escolho abstrair de diretrizes legais, manuais, cartilhas e documentos oficiais para observá-la na sua consecução. Em conformidade com esta proposta, este material foi adensado por casos massivamente divulgados pelos mídia, cujo desfecho em saúde fez que ganhassem notoriedade pública, relatos na minha experiência como profissional do SUS, como palestrante em serviços de saúde e dando aulas, assim como acrescida dos dados já publicados da pesquisa de mestrado que antecede esta.

A escolha de uma metodologia deve sempre levar em consideração o objeto a ser investigado, as hipóteses levantadas e os objetivos que se espera atingir. O processo metodológico adotado aponta uma determinada orientação epistemológica e, sobretudo, certa compreensão de mundo e de pesquisa. Neste sentido, a metodologia diz respeito também a quem pesquisa, ao lugar que pesquisador ocupa frente a esses “objetos” e as relações que estabelece (e que se estabelecem) com esse panteão de elementos que compõem a atividade de pesquisar: o tema, os assuntos abordados, as teorias, paradigmas e conceitos que os sustentam, os textos escolhidos, as muitas pessoas envolvidas, a amostra a ser constituída, os espaços a serem percorridos, os instrumentos que vão mediar a apreensão e captura de tudo que se pretende analisar (SPINK, 2003).

Deste modo, estas duas vias e os elementos que as constituem estão sob exame das categorias legadas das relações raciais, no diálogo que estabelece com a teoria racial crítica, perspectiva que une estes diferentes objetos sob o mesmo olhar, sempre orientado a captar o modo como a raça está inscrita e a maneira como as relações raciais, como dinâmica de poder, operam nos processos de saúde. Neste vaivém, procurei fugir da dicotomia política real versus substancial, justamente por compreender que estes dois vértices não se conjugam por uma lógica de divisão antitética, mas de contradição dialética, a partir da qual se examina a dinâmica da exclusão – e, por consequência dialética e metodológica, a do privilégio. Longe de repousar sobre o outro polo, o que se deseja é apontar a complexidade das contradições em que este sistema de saúde se sustenta e se organiza, as quais se materializam de forma concreta na vida de todos que nele se salvaguardam. Neste sentido, os dois planos analíticos tiveram como princípio extrair os conteúdos raciais das formas institucionalizadas da assistência, tomadas em sua dimensão pragmática e pelo entendimento de que foram frutos de escolhas em alguma escala.

Este exame conjugado das políticas de saúde desde o começo do século e da trajetória de assistência destes usuários do SUS está intimamente relacionado aos conceitos desenvolvidos na introdução do trabalho, em que defino minha orientação teórica sobre raça e saúde e proponho, a partir de uma literatura específica, uma compreensão dos engendramentos entre esses campos. Assim, este trabalho propõe a articulação, interlocução e conjunção entre uma abordagem conceitual e a empírica. Embora não tenha utilizado a etnografia, os propósitos fundamentais desta metodologia, comuns a outras abordagens qualitativas, se mantiveram: identificar o significado nas relações sociais mais amplas – aqui, fundamentalmente, as raciais – no lugar, contexto e cena imediata onde se manifestam. Trata, portanto, de reportar o observado no ordenamento da política de saúde – através da decomposição de suas conformações históricas e dos conteúdos das narrativas de usuários nos serviços na atualidade – ao contexto social no qual se insere (MATTOS, 2011), qual seja: o das relações de dominação racial no Brasil. Portanto, em última análise, está em questão o caráter atual de nossas instituições de saúde – no que tange, especificamente, ao racismo – e o papel que elas cumprem no combate ou manutenção dos sistemas raciais em nossa sociedade. Ao analisar o racismo no tempo presente, no espaço da saúde, pretende-se colocar em análise as particularidades dos sistemas raciais na sociedade brasileira e própria história contemporânea das instituições de saúde no que concerne a raça.

Esse conjunto de relações dialógicas entre raça, racismo e saúde, já constituídas no mundo, que na pesquisa se restituem numa relação interdependente de afetação recíproca, compõem o campo-tema. Este trabalho, tal qual a pesquisa que o antecede, se orienta por esse conceito de Spink (2003) e, portanto, mais uma vez, o campo não se restringe ao Sistema Único Saúde, seus serviços e instituições, tampouco aos lugares ou itinerários a serem percorridos por esses pacientes. O campo também não se constitui

exclusivamente pela política em análise, as pessoas entrevistadas ou a seara das relações raciais. Se trata das diversas relações que se estabelecem entre esses elementos: pesquisador e abordagens, pesquisador e o tema, e todos os elementos concretos e abstratos que atravessam a pesquisa. Trata da aproximação entre pesquisador e aquilo que pretende desenvolver e, portanto, se compromete a tornar relevante.

Os procedimentos e métodos adotados podem, então, ser enquadrados no que Velardi vem chamando de “pesquisa radicalmente qualitativa”, uma perspectiva que se constitui crítica ao abandonar a ideia de que o pesquisador está de fora, abstraído, indiferente, alheio ou neutro à realidade e aos fenômenos que observa. Como no campo-tema de Spink (2003), a pesquisa radicalmente qualitativa nos convida a romper as cisões dicotômicas entre pesquisador e objeto, pesquisador e tema de pesquisa, ou entre pesquisador e campo. Para essa autora, o modo de fazer pesquisa está diretamente ligado ao que fazemos na vida social, sendo que vida e pesquisa muitas vezes são imuscuídos. Embora Velardi subtraia este conceito de sua submersão nas artes, campo circunscrito de onde observa e relata que os artistas são estimulados a fazerem pesquisa dentro e através da prática artística, suas elaborações se dirigem e se afirmam como premissa além dele. A adoção deste paradigma qualitativo, que combina diferentes técnicas e abordagens, contempla o campo da saúde e a compreensão acerca dele aqui defendida: um campo eminentemente social, aberto, abrangente e complexo, em permanente disputa e conexão com outras áreas que compõem a totalidade do campo social. Contempla, ainda, a incursão entre pesquisa e pesquisadora: aqui, como nas artes, “sujeitos” e “objetos” estão em confluência, e se pesquisa raça e racismo dentro e através dos sistemas raciais, tentando justamente mergulhar neles a partir da área da saúde, sem nunca deles ter saído, implicada neste processo de todos os lugares que me constituem muito além do papel ou exercício de pesquisadora.

Barata (2009) afirma que “...as questões de etnia e saúde carregam um conjunto complexo de determinações nem sempre passíveis de tratamento estatístico, ou mesmo qualitativo, adequado nas pesquisas populacionais” (BARATA, 2009, p. 62-63). Krieger adverte que “uma avaliação completa das desigualdades em saúde requer que se leve em consideração as experiências diárias de saúde e sofrimento humano, não apenas taxas de mortalidade” (ANTUNES, p. 183). Para Krieger, (2005, 2019), cuja perspectiva está seguramente presente neste trabalho, nenhuma análise sobre os processos de desigualdade em saúde pode ser realizada “sem envolver pessoas reais, sociedades reais, lugares reais e momentos históricos reais” (ANTUNES, p. 186). De forma análoga, os processos de discriminação e desigualdade que forjam as diferentes condições de saúde das populações e pessoas negras acontecem em uma trajetória de vida concreta, com sujeitos reais, vivendo em circunstâncias materiais, em condições objetivas determinadas. Perspectiva similar está em Bastos e Faerstein (2012) e igualmente nos inspira. Em seu trabalho, em que se debruçam principalmente sobre os efeitos da discriminação racial na saúde e os métodos para abordá-las, afirmam a necessidade de encontrar formas de investigar o fenômeno adequadas ao nosso contexto, a partir de nossas especificidades.

Ademais, temos uma pesquisa cuja questão central é racismo e discriminação na saúde. Taguieff (2001) é certo ao afirmar que pensar o racismo exige entender os meandros, as particularidades e os contextos em que esse fenômeno acontece, se modifica e reinventa junto aos outros fatores aos quais se conjuga. Lima (2016) concorda e aponta a necessidade de abordar as especificidades que conformam as experiências raciais de discriminação ou de formação das desigualdades um consenso no campo que unifica as muitas abordagens situadas sob o grande guarda-chuva das questões raciais.

Além desses aportes e conceitos que acompanham todo o trajeto da pesquisa, reafirmo ainda o paradigma que norteia o olhar sobre eles: sigo apoiada na Psicologia

Social e Sócio-Histórica e suas ferramentas teórico-conceituais, e enfaticamente orientada pela dialética universal – particular – singular (PASQUALINI & MARTINS, 2015), chave teórico-metodológica para pensar e analisar raça, racismo, saúde, o SUS, a história dos pacientes, suas trajetórias pelos serviços de saúde e, principalmente, a conjugação entre todos esses elementos. A partir dela é apreendido o movimento dialético e contraditório figurado entre os registros aparentemente opostos compostos pelas díades pesquisador e pesquisa, sujeitos e estrutura social, determinantes históricos e ação dos sujeitos no mundo, da esfera legal e a concreta da realização da política, do social e do psíquico, singular e político. Deste modo, temos o materialismo histórico-dialética tomado como método de investigação e análise (PASQUALINI, MARTINS, 2015) que perpassa, de entrada à saída, todos os momentos da pesquisa, desde a forma de olhar os objetos em questão à escrita, aplicado à investigação desses fenômenos sociais complexos e multideterminados que advêm dos imbricamentos entre as relações raciais e a saúde, e as mediações entre eles, que se consubstancia pela dinâmica entre os planos universal – particular – singular dos fenômenos em análise.

Disso se extrai também que, embora pense o tempo presente, isso dá a partir de um entendimento crítico dos processos históricos, que se desenrolam em meio a rupturas e permanências, ciclicidades e repetições, movimentos contraditórios a partir dos quais se constituem permanentemente outras sínteses. “As perguntas sobre quem e o que impulsiona as desigualdades em saúde devem ser sempre enquadradas historicamente”, afirma Krieger (ANTUNES, p. 187). Esse laço epistemológico abrange também as formas de abordar passado e presente, mostrado, do empréstimo da História, a importância de uma metodologia capaz de “unir o estudo dos mortos ao tempo dos vivos” (FARGE), especialmente numa pesquisa que versa sobre saúde da população negra, em que esses tempos se confundem, sendo tantas vezes o tempo desta vida também o tempo

da morte – seja pela presentificação fantasmática de passados que estariam supostamente mortos, seja pela condição de morte em vida que frequentemente marca este contingente.

Como o paradigma complexo ensina, relações complexas não podem ter respostas simplistas, diretas e unicasais, tampouco ser explicadas por relações unilaterais (BARATA, 2009). Sem romper com esta lógica, Farge entende a investigação histórica como uma forma de bordejar, dar contorno e forma aquilo que nos habita a partir de margens pouco definidas e delimitadas (FARGE, p. 7). É exatamente este o desafio que nos captura, senão na intenção de resposta, ao menos na de se aproximar da compreensão desse conjunto de fenômenos que se apresentam dos engendramentos entre as relações raciais e a saúde, especialmente no que se refere as populações negras no Brasil e na cidade de São Paulo. Abaixo, na discussão, segue o que foi possível esboçar.

### **3. Discussão**

#### **3.1 O Positivo, O negativo e o afirmativo**

Como já mencionado, este trabalho tem como tese central que as políticas de saúde no Brasil foram construídas e se estabeleceram a partir de parâmetros raciais e operam por mecanismos racistas, de modo a sustentar a dinâmica de expropriação dos negros impetrada pelos sistemas raciais de dominação. Este trabalho tem como tese central que as políticas de saúde sempre foram racistas, porém isso decorre em negativo. esta pesquisa de doutorado se levanta em torno dos modos como os arranjos político-institucionais operam a partir de uma lógica racial – e racista, ainda que não assumida ou revelada – tantas vezes sem mencionar a raça, ou mesmo com o suposto propósito de combatê-la.

Esta compreensão é contrária à perspectiva histórica e sociológica hegemonicamente construída no campo, onde é fácil observar a supressão das questões raciais depois do período áureo da eugenia, defendida no campo por autores importantes.

Contesto essa hipótese e afirmo que ela só seja possível, assim como a compreensão de que a raça deixou de ter importância, porque ocorre em negativo. Ou seja, isso transcorre de uma forma particular: implícita, escamoteada, a ocultar-se. Admite-se, ainda, que essa característica ou particularidade não muda na atualidade, mesmo diante do advento do SUS e de uma política afirmativa no campo.

Aqui, avançando em relação ao mestrado, afirmo que este negativo não está exclusivamente na conduta interpessoal de profissionais em relação aos pacientes, na relação com eles: mais que isso, ele é um articulador que arregimenta o racismo em todas as instâncias na saúde, abrangendo além dessa dimensão interpessoal da relação profissional de saúde – paciente, também os arranjos institucionais e as decisões e acordos políticos que estruturam o sistema de saúde – e, por conseguinte, as possibilidades de oferta de cuidado – no Brasil.

Negativo foi emprestado da psicanálise, dentro das correntes que dialogam com a psicologia social e de grupos, especialmente como na obra de Allan Green e Rene Kaes. Faz uma alusão à revelação fotográfica, especialmente ao conteúdo contido o filme, impresso, mas não revelado. Os pactos que se estabelecem sobre o negativo tem por base a sustentação de um sintoma ao mesmo tempo social e psíquico cuja revelação faria desintegrar o grupo.

Na interface entre o conceito de negatividade de por Allan Green e dialética negativa de Adorno, negativo aqui é tomado simultaneamente como um processo, uma operação social que decorre de um conjunto de ações e mecanismos com fins de manter determinados conteúdos ocultos e silentes para a manutenção de pactos, alianças ou laços



(GREEN, 2009); e como uma chave conceitual e analítica a partir da qual observar e compreender processos fundamentados não na positividade da razão, mas justamente no movimento contraditório, diacrônico e dialético entre os elementos que integram a totalidade da estrutura social (ADORNO, 2009). Aqui, o foco está na estrutura do SUS, na sua interface com os sistemas sociais de forma mais ampla e com a emergência da raça e do racismo como dispositivo de discriminação nas instituições de saúde.

### 3.1 O Positivo, o negativo e o afirmativo: as políticas da raça

Um conjunto de conjecturas e hipóteses sustentam esse trabalho e orientam suas escolhas. Ele parte de um argumento central: que as políticas de saúde no Brasil sempre tiveram uma perspectiva racial, ainda que *em negativo*. Com isso se quer dizer que a raça sempre esteve em questão nos modelos assistenciais vigentes: na organização e distribuição dos recursos, na alocação de investimentos e verbas, na distribuição espacial de estabelecimentos e serviços; na eleição de agendas prioritárias e nos critérios adotados para isso; nos arranjos e desenhos administrativos e institucionais; na consecução das ações e medidas em saúde; nas teorias e bases conceituais que nortearam essas propostas – mesmo nos momentos em que não foi dita, mencionada, observada, nem esteve ativamente em pauta ou discussão.

No texto “*Política social com recorte racial no Brasil: o caso da saúde população negra*”, Maio e Monteiro (2010) argumentam ter havido um lapso em relação a “temática racial” no momento situado entre início e o fim do século XX. Para eles, transposto o momento dos debates explícitos sobre raça, conjugados às ideias de eugenia, aprimoramento racial, saúde e progresso, passaram-se muitos anos sem que ela ocupasse um lugar mais destacado na saúde, o que teria voltado a acontecer somente com a Política

de Saúde Integral da População Negra, momento quando a raça reaparece na cena da saúde e volta ocupar o debate público. Nas palavras deles:

Nesse período [1920~1980], a tradição sanitaria brasileira continuou a *não* atribuir importância à temática racial. Só no alvorecer do século XXI voltaram à cena pública as relações entre raça e saúde, a partir da proposta de criação de uma política setorial direcionada para a população negra. Esta se baseia na concepção que as desigualdades raciais repercutem de forma específica na esfera da saúde pública e, por conseguinte, devem ser objeto de ação governamental para superá-las. (MAIO & MONTEIRO, 2010, p. 309, grifo nosso).

A hipótese aqui levantada vai de encontro à afirmativa de Maio e Monteiro. À afirmação de que a raça perdeu a importância, é importante evidenciar: não produzir teoria racista não deve ser sinônimo de que a raça deixou de atuar como fator socialmente elaborado de discriminação. Moura explica como uma ordem racial explícita é substituída pelo racismo, como novos mecanismos emergem para manutenção da dominação.

Sem discordar de que esses dois momentos marcam o debate *manifesto* sobre a raça, nos quais ela ganha evidência e aparece como eixo norteador fundamental na consecução das políticas, argumento que a raça sempre esteve presente e nunca deixou de fazer parte das políticas em saúde, e esteve incorporada a elas mesmo nestes momentos em que não figura no campo um debate explícito. Entende-se, por sua vez, que nesses momentos operou de forma implícita, latente ou, mais precisamente, *em negativo*.

Neste sentido, a invisibilidade da raça é expressão de uma *silêpsis*, fruto de uma manobra de supressão. Essa inviabilização, pois, decorre de um processo que se dá no plano discursivo sob diferentes estratégias, narrativas de diversos espectros ideológicos, que passam pelo sanitarismo, desenvolvimentismo e tem seu ápice na ideologia da democracia racial, acontece sob determinadas condições no plano político material. Ainda assim, viveu e segue vivendo ativamente na concretude das relações sociais e na

esfera da saúde, orientando as decisões e escolhas políticas neste campo, assim como as práticas, institucionalizadas ou não.

Werneck e Lopes apostam neste mesmo argumento. No livro *Mulheres Negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas*, elas declaram que “ao analisar todos os modelos adotados pelo estado brasileiro [...], em todos os sistemas verificamos a persistência de estratégias de exclusão da população negra” (Werneck e Lopes, s/a, p. 5). Radicalizo essa ideia com uma segunda hipótese, que está englobada na primeira. Se trata do entendimento que, à revelia dos princípios universalistas e democráticos que fundamentam nosso sistema de saúde atualmente; de sua origem calcada em amplo processo de luta por justiça, igualdade social, universalidade e equidade no acesso; apesar de conter, no bojo de sua formulação, a noção de cidadania; apesar de pretender filiar-se à construção de um projeto civilizatório de sociedade equânime e democrática; e, sobretudo, apesar de termos uma política racial afirmativa na saúde; ainda assim – e ainda nesse momento – serve como aparato de exclusão racial, cumprindo, na sua conjugação com o conjunto do Estado, um papel importante na manutenção do racismo e na produção das desigualdades raciais no país e em São Paulo, que está especificamente referenciada na pesquisa.

Se Farge (2011) propõe na análise dos documentos e acontecimentos o que aparece e desaparece, busco nas políticas, na história delas e na sua execução – objetivamente inscritas nessas trajetórias – o que aparece e desaparece no que diz, ou silencia, sobre a raça: uma produção histórica, objeto produzido do conjunto das relações sociais (FARGE, p. 9). Bento (2014), Cardoso (2008), Silva (2012) e Dijk (2015) apontam como o silêncio é uma estratégia de dominação importante para a manutenção e efetividade dos sistemas raciais, da qual a ideologia hegemônica sobre a raça, os grupos raciais dominantes, os racistas e as instituições de modo geral de utilizam largamente. A

ideia de negativo relaciona-se ao silêncio (ou silenciamento) em suas muitas versões, como um advento ou uma ferramenta necessária à manutenção da dominação racial. O objeto desta pesquisa, o negativo, se encontra forma exatamente onde omissões, silêncios, descasos, lapsos, negligências e inoperâncias acontecem na

A saúde da população negra marca a volta de um discurso explícito sobre a saúde, mas o racismo não deixou de acontecer.

Neste sentido, tem-se ainda como hipótese que a Política de Saúde Integral da População Negra, distante de seus propósitos iniciais e dos objetivos de seus idealizadores, acaba se situando na saúde como ferramenta discursiva cuja lógica é “para que tudo continue como está, é preciso que tudo mude”. Este resultado inesperado, historicamente construído – em parte, obra do imponderável, como tantas vezes se assiste no curso histórico (MANTOVANI, 2015); em parte, obra dos sistemas raciais – exige ainda que entendamos, ainda que parcialmente, os mecanismos em função do qual a política, enquanto ferramenta estratégica, não tem cumprido satisfatoriamente sua prerrogativa antirracista. Neste trabalho, esse pressuposto se coloca em conjunção a uma hipótese principal: a evidência do caráter siléptico do racismo no campo da saúde, analisado a partir das contradições inerentes às díades democracia e exclusão, universalidade e racismo; sempre em consonância com o plano mais geral da sociedade. Portanto, estão em questão neste trabalho e sob análise as contradições que contornam a saúde das populações negras, ou, de outra maneira, que se produzem no campo das relações raciais e da História da saúde a partir da coalisão desses campos: impasses entre os planos formal e substancial, as mudanças e continuidades, rupturas e permanências, as continuidades e descontinuidades que marcam os processos sociais e históricos nas sociedades modernas e se expressam na saúde e nos sistemas raciais.

Assim, a radicalidade a que espera chegar com os raciocínios propostos pretende evidenciar, a partir da análise do movimento dialético entre o geral, o particular e o singular, o caráter negativo da construção de nossa política e sistema de saúde no que concerne à raça – e, portanto, em última instância, às pessoas negras e à assistência a elas prestada como metonímia de um arranjo social mais amplo. Dito de outra forma, a tese central que se defende é que as políticas de saúde brasileiras, desde os esboços mais primitivos de institucionalização, em diferentes momentos históricos, à revelia do caráter mais ou menos progressista que ganhou, mais ou menos inclusivo, mais ou menos voltado ao combate das desigualdades, e embora asseguradas por uma série de prerrogativas no âmbito legal, sempre se constituíram de modo a excluir sistematicamente as populações negras a partir de arranjos raciais que operaram e operam em negativo.

Portanto, desenvolve-se aqui a ideia do racismo como construção em negativo, o que abrange tanto sua forma discursiva – ou seja, as narrativas sociais sobre esse fenômeno – quanto a forma como ele opera e se inscreve nas instituições e as modela a partir de um conjunto de práticas e normas, de forma a atender os interesses desse sistema de espoliação e garantir a manutenção de estruturas racializadas e racistas – ou seja, os privilégios advindos do sistema raciais de dominação.

O conceito de negativo aqui aplicado dialoga com duas noções de negativo complementares: uma extraída da dialética hegeliana e outra desenvolvida pela Psicanálise dos Laços Sociais. Nesta última, aqui destacada, negativo é uma alusão ao processo de revelação de fotos em máquinas analógicas: há no filme um conteúdo marcado, impresso, inscrito, mas não revelado. Os pactos que se estabelecem sobre o negativo têm por base a sustentação de um sintoma concomitantemente social e psíquico cuja revelação levaria à desintegração do grupo – e por isso mesmo precisa ser mantido silente, oculto, latente: em negativado (FERNANDES, 2005).

Assim, o negativo, de maneira bastante simplificada, remete aos mecanismos encobridores que servem como anteparos para a fruição do racismo. Anteparos tanto no sentido de que lhe dão sustentação, ou seja, constituem o objeto ou elemento em que o racismo se ampara; como no sentido que se colocam a frente, impedindo a visão. Esses mecanismos, contraditoriamente, não somente camuflam o racismo, como justamente permitem seu funcionamento mais eficaz e eficientemente. Apreender a dialética do negativo se trata de romper ou desvelar a cisão bipolar entre Estado e instituições, indivíduo e sociedade, pólos entre os quais se espera percorrer, captando nesse interim contradições, ambivalências que revelem de maneira mais precisa as qualidades de nossa formação social. Trata-se também de percorrer a dicotomia que opera uma cisão no campo dos direitos, entre um direito formal assegurado e um direito que de fato não se assegura.

Seguindo a essa lógica, coloca-se em xeque a tese de que o advento do SUS teria trazido maior equidade do que se refere à assistência entre pessoas brancas e negras. Essa ideia, defendida em medida abstrata por autores importantes no campo da saúde, considera que sistemas universais proporcionariam ofertas, níveis e condições de saúde menos díspares entre grupos excluídos e dominantes, mesmo em sociedades bastante desiguais. Barata (2009) diz: “a existência do SUS garante maior extensão de cobertura à população mesmo nas áreas mais pobres do país, compensando em certa medida as desigualdades decorrentes da organização social” (BARATA, 2009, p. 37). Ela segue, em outro trecho: “no âmbito da política de saúde, os princípios do universalismo, integralidade e equidade que orientam a constituição do sistema de saúde brasileiro podem garantir acesso mais igualitário aos diferentes grupos sociais” (BARATA, 2009, p. 63).

Essa premissa já foi refutada por Batista et al. (2012), que confrontam essa asserção demonstrando que a universalidade no SUS não tem sido suficiente para abranger as populações negras em vulnerabilidade. Caminhando um pouco, essa ideia aqui é contraposta à noção de que a universalidade, contraditoriamente, tem sido um pilar negativo de sustentação da reprodução dessas desigualdades em saúde, que atua conjugada à inoperância dessa pretensa política universal, à inoperância da política específica contra o racismo e às ações preconizadas para diminuir as desigualdades, assim como à ação dos profissionais de saúde, responsáveis últimos pela consecução dessas políticas. Ajudam a fundamentar esta hipótese os trabalhos de Theodoro (2013), Henriques (2001,2002) e Barros et al. (2000), que apontam como as políticas universais para diminuição da desigualdade no Brasil, bem-sucedidas quando avaliadas de maneira geral, tem favorecido um segmento específico: as populações brancas. Beneficiadas indiretamente – ou, em negativo – elas conseguem acessar melhorias, direitos e vantagens que não somente não chegam aos negros, como, tantas vezes, ficam mais escassos, mesmo diante da melhoria geral.

### 3.1.1 Abolição e República

A instituição da República, não em vão, marca também o limiar da Abolição. É um período profundamente marcado pelas discussões sobre raça no Brasil, no campo da saúde e fora dele. Dado o destaque que a saúde teve na construção e instituição de uma determinada ordem republicana no Brasil, reiteramos que estes processos, mais que contíguos, foram contingentes. Dessa forma, é redundante dizer que a raça ocupava um lugar central nas discussões no campo social e na saúde: àquele momento, onde estivesse uma – a saúde, estaria a outra – a raça. O lugar proeminente que a raça e saúde ocuparam

aponta a imiscuidade entre esses campos e as ideias de civilidade e progresso naquele momento da história.

Uma bibliografia vasta no campo da saúde pública confirma. Os trabalhos de Hochman, Lima, Maio, Ventura, Mota (2003, 2005), Bechimol, Chalhoub (1996), Silva (2014), para citar apenas alguns, evidenciam a impossibilidade de abordar Saúde Pública nesse período e desencontrar a raça. Algumas vezes pensada como questão central na saúde, outras secundária, a raça tem destaque nos estudos, escritos, ensaios, teorias, teses e tratados daquele momento, evidenciando que se constitui uma modalidade fundamental em torno da qual se desenrolou o debate sobre saúde na instituição da República.

Em retrospectiva histórica, os que hoje abordam aquele período trazem diferentes interpretações e argumentos sobre a importância da raça e dos dispositivos que dela despontam: “era mais que importante; não era central; tornou-se hegemônica; virou discurso e não prática”. Um exemplo emblemático é o debate sobre Eugenia, seus contornos e limites (Stephan, 2005; Mota, 2003; Mota, Marinho, 2013). Tomada como corrente teórica, discursiva, como medidas práticas definidas eugênicas; pensada como particularidade do higienismo brasileiro; e decompondo-se as diferentes disputas e perspectivas deste debate, uma coisa nunca escapa, e esta coisa é a raça.

Outro exemplo marcante das disputas de narrativas históricas sobre a importância e abrangência da raça naquele momento são as vastas – embora nem sempre profícuas – discussões em torno do trabalho de Chalhoub (1996/2017), no já clássico “Cidade Febril”. Nele, analisando a cidade do Rio de Janeiro, o autor defende que a febre amarela teria sido privilegiada na agenda de saúde da primeira República devido a este agravo acometer majoritariamente a população branca, imigrante. Em contrapartida, investimentos na intervenção sobre a cura da tuberculose teriam sido negligenciados, dado o quadro acometer, majoritariamente, as populações negras nos cortiços da cidade.



A partir desta ideia o autor propõe a noção de “higienismo racista”. O termo persuade a sua crença no caráter racial do higienismo brasileiro naquele momento, cujas práticas e estratégias envolviam critérios racistas sobre o que fazer, onde, com quem e de que forma. Assevera que as escolhas políticas não somente consideravam a raça, como eram racistas, pois incidiam diferencialmente sobre populações negras e brancas, para as quais diferentes programas e intervenções no corpo social eram pensadas e dirigidas (Chalhoub, 1996/2017).

As apreciações sobre a tese de Chalhoub – às vezes criticada, mas parcialmente aceita; outras tantas refutada, algumas delas com veemência – recaem principalmente na negação de que as escolhas políticas à época tivessem um caráter racial explícito ou intencional, como o autor daria a entender. Maio e (), por exemplo, rejeita o caráter racista das políticas higienistas, sobretudo sob o argumento de que correntes teóricas que entendiam a composição racial, os processos de mestiçagem e a presença do elemento negro no tecido social brasileiro como a causa das péssimas condições de saúde, salubridade e do atraso sempre concorreram com vertentes opostas – que subvertiam a causalidade entre doença e atraso e subtraíam a raça desta equação – e, inclusive, teriam sofrido uma ‘derrotada’ ao final da primeira república. Dessa perspectiva, as correntes que absolviam a raça teriam ganhado lugar hegemônico no discurso sobre saúde (MAIO, HOCHMAN; LIMA, 1996).

Argumento que, quando a retórica se dá em torno da disputa pela causalidade ou não causalidade da raça, pela centralidade ou não centralidade da raça, pela hegemonia de teoria raciais ou contrárias a ela, estamos impreterivelmente afirmando que a raça está sempre no centro da questão. Nesse sentido, as recusas à perspectiva de Chalhoub, tantas delas centradas na contra argumentação da primazia da raça, acabam por reiterar a força

dessa categoria que, às vezes tomada pela via da afirmação, outras pela via da negatividade, foi o cerne em torno da qual se travou o debate sobre saúde.

À despeito da ênfase que ganhava o debate técnico-teórico, em diferentes contextos a população negra e pobre, remanescente da escravidão, acabou sendo alvo ou objeto preferencial de medidas coercitivas de higiene, como vacinação obrigatória, desinfecção de espaços, queda dos cortiços, etc. Eram também os negros que figuravam as campanhas e os livros informativos sobre saúde, nos quais ficavam imagetivamente associados a doença, atraso, anormalidade e perigo (SCHWARCZ, 1993). Nesse sentido, além das ideologias raciais marcarem esse momento, da adoção de discursos explícitos sobre a raça, temos o início de uma estrutura na saúde sobre a qual já é possível notar um ordenamento que dirige ações, constrói imaginários e ideologias em saúde diferentes sobre os grupos populacionais distintos, incidindo de forma diferencial sobre os negros.

Ademais, embora essa interpretação de que a corrente que colocava a raça como causa do adoecimento e atraso tenha perdido validade, e do paradigma contrário leitura ser mais adotado na historiografia da saúde pública, práticas eugênicas seguiram vigentes até meados da década de 60 (MOTA, MARINHO, 2013). Foi da saúde o empréstimo teórico que fundamentou a política de imigração brasileira e orientou os fluxos migratórios até o início do século XX. A ideia de “imigrante indesejável” (CARNEIRO, s/a) versus o desejado, branco e europeu, elemento necessário ao desenvolvimento da nação, tinha lastro na eugenia, nas ideias de superioridade e inferioridade racial, assim como na aposta no embranquecimento como saída civilizatória para um país adoecido e atrasado. Ou seja, esta ideia que o discurso racista mais explícito e ideias eugênicas mais radicais não tiveram espaço no Brasil devem ser postas em xeque, na medida em que sua derrota no campo discursivo não evitou seus efeitos materiais no campo social nem sua herança na saúde ou outros setores.

Essas produções, marcadas por inflexões e disputas internas que demarcaram diferentes vertentes de pensamento sobre o tema, evidenciam como a saúde respondeu rigorosamente ao chamado da raça – ou dos racistas – e a ligação longa e íntima entre estes campos, suas interferências recíprocas e constitutivas – cuja força permitiu que vigessem até quase metade do século XX e que seus efeitos sejam observados ainda hoje na nossa estrutura em saúde, aderidos à mentalidade sanitária. Com a queda do pensamento eugênico, há uma supressão de pesquisas e estudos que abordam a questão racial no país, com a crescente ascensão do discurso sobre a pobreza como responsável pelos males da saúde, a ascensão do mito da democracia racial e o silenciamento sobre as teorias eugênicas. Um discurso higienista mais brando, mas que muitas vezes se valia dos mesmos expedientes eugênicos, em um jogo contraditório entre a continuidade deste paradigma contra a produção aberta e sistemática que seria rechaçada depois do advento da segunda guerra. Ela fez um pacto de silêncio, mas não foi capaz de suprimir a produção higienista, em educação e sanitária na saúde.

### 3.1.2 Eloy Chaves, Reforma Capanema e Ditaduras

A Lei Eloy Chaves de 1923 é um marco importante e proclama uma transformação estrutural no ordenamento das políticas brasileiras de seguridade, incluindo a área da saúde. Ela criou a Caixa de Aposentadoria e Pensão para os trabalhadores ferroviários, um fundo formado da contribuição do trabalhador e da empresa, a partir do qual era oferecido aos trabalhadores pagamento na velhice (aposentadoria), amparo em caso de acidentes e assistência em saúde. Inicialmente oferecida apenas a classe de ferroviários – atendendo a demandas da economia cafeeira e mediante a mobilização destes trabalhadores – foi através dela também que se promoveu assistência médica a esse grupo.

Gradativamente outras categorias profissionais foram criando suas caixas de pensões, a partir dos quais serviços médicos eram oferecidos. Desta forma, os CAPs são, além de um esboço inicial de política de seguridade, um primeiro modelo de assistência em saúde individualizada, com vistas à recuperação, já que as ações de saúde desenvolvidas até então estavam concentradas na saúde pública, na perspectiva do saneamento, e tinham caráter essencialmente preventivo, social e massivo, incidindo primordialmente sobre os espaços e coletividades nas situações de epidemias e endemias.

A expansão dos CAPs aconteceu rapidamente. A eficácia do modelo fez que em 1933 fosse reformulado, num arranjo organizado a partir da classe ou categoria profissional, não mais da empresa empregadora: instituíam-se as os Institutos de Aposentadoria e Pensão, IAPs, que também se expandiram vertiginosamente. Hochman e Fonseca (1999) argumentam que “em 1936, tínhamos, do ponto de vista legal, *quase toda a população urbana pertencente às categorias profissionais reconhecidas pelo Estado* coberta por alguma forma de *proteção previdenciária*” (HOCHMAN, FONSECA; 1999, p. 79, grifo nosso). À época, dentro de assistência previdenciária presente, esse dado representa um avanço ou incorporação significativa.

Essa discussão é basilar para pensar a saúde das pessoas negras e a forma negativa como o racismo opera nas políticas, instituições e seus arranjos. Fernandes (1964, 1972), Fernandes e Bastide (1959), Moura (1977) e Hasenbalg (2005) demonstram com dados históricos e estatísticos consistentes que a população negra a esse momento, recém saída da escravidão, havia sido repelida do mercado de trabalho livre, ainda em constituição. Negros não acessavam ou ocupavam, sobretudo e especialmente, modalidades formal e assalariada de trabalho. O trabalho de Kowarick (2019) é emblemático disso que se tenta ilustrar. Em *Trabalho e vadiagem* ele disserta sobre a formação do mercado de trabalho

livre em São Paulo e afirma que não houve segmento no mercado de trabalho, em processo de formação, que pudesse absorver a massa de ex escravos até 1930.

O exame da afirmação de Hochman e Fonseca permite observar a radicalidade da forma negativa como a raça aparece. Há duas ideias contraposta: *‘quase toda a população’* versus *‘reconhecidas pelo Estado’* – a primeira, de abrangência, a segunda, de restrição. A ideia de que a maioria das categorias profissionais estavam descritas e asseguradas por um instituto previdenciário evidencia o caráter siléptico como a exclusão racial toma nas políticas de proteção e cidadania brasileiras: não é nem citado, mencionado ou considerado o enorme – e majoritário – contingente populacional que não se enquadrava em categoria alguma, pois não ocupava o mercado de trabalho formal ou não tinha sua atividade reconhecida como profissão e, portanto, estava desasegurada de qualquer medida estatal programática de proteção. Essa população, majoritariamente negra, não foi caracterizada como trabalhadora e foi justamente sobre ela que recaiu o título de “vadia”. A ideia converge com a afirmação de Gomes, para quem “Ser cidadão – integrar o mundo definido como da política – era pertencer a uma totalidade econômica (trabalhar = produzir riquezas), jurídica (possuir a carteira de trabalho) e moral (compreender o trabalho como um dever/direito)” (GOMES, 2005, p. 228-229).

Não se pode deixar de atentar, ainda, a que categorias são incluídas como categorias de trabalhadores e quais não. Mattos (2008, 2009) esclarece como essa tarefa institui um sistema que opera cortes segregatórios que definem, a partir da categorização do trabalho, que atividades não constituem trabalho e, portanto, exclui os que a executam da esfera de cidadania e dos direitos. É assim que estes autores apontam o aspecto ideológico e segregacionista das classificações ocupacionais.

Sobre a instituição dos IAPs e a crescente incorporação de novas categorias e trabalhadores, que, em 1938, dois anos depois de sua criação, seguia vigorando, Hochman e Fonseca (1999) afirmam:

A nova instituição [Iapi] cobria um *enorme contingente* de trabalhadores distribuídos por uma *grande variedade* de tipos de indústria e se relacionava com diversos sindicatos. Mais do que uma questão de administração pública federal, era um problema de gestão de recursos que beneficiavam de forma tangível *uma considerável parcela dos trabalhadores urbanos* (HOCHMAN, FONSECA, 1999, P. grifo meu).

Temos aí dois apontamentos: a ideia de que a cidadania é uma prerrogativa não de qualquer sujeito ou pessoa humana, mas do trabalhador. Só o trabalhador é cidadão. E há outro debate atrelado, invisível, sobre quem é trabalhador: os inseridos nos regimes assalariados formais nos setores contemplados pelas organizações de classe, nas categorias profissionais oficialmente reconhecidas pelo estado como trabalho. Pois as quituteiras, empregadas, empregados, prestadores de serviço, etc, embora também desempenhassem atividades que implicavam na venda da forma de trabalho de modo a atender às necessidades, não eram considerados trabalhadores.

Hasenbalg e Silva (1979) relatam que, aos fins da escravidão, na formação do mercado de trabalho livre, entre essa população recém saída do regime escravista, tentando se inserir ainda muito precariamente nos novos formatos de trabalho, a única parcela que tinha maior sucesso em obter trabalho assalariado eram as mulheres que desempenhavam a função de domésticas. Os estudos, porém, não deixam espaço para crer nessa ‘vantagem’ como um idílio: nos primeiros anos do século XX a função foi ferozmente criminalizada. As domésticas, em sua extensa maioria mulheres negras, eram acusadas de crimes, muitas vezes sem provas, e seus nomes e rostos eram expostos em jornais, numa empreitada que pretendia associar gênero e raça a criminalidade (PEÇANHA, 2019). Ademais, somente em 1972 com a aprovação da Lei 5859 a atividade

doméstica foi reconhecida como atividade laboral e apenas recentemente, em 2013, ganhou status de trabalho com a seguridade dos direitos reservados a outras categorias.

Gomes (2005) deixa evidente, portanto, que esta inclusão de caráter supostamente massivo oferecida por esta política – narrativa ideológica que ficou conhecida como “ideologia de outorga” e ganhou o imaginário social e senso comum com enorme força (HOCHMAN, FONSECA, 1999; VAZ, 2018) – operava de forma ambivalente. A partir de um corte que criava a inclusão de algumas categorias e pessoas, instituía uma ordem cidadã de proteção para determinados grupos e, na mesma medida e ao mesmo tempo, produzia a exclusão de domésticos, lavadeiras, quituteiras, empregados, artistas – um enorme contingente, composto majoritariamente por gente negra. Neste sentido, é justamente a política de ‘inclusão’ que cria um enorme setor de desvalidos, vadios e vagabundos, excluídos pela lei e assim constituídos a partir dela. Eis um exemplo preciso de uma política em negativo. Para ela

povo eram os que trabalhavam, por distinção aos que estavam fora – os desempregados, os mendigos, os criminosos ou os subversivos, em suma, os marginais. Estes não recebiam e não retribuía, logo não se comunicavam e não eram reconhecidos. Contudo, esta condição não precisava ser definitiva. (GOMES, 2005, pp. 228-229, 231).

O trabalho de Azevedo (1987) também aborda a constituição do trabalho livre – ainda que de outra perspectiva, a do medo como objeto historiográfico, e analisa esse processo sob a perspectiva dos sentimentos causados nas classes senhoriais e elites pelas revoltas, rebeliões e levantes negros. Além de discutir esse advento alinhado ao paradigma das relações raciais, ela ainda descreve a silepse operada sobre o negro na articulação de diferentes setores político-sociais no limiar da abolição:

Até meados de 1880, temos como *enfoque privilegiado a escravidão, o negro e sua rebeldia*, o movimento abolicionista [...]. A partir da data da abolição, o tema da transição deixa

subitamente de existir e o negro, como num passe de mágica, sai de cena, sendo *substituído* pelo imigrante europeu. Simultaneamente a esta *troca de personagens históricos*, introduzem-se *novos temas*, tais como desenvolvimento econômico industrial, urbanização e a formação da classe operária brasileira com *base numa população essencialmente estrangeira* (AZEVEDO, 1987, p. 20, grifo nosso).

De princípio a autora questiona se a narrativa histórica do negro como incapaz para o trabalho livre não teria sido uma construção ligada ao próprio discurso imigrantista. Temos nesse raciocínio e no que ele desvenda outra evidência do que aqui é nomeado uma política racial em negativo: um conjunto de operações simbólico-materiais que articulam diferentes esferas institucionais e acabam por fazer o negro, o racismo, a discriminação – ou qualquer outra modalidade referente à categoria raça – desaparecer como narrativa, especial e essencialmente de uma perspectiva crítica, mesmo que esses elementos sigam operando e sendo acionados normativamente como vetores sociais de poder.

O raciocínio de Azevedo subverte a lógica que a operação em negativo faz crer. Não se trata de a indolência ou inaptidão desabilitar os negros para o trabalho livre, mas exatamente de seu contrário: é a imigração quem institui e produz o negro preguiçoso, apático e indisciplinado para novos termos do trabalho. Esse conjunto de trabalhos expõe os marcos restritos – na verdade, restritíssimos – de trabalho, cidadania e direitos vigentes a esse momento, a partir dos quais se deu a consecução das políticas de trabalho, proteção social e saúde. Eles envolvem uma operação de inversão, pois é a própria política que demarca, cria e instaura um processo de marginalização a partir de uma cisão. Vale lembrar, ainda, que as políticas aqui citadas atuam articuladas a um conjunto de disposições legais que criminalizam as populações negras, suas diversas práticas e manifestações culturais e de sociabilidade, como a própria ociosidade (AZEVEDO, 1987; CHALHOUB, 2001; GOMES, CUNHA, 2007; KOWARIC, 1987/2019).



Mas, retomando ao campo específico da saúde, o paradigma nele colocado vai ser tensionado. A década de 40 é palco da reforma Capanema. Ela vai preconizar e assegurar assistência aos pobres e desassistidos, ou seja, indigentes. Diante da demanda de ampliação dos assistidos e das pressões por medidas de saúde direcionadas a assistência dos indivíduos já adoecidos mais consistentes, opta-se por uma divisão no aparato institucional na saúde: de um lado, saúde pública, com ações de prevenção e controle de epidemias e endemias, voltadas ao espaço, ao conjunto da população, a coletividade; de outro a assistência oferecida era através das IAPs apenas aos trabalhadores a partir da organização da assistência médica oferecida pelos conselhos de classe. Aos indigentes cabia a assistência individual ou médica apenas por ações assistenciais descontínuas oferecidas nas instituições de caridade – especialmente as Santas Casas. A maior atenção seguiu para as ações sanitárias, motivo pelo qual muitos autores concordam que, neste aspecto, o Estado Novo manteve a centralidade e a hegemonia sanitarista da primeira República (HOCHMAN, FONSECA, 1999).

Sobre este momento, Hochman retoma Santos (1979) e concorda com ele quando afirma que “o conceito de cidadania encontra-se em um sistema de estratificação ocupacional definido por uma ordem legal”, pois são cidadãos apenas os que desempenham ocupações reconhecidas pela lei, e pré-cidadãos aquelas cuja ocupação a lei desconhece” (Santos, 1979, p. 75). Cabe ressaltar, ainda, a incongruência contida na ideia de a lei desconhecer aquilo que ela mesma criou. Se a lei tem a propriedade de desconhecer, certamente tem a de conhecer ou reconhecer. Sendo ela formulada e construída ativamente por pessoas concretas mediante escolhas pensadas, mais plausível que o desconhecimento atenda a interesses específicos e não desconheça méritos gerais. Atente-se que a mesma estratégia que ocorre no plano legal se observa no plano discursivo com asserção ‘a lei desconhece’: no enunciado a lei ganha propriedades

intelectuais e cognitivas, fechitização que simultaneamente oculta os agentes a partir dos quais a lei sobrevém. Reificados esses sujeitos, os que formulam as leis, é como se a lei tivesse vida própria, uma natureza autônoma, natural. Ficam em negativo as escolhas políticas e as relações de poder envolvem, assim como seus agentes.

Mas, o mais importante a reter dessa nova configuração administrativa em saúde é que, muito mais que uma diferenciação entre saúde pública e assistência médica, como uma cisão administrativa – que se inicia já nos 1920 com a regulamentação da assistência médica através dos conselhos de classe, com sua confirmação e intensificação por toda a década de 30 com a reforma Capanema – assiste-se a uma ruptura, um corte de exclusão entre quem é cidadão e quem não, um corte que atua na própria noção de cidadania, como Hochman e Fonseca (1999) descrevem bem.

Não se deve esquecer ainda duas questões: primeiro, esse é o momento em que a ideia de democracia racial ganha corpo e substância no plano geral da sociedade. Ela interessava a Vargas e seu governo impulsiona esse discurso de homogenização que acabou sendo utilizado, assim como as ações em saúde, para integrar e fortalecer um Estado que deveria ser centralizado e ter por base uma nacionalidade e identidade unificadas (Guimarães, 1999; 2002). Para Guimarães (2002) a expressão ‘democracia racial’ foi integrada primeiro pelo vocabulário político brasileiro, justamente nos anos 1930 e 1940, antes de ganhar círculos intelectuais ou as ciências sociais. Na saúde, ela marca o fim da hegemonia das teorias raciais.

Ou seja, até meados da década de 1940 tem-se a emergência da noção de democracia racial e da descrição do Brasil como lugar de convivência racial harmoniosa e sem conflitos, enquanto na saúde prevalece o fim da hegemonia das teorias raciais, embora os arranjos político-institucionais excluam a população negra da possibilidade factível de cuidado ao condicionar assistência em saúde ao trabalho, frente de uma

população recém saída da escravidão, sem qualquer perspectiva de ingresso nessa transição do sistema produtivo.

Até os anos 60, o modelo formalizado pelas IAPs permaneceu vigente, quase inalterado (HOCHMAN, FONSECA, 1999). Logo, por mais de 30 anos, as discussões e alterações na política de saúde tiveram caráter burocrático e focaram nas formas administrativas, ignorando a estrutura excludente e marginalizadora desse sistema. Entre os anos de 1945 e 1964 assiste-se ao aprofundamento dessa cisão e ao fortalecimento do arranjo dicotomizado entre, de um lado, as ações em saúde pública, orientadas pelo Ministério da Educação e Saúde Pública, voltadas aos espaços, as grandes endemias e epidemias – que seguiam um problema num país ainda com muitas características rurais – e, do outro, uma assistência médica individualizada organizada pelos conselhos de classe, em cargo da Previdência e do Ministério de Trabalho. Para Candau e Braga, a população geral vivia uma condição de total falta de alternativas para se tratar diante desse panorama, que persistia à revelia de vozes antagônicas e do questionamento a esse organograma (HOCHMAN, FONSECA, 1999; LIMA et al, 2005).

Entre 1945 a 1964 ainda havia entusiasmo pelo otimismo sanitário das décadas anteriores diante do combate as endemias. O pensamento proeminente foi aquele que associou doença a atraso e saúde a progresso. Alinhado com uma agenda econômica e política desenvolvimentista, a saúde aparece como reforço ou suporte ao processo de modernização que o Brasil quer e deve atravessar e não poderá acontecer se a população for doente (LIMA et al., 2005; IYDA, 1994). Logo, outra dentre as principais características que se mantem nesse período é a associação entre saúde e desenvolvimentismo. Em Vargas há uma ideia de fortalecimento da identidade nacional, reformulado da primeira década da República com vistas ao fortalecimento do aparato e poder estatal, sua consequente afirmação e constituição. Encerrado este ciclo, seguem nos

governos posteriores as ideias desenvolvimentistas: como o estado de saúde da população segue precário e persistem fortes epidemias e endemias, a relação entre doença e atraso continua e a saúde mais uma vez ocupa lugar central nos debates nacionais sobre progresso; mas, dessa vez, ganha força a vertente discursiva que a saúde levará ao desenvolvimento.

Contudo, como a ideia de polissemia ensina, havia também uma crítica contundente ao “desenvolvimentismo sanitário” que circulava, inclusive entre figuras importantes, que ocupavam cargos estratégicos neste período. Lima et al (2005) trazem como exemplo o ministro Wilson Fadul, que se contrapunha a essa posição defendendo uma inversão lógica entre saúde e desenvolvimento. Afirmava, contrariamente ao preconizado, que a doença era consequência e não causa do desenvolvimento. Logo, ela só poderia advir do desenvolvimento econômico, e não ele seria conquistado por melhores condições ou níveis de saúde.

Essa perspectiva, contra hegemônica ao momento, crescia nos fóruns, debates e círculos políticos, ganhando destaque na 3ª Conferência de Saúde, em 1963. A reboque desta matriz ideológica de pensamento em saúde insurgiam ideias de municipalização dos serviços e descentralização da saúde; horizontalidade entre entes federal, estadual e municipal na consecução das ações; maior vinculação entre os serviços de saúde pública e a assistência médica, com vistas à incorporação desta naqueles, articulado à expansão dos serviços de saúde; e articulação entre propostas de saúde e o conjunto das reformas sociais, já que uma estaria em cargo da outra.

Essas propostas, que começavam ganhar alguma ressonância, vão ser interrompidas pelo período ditatorial instalado pelos militares em 1964. Não obstante, segue importante pensar a condição da população negra e o estatuto dos estudos sobre discriminação, desigualdade e relações raciais no período. É na década de 50 que se

desenvolve uma série de estudos, os quais denunciam a permanência da condição subalterna do negro na sociedade brasileira, uma constante em diferentes regiões do país. Destacamos os estudos de Cardoso e Ianni (1960), Fernandes (1964), Fernandes e Bastide (1959), Ianni (1962), cujas pesquisas estavam voltadas, principalmente, para a compreensão dos engendramentos entre desenvolvimento econômico, desigualdade e relações raciais, pensando a inserção marginal e tardia do Brasil no capitalismo mundial em conjunção à integração do negro no mercado produtivo na passagem da escravidão ao trabalho livre.

Esses trabalhos resultaram de um grande projeto desenvolvido pela UNESCO, que articulou um conjunto de pesquisas sobre as relações raciais no Brasil. É bastante curioso que a motivação principal para constituir uma rede internacional de pesquisadores era compreender que caminhos tornaram o Brasil uma sociedade multirracial harmônica, sem conflitos de raça, de interações amistosas e pacíficas entre diferentes grupos raciais, um cenário singular no mundo – um pressuposto cujo lastro era as experiências de segregação dos Estados Unidos e África do Sul, onde regimes legais sancionavam a discriminação (GUIMARÃES; 2002, 2009). Contrariamente a seus objetivos iniciais, pautados na comprovação do Brasil como uma democracia racial, os resultados denunciaram os enormes impactos do preconceito, da discriminação racial ou do racismo na sociedade brasileira, um quadro que, resguardadas as particularidades regionais, era contínuo do norte ao sul do país, assim como a parca e inconclusa integração do negro do sistema produtivo a partir da posição de trabalhador assalariado desde o fim da escravidão e a enorme discrepância nas condições de vida entre negros e brancos.

A ditadura civil-militar além de não alterar esses marcos institucionais, refreou processos de descentralização, diversificação de serviços e expansão do acesso. Para Paim (2007) e Escorel (2008), são evidentes e marcantes os lapsos e retrocessos sucedidos

do período de ditadura militar para o campo da saúde, no qual a assistência hospitalar teve seu fortalecimento máximo. Ainda que em 1966 tenha unificado os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em um novo organograma, agora representado pelo INPS (Instituto de Aposentadoria e Pensões), seguia a cisão entre saúde pública e medicina previdenciária. Embora houvesse o propósito herdado dos períodos anteriores de expansão da assistência médica, isso ocorreu através do aumento da cobertura previdenciária sob a lógica da privatização dos serviços, por meio de incentivos fiscais a empresas, contratação de companhias privadas, convênios ou cooperativas de prestadores de serviços (ALMEIDA, 1998; ESCOREL, 1999, 2008).

Na década de 1970 e início dos anos 1980 a situação estava instituída de tal maneira que o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS, órgão reformulado do INPS, provedor da assistência médica – que como o nome elucidava, era vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, não ao da saúde, e cuja oferta de serviços se fazia prioritária e majoritariamente por meio da assistência hospitalar e apenas aos trabalhadores formais, com carteira assinada – era o órgão mais favorecido na divisão das atribuições, recursos e poderes, em detrimento do próprio Ministério da Saúde (HOCHMAN, FONSECA, 1999). Eis outro exemplo de como uma política de assistência se instituiu de modo a assegurar o destino de verbas para um contingente populacional específico: os trabalhadores assalariados, com carteira assinada. Outra vez, em momento algum se menciona que esta população seja majoritariamente branca, como segue apontando Fernandes (1972), agora acompanhado de Hasenbalg (1979/2005). Os estudos de Hasenbalg, além de confirmarem a marginalização do negro no mercado de trabalho, ainda descrevem os mecanismos de discriminação que levam a esta condição, atribuindo a esse processo a causa da exclusão ainda corrente de pretos e pardos.

Como a população negra seguia com uma inserção muito precária no mercado formal de trabalho, o desenho da política acabava por privilegiar um segmento racial em detrimento do conjunto da população e de suas necessidades. Assim, a ditadura militar interrompe discussões e processos de descentralização, interiorização, de capilarização e extensão dos serviços de saúde. Ademais, empreende um transcurso de privatização da saúde pública, que acaba por aprofundar as cisões já existentes no sistema e refreia as tentativas de superá-las (ALMEIDA, 1998; ESCOREL, 1999; IYDA, 1994; LIMA et al., 2005); instaura-se um período de regressão nos gastos sociais, privatização do espaço público, fragmentação institucional, somado ao aumento da concentração de renda (PAIM, 2013). Não deve passar despercebida o objetivo central de justapor os arranjos em saúde, o organograma de seu funcionamento e a estrutura das políticas e os estudos das relações raciais: estes estudos apontam que é justamente o trabalho – e as (im)possibilidades de entrada do negro na ordem capitalista como trabalhador assalariado ou formal – o âmago central da produção do alijamento social do negro. Desde 1923 até a criação do Sistema Único de Saúde as políticas de assistência estiveram condicionadas a uma determinada inserção no mercado de trabalho. É preciso refletir sobre esta coincidência. Na impossibilidade de averiguar suas causas, não se deve deixar de atentar a seus efeitos.

São desenhos institucionais que vão apontando os marcos de cidadania vigentes e a exclusão do negro destes parâmetros. Ao longo destes períodos, este contingente racial foi desconsiderado das políticas de assistenciais em saúde, a partir de cortes de exclusão que nunca tiveram como a raça como pretexto e funcionaram por arranjos político-institucionais e de financiamento sobre os quais a saúde se sedimentava sem menção à raça, embora atingisse de maneira especial um grupo racial particular, os negros.

Nesse sentido, defendo que a Lei Eloy Chaves marca não somente uma virada institucional, como institui a partir de sua vigência uma lógica de negatividade da raça nas políticas de saúde. Em articulação com outras esferas do campo social e da ação do Estado, estabelece um arranjo fundamental e primordialmente racial, ainda que a raça esteja subsumida, não seja citada ou sequer mencionada – seja nas políticas de saúde, seja nas de trabalho. E entende-se aqui essa nova forma como negativo, aquela em que a raça é presente sem que esteja mencionada; ou em que está vigente, mas de forma não manifesta, na medida em que isso dá via um mecanismo de ocultação.

O destaque a essa lei, originada na Primeira República, se deve ainda ao fato de que ela evidencia o advento republicano como um projeto de Estado assegurado por arranjos que pretendem atualizar as novas formas de subordinação e inferiorização dos trabalhadores de origem escrava e mestiça, mostrando que o alargamento do horizonte de participação democrática, incluindo-se os contingentes negros e mestiços, caminhou ao lado da contenção e repressão dos avanços democráticos aventados na campanha e no horizonte abolicionista (GUIMARÃES, 2011).

Para Guimarães (2011), os anos de 1930 a 1964, ou seja, os anos compreendidos entre o Estado Novo e a Segunda República, marcam a institucionalização da democracia racial, não somente como mito formulado e difundido pelas elites, mas como forma de se inserir na nova ordem social brasileira, marcada pelo hiato entre o povo e o estado republicano.

Nenhuma das diferentes reformas administrativas subsequentes alteram a base excludente sobre a qual operam as políticas de saúde pública versus assistência, trabalhadores versus vadios, brancos versus negros. Tanto o otimismo da suposta inclusão das políticas varguistas como pelo modelo hospitalar e privatista dos anos 70 e 80 vão ser denunciados pela reforma sanitária. Ela vai explicitar a parcialidade de todos esses



arranjos, denunciar a enorme massa de desempregados, trabalhadores informais e indigentes, marcando, através do discurso sobre a saúde, novos marcos sobre assistência e proteção, mas principalmente, um outro marco de cidadania, irrestrito.

### 3.1.3 Reforma Sanitária

O ideário de unificação do sistema de saúde brasileiro, que tem sua máxima expressão com a posterior formalização do SUS, pretendia superar uma lógica e assistência em saúde centralizada, fragmentada, excludente e hospitalocêntrica que marcou a organização e a oferta do sistema de saúde até então. Ele emerge da promessa e do compromisso de enfrentamento à miséria e a enorme desigualdade social (ESCOREL, 2015).

Unificar, descentralizar e, sobretudo, democratizar o sistema de saúde, desde a formulação de políticas e de suas propostas, até as possibilidades de oferta de assistência era parte significativa do ideário que configurou a reforma sanitária brasileira, compreendida como um movimento social, ideológico e político que emerge do combate à ditadura e defende um projeto em saúde que tem como marco a solidariedade (PAIM, 2007). Paim define a reforma sanitária como um [...]. De saída, cabe ressaltar que, contrariamente a outras ondas de pensamento na saúde, a reforma sanitária se diferencia por se constituir como um movimento que tem como partida a sociedade civil, nas suas críticas aos modelos de saúde precedentes e reivindicação de um novo modelo assistencial. Se anteriormente essa análise partiu das Estruturas de Estado e seus agentes, no processo de reforma ela parte da organização e articulação popular e civil.

Um de seus marcos é a 8ª Conferência de Saúde, onde a reforma, projeto disputado por militantes, acadêmicos e trabalhadores na saúde ganha convergência e o debate em

torno dela, um caráter político e institucional. Seu auge está na Constituição de 1988 e no advento do SUS, na medida em que a saúde é reconhecida como direito universal a ser assegurada pelo Estado mediante a consecução de políticas, pensadas a partir do entendimento do processo saúde-doença como reflexo das condições sociais (Paim, 2007).

Neste sentido, são marcos no movimento da Reforma Sanitária Brasileira o ideal de solidariedade como laço social, a defesa intransigente da democracia e a universalização dos serviços de assistência, a serem providos pelo Estado. Paim (2007) retrata uma disputa importante vigente no processo de reforma sanitária, aquela dada pelo pacto liberal-burguês e outra pelo pacto democrático popular. Este último, apesar de apoiado por setores da pequena burguesia progressista e outros industriais, tinha como base os trabalhadores da saúde organizados e população civil.

Ainda que esse pacto democrático popular estivesse norteado por um projeto civilizatório pautado nas noções de direito a saúde, democracia, combate à desigualdade, universalização do acesso, melhoria das condições de vida da população em geral e fosse orquestrada, do ponto de vista teórico, por intelectuais de tradição marxista, sensíveis e críticos aos sistemas de exploração impetrados pelo capital, vinculados ao paradigma da determinação social do processo de saúde-doença, reflexões sobre raça e racismo absolutamente não aparecem na extensa produção sobre o tema. Nos “grandes clássicos” do tema – aqui cito nominalmente Arouca, Escorel, Bahia, Berlinguer, Cecílio, Giovanella, Paim, Fleury, para citar apenas alguns entre os mais reconhecidos – não se encontram menções a esse fator, ainda que fosse central na discussão sobre a desvinculação entre política de trabalho e assistência médica.

Poder-se-ia pensar que este tipo de pensamento mais institui uma cobrança moralista, bastante particular deste tempo e, por isso, seria uma anacronia, que não traduz

a tônica dos tempos em questão. Porém, é importante ressaltar que é neste mesmo momento que o Movimento Negro Unificado goza de grande projeção social, política e encontra-se no auge de sua articulação (SANTOS, 2015). Para Winant, esse período marca exatamente o momento de maior propulsão e capacidade de articulação política na história do país, organicamente inserido ou em constante em diálogo e nas disputas dentro de grupos culturais, organizações autônomas, sindicatos e partidos políticos. Tanto que, a este mesmo tempo, além de ser um segmento importantíssimo na Constituinte (SANTOS, 2015), engrossa as discussões sobre Reforma Sanitária, especialmente no segmento representado pela pauta da Reforma Psiquiátrica, cujas primeiras denúncias emergem das mãos dos internos, criando um movimento que denuncia as injustiças e violações de direitos humanos no âmbito das intervenções em saúde e seu caráter racial. Carta de Bauru já sinalizava a discriminação racial e o papel do Estado neste processo:

Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. [...] O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. [...]. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, **a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres.**  
(Carta de Bauru, 1987, grifos meus).

Neste momento, o Movimento Negro compunha base importante das diversas discussões, agitações e mobilizações sociais, tantas delas de repercussão nacional, que antecederam a compuseram a constituinte, sendo um ator fundamental neste processo, que não somente teve sucesso no pleito de reivindicações e conquistas de pautas intrínsecas ao movimento, como na de vários outros setores, como saúde, educação, trabalho e terras (SANTOS, 2015). A exclusão deste segmento ou a omissão de sua

participação, assim, denuncia que classes deveriam compor e integrar esse pacto democrático e os marcos, limites, fronteiras e cortes a partir do qual se estabeleceriam.

Uma ilustração disso está no relato de Luis Eduardo Batista, agente importante nessas disputas. No Congresso de ciências sociais e saúde de 2019, relatou detalhes sobre este processo. Ao contar a história de eventos importantes para a institucionalização da saúde da população negra, relata que na participação da 8ª Conferência, os movimentos negros já estavam lá, presentes, e que propostas de uma política no campo foram encaminhadas a mesa. Apesar disso, foram suprimidas e não chegaram nem a ser relatadas ou passar por votação. Este relato público demonstra como

É fundamental reconhecer todos os triunfos da Reforma Sanitária e ressaltar que, ainda que o pacto liberal-burguês possa ter preponderado, ela traz de fato uma ampliação importante, substancial na oferta de assistência, e torna possível a abrangência de diversos segmentos sociais até então privados da possibilidade de receber assistência em saúde. Sobretudo, a política marca uma virada, instaurando um novo marco civilizatório acerca do que seja saúde como um direito universal e alienável numa democracia, o que se evidencia não somente na assistência, mas na formulação da política, na instituição das conferências e conselhos, na garantia da participação popular.

Contudo, não se deve ignorar que, mesmo diante deste processo que resulta na inclusão, a população negra segue marginalizada – tanto pelas diferenças regionais, como pela distribuição desigual das ofertas como pelo racismo institucional. Batista et al. (2012) evidenciam que o processo de redemocratização, que na saúde reverberou e culminou na universalização do acesso, embora importante, não incidiu sobre grupos específicos particularmente vulnerabilizados, não tendo sido suficiente, portanto, para alterar os marcos de saúde da população negra, de modo que as disparidades entre brancos

e negros persistiram. Isso também é apontado por Paim (2007), quando, citando o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, afirma:

Não obstante os desejos de coesão social e de cultura de paz numa sociedade em que a luta de classes é transfigurada em violência estrutural, interpessoal e delinquência no cotidiano, e onde transparece, cada vez mais, o caráter patogênico do capital, permanecem grandes desafios para o SUS *universal, humanizado e de qualidade*. O usuário-cidadão encontra-se bastante distante de ser reconhecido como “centro das formulações e operacionalizações das políticas e ações em saúde” (FORUM DA RSB, 2006, p. 7 apud PAIM, 2007, p. 247).

Desta forma, o autor se propõe a fazer uma análise crítica da Reforma Sanitária e do sistema de saúde dela legatário, questionando se ela teria cumprido seus propósitos e objetivos. A partir da análise da sociedade e do Estado brasileiros, a luz de intelectuais importantes – não curiosamente, a maioria deles com trabalhos que evidenciam o papel da raça na formação social brasileira – afirma que as relações de produção se mantêm inalteradas no Brasil afim de atender aos interesses particularistas da classe burguesa, e coloca o entendimento destes processos como centrais e necessários ao entendimento da Reforma Sanitária, de seus avanços e impasses (PAIM, 2007).

Ao mesmo tempo que o período democrático e o SUS devem ser celebrados como uma vitória política e ideológica sem precedentes, infelizmente, não é possível afirmar que ele trouxe avanços substanciais em termos de saúde no que se refere às populações negras brasileiras (BATISTA et al., 2012). Logo, não foi capaz de assegurar para além do plano formal da legalidade que a vida de todos merece igual proteção. Se a Reforma Sanitária rompe com o paradigma da cidadania regulada, ou seja, institui que todos sejam igualmente cidadãos e possam usufruir equanimemente do direito a saúde, a saúde da população negra denuncia de que isso não foi plenamente conquistado e sinaliza a necessidade de “avanço”, de radicalização ou substancialidade dessa ideia. Não se deve descartar ainda o fato de tentar conciliar disputa de projetos político assistenciais num

momento de grandes derrotas ideológicas, e onde a doença ganhou status de mercadoria, altamente valorizada. Para Paim, as narrativas sobre a reforma sanitária privilegiam perspectivas vitoriosas, que omitem as escolhas por um modelo liberal, processo que só se intensificou desde a instituição do SUS e vem, desde então, marcando a saúde como espaço de interesses hegemônicos do grande capital.

#### 2.1.4 Saúde da População Negra

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é uma tentativa de amenizar e corrigir essas desigualdades social e historicamente produzidas (WERNECK E LOPES, BATISTA). Desde sua implementação, alinhada a outras que visam o combate às desigualdades raciais, ela parte do reconhecimento do racismo pelo poder público, considera que ele afeta prejudicialmente a saúde das pessoas negras e ainda formaliza uma série de medidas e ações no campo da saúde para o enfrentamento dessa condição (BRASIL).

Neste sentido, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é um marco importantíssimo na saúde pública brasileira. A reboque da luta dos Movimentos Negros e do Movimento de Mulheres Negras (WERNECK, LOPES, s/a), e a exemplo de outros setores em que políticas afirmativas já eram realidade, sua aprovação em 2006 e implementação em 2009 marcam o reconhecimento do racismo pelo Estado, de sua interferência nos processos de saúde-doença, assim como a tomada de responsabilidade por intervir sobre esse diagnóstico. A política representa um momento de convergência dos acúmulos históricos das lutas negras, dentro e fora da saúde, acúmulo que se forjou também a partir das pesquisas desenvolvidas desde a década de 50, com denúncias

consistentes acerca do racismo no Brasil, de suas particularidades e, especialmente, da denúncia sistemática ao mito da democracia racial vigente no país (GUIMARÃES, 2009).

Neste sentido, essa política específica pretende assegurar de forma substancial aquilo que na letra da lei já estaria assegurado por uma política genérica, universal: status igual de cidadania e direito a saúde para todos. Além deste feito, ela marca o fim de um silêncio de décadas sobre processos de saúde e raça que marcaram as políticas desde o limiar da abolição, especialmente na instauração da República, passando pelas ditaduras e incluído o momento da Reforma Sanitária – todos estes, períodos em que a raça não ganhou destaque político ou analítico como vetor de reprodução de desigualdades em saúde.

Poder-se-ia pensar que agora, novamente, depois de tantos anos e arranjos administrativos, ela voltou a ter centralidade no debate sobre a saúde. Segundo esta lógica, coerente à perspectiva de Maio e Monteiro (2010), esse é o segundo momento na história da saúde marcado por um debate explícito sobre raça, em que ela aparece de forma contundente, explícita e ocupa a cena pública da saúde. Diferente do marco nas políticas eugenistas.

Todavia, sem uniformidade, caráter não sistemático. a implementação da saúde da população negra tem sido feita no momento da consolidação das OS na administração das unidades de saúde. Aqui em São Paulo este avanço é feroz; ferindo princípios básicos do SUS, a estabilidade de profissionais e impedindo que promova; as medidas são apenas rodas de conversa, com a intenção de sensibilizar, medidas concretas nunca acontecem. Os mecanismos de financiamento são pouco definidos. Mais de dez anos depois de sua implementação, a política também tem se mostrado insuficiente para converter ou mesmo refrear quadro da saúde da população negra no Brasil. A implementação morosa (BATISTA; BARROS, 2016), a permanência dos quadros de saúde, o pouco impacto

inclusivo na assistência e a evidência da continuidade das práticas discriminatórias (GONÇALVES, 2017).

À revelia do preconizado pela Constituição e todo o aparato legal em saúde que a complementa, os níveis de saúde das pessoas negras seguem pouco alterados ao longo dos tempos. Sobretudo, a discrepância na comparação com o grupo racial hegemônico, branco, prevalece.

O acesso a serviços assistenciais e a qualidade na atenção também é inferior para as populações negras, mostrando que o racismo nesta esfera impacta prejudicialmente a saúde e intervém sobre a vida deste grupo do pré-natal até a idade avançada (WILLIAM, 2012, 2015; LOPES, 2005). Paixão et al (2011) corroboram ao afirmar que para pretos e pardos obter atendimento médico e hospitalar não implicou na mesma oportunidade de acesso ao sistema de saúde, tampouco a mesma qualidade na prestação do serviço. Certifica ainda que negros procuram menos médico e dentista e, quando isso acontece, existe maior probabilidade de não serem atendidos. Sendo atendidos, a tendência é se declararem menos satisfeitos com o serviço e atendimento recebido. Hoje, sabemos, seguimos em enorme desigualdade e estamos cientes de que, algumas delas, como as raciais, se produzem exatamente na esfera do cuidado à saúde (KALCKMANN et al., 2007; GONÇALVES, 2017).

O baixíssimo índice de implementação, não uniformidade e descontinuidade das medidas adotadas, que revelam o caráter pouco sistemático de sua implementação, e certa frustração em torno de sua aplicação, estão registrados no último Boletim Epidemiológico, divulgado em outubro de 2023 pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde. O debate da saúde da população negra, por sua vez, marca que, mais que uma lei – o que no momento de Reforma Sanitária era crucial e fundamentalíssimo – é preciso que na materialidade da vida, do cotidiano da vida social



e dos serviços de saúde, a igualdade de direitos assegurada em âmbito legal, garantida pela letra da lei, onde todos são cidadãos e a vida e sua proteção merecem o mesmo valor e dignidade, também se verifique. Nos lembramos que esta era da saúde da população negra, em vigência, coexiste com casos públicos de assassinatos de mulheres e homens negros, fatos cotidianos ao redor do globo, que tem tomado os mídias, fazendo que o debate sobre racismo, suas diferentes formas e configurações ganhe novo fôlego e exija novas medidas de enfrentamento e superação. Convivem ainda com sucateamento do SUS, aumento da administração privada sobre os serviços de saúde, aumento das cooperações e parcerias público privadas. Denunciam, sobretudo, o arranjo supranacional de exclusão das pessoas negras e a necessidade urgente de uma nova organização social, sobre novos marcos civilizatórios, do qual o negro faça parte por outra via que não o da exclusão, violência ou do genocídio.

Eis, por conseguinte, os motivos por consideramos que a Eloy Chaves instaura uma ordem negativa da raça na saúde, lógica que, embora se transforme, não muda mesmo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Hoje a raça está fortemente presente como determinante da saúde e das políticas no campo, como era mesmo antes da República (MANTOVANI, 2015), e assim se manteve depois dela, determinando as formas de adoecimento e as estruturas de assistência. Hoje a raça se presentifica nas instituições de saúde mediante a “superação” do discurso racista na saúde, mas não da dominação racial na sociedade. Apesar do lugar afirmativo a Política de Saúde da População Negra alçou as questões raciais na saúde, a transformação deste cenário é ínfima. Perseguimos, contudo, suas formas negativas, os modos e por meio de que operações ela tem se negativado, as ações que garantem sua negatividade nesse momento “pós racial” na saúde.

### 3.2 O interpessoal, o institucional e o estrutural: As histórias da raça

Desde o mestrado, tenho sido confrontada pelo fato de trabalhar com amostras pequenas, casos específicos e histórias particulares cujos enredos poderiam não representar um grupo, uma totalidade ou um fenômeno social, sobretudo de relevância. Como os métodos de pesquisas qualitativos nos ensinam, com a História Oral, a Etnografia, ou a História de Vida, estando elas aplicadas nas pesquisas em Ciências Sociais, na História ou na Psicologia, o que acontece no plano particular da vida está sempre ancorado no conjunto da organização social. Quando fundamentadas em uma compreensão dialética, especialmente no materialismo histórico, essas ferramentas das ciências sociais e humanas ensinam que os acontecimentos, vivências, fatos e experiências de uma vida cotidiana podem apontar questões sobre as relações sociais em esfera mais ampla. Essa dimensão singular da vida remete, sinaliza e aponta para as relações de poder vigentes em um dado momento histórico, a ordem social e sua organização ou dinâmica – dado que ela não acontece pela cisão com o plano universal, mas, ao contrário, decorre justamente do encontro com os fenômenos nele abrigados, da particularização deles, exatamente do lugar onde, desse encontro, se constitui uma zona de justaposição entre o psíquico e o social, o singular e o universal, sujeito e sociedade. Neste sentido, conforme aponta Lima (2006, p. 6) ao debater relações raciais: “ao falar de trajetórias, projetos e escolhas relatam-se experiências individuais que se dão num campo de possibilidades onde as características individuais se articulam de modo complexo com características estruturais”

A ideia de os relatos e histórias aqui trazidas não representam mais que “casos isolados” se alinha as manobras discursivas de negação do racismo. Assim, temos visto todos os dias homens negros serem assassinados, de forma violenta, engrossando

noticiários e estatísticas, sob a alegação de que se trata de exceção. A argumentação de que falta sustentação ou materialidade numérica para apontar as situações abaixo descritas como evidências do racismo, uma estratégia discursiva para a manutenção das estruturas materiais sobre a qual a branquitude vem se construindo e cristalizando seu poder, não deve encontrar ecos em trabalhos comprometidos com o avanço do tema.

Desta forma, entendo que nesta seção não está em questão o racismo, como advento, se ele pode ser afirmado ou não – tarefa bastante bem executada por gerações de estudos e muitas lutas que o precedem. À revelia de manobras contrárias, a denúncia e comprovação do racismo estão abalizadas depois de anos de atuação dos Movimentos Negros, das repetidas notícias de jornal, do cotidiano das ruas, favelas e prisões, da imensa e contundente produção de estudos sobre a população negra – que apontam uníssono a repetição de histórias trágicas, muitas com desfechos mortais, sempre atuadas pela aliança entre a negligência e outras formas mais ativas de violência racial.

O que está em questão é como ele acontece e demonstrar, a partir da história de pessoas concretas, os modos e maneiras pelas quais isso se dá na saúde, em suas múltiplas dimensões. Ainda que de maneira focal, atomizada e temporária, os itinerários percorridos por esses sujeitos nos ajudarão a entender concretamente e mediante que mecanismos o racismo delinea o acesso a saúde de pessoas pretas e pardas – e de algumas pessoas brancas. Os relatos não pretendem afirmar, portanto, se o racismo esteve em causa ou não, pois da compreensão que trata de um sistema estrutural e, por essa qualidade, não se suspende, ele vai estar marcado de alguma maneira nas histórias que chegam. Nos interessa, portanto, como ele acontece, o que será ilustrado a partir da história destes sujeitos no encontro entre elas e a saúde. Com a análise dos relatos, desenha-se o que aqui é afirmado com política em negativo.

Para as análises, foi dada ênfase ao itinerário percorrido entre os diferentes dispositivos; aos tempos decorridos; à percepção desses sujeitos a respeito de sua acolhida no sistema – extraída das memórias acerca dos contatos com os profissionais com os quais se depararam, dos atendimentos, diálogos estabelecidos nesses espaços e das suas elaborações sobre esses momentos –; e, por último, às condutas objetivas e ofertas em saúde disponíveis ou disponibilizadas. Embora cada uma das categorias analíticas refletivas e levantadas esteja encarnada em uma pessoa e intermediada por sua história, através da qual se formaliza um ponto de compreensão das vicissitudes da discriminação racial na saúde, elas se repetem na evolução dos demais casos e relatos na amostra. Por isso, ainda que a invisibilidade demarque substancialmente a história de Cecília e o tempo demorado para qualquer intervenção a de Ana, assim como a burocracia a de Evelin, demonstram padrões que se repetem no cotidiano dos serviços e devem ser consideradas elementos ou dimensões fundamentais daquilo que estabelece, firma e fundamenta a atuação do que se compreende por negatividade do racismo na saúde.

Antes dos relatos dos casos, efetivamente, acredito ser importante ressaltar os afetos suscitados ao ouvi-los. Foi bastante diferente estar frente a pessoas negras e ouvir delas as discriminações que viveram em primeira pessoa. No mestrado, ainda que histórias similarmente alarmantes tenham emergido, experimentei um êxito, não relacionado à denuncia dos casos, mas a dos relatantes. Aqui, diferentemente, senti um pesar profundo, o que me fez abdicar de partes do questionário elaborado e me emocionar profundamente com alguns relatos – ao fim de um deles, chorei copiosamente. Assim acabou a conversa com Ana, neste gesto que se repetiu relendo e reouvindo as outras histórias contadas, em especial a de Yago. Ele usa as palavras “choque” e “desespero” para retratar os afetos mobilizados na ocasião e repete diversas vezes “terrível, terrível”, expressão que qualifica a experiência de acidentat-se, assim como o acolhimento recebido

posteriormente. Ele também diz que “só de lembrar, dá uma coisa”. Ana, por sua vez, usa repetidamente as palavras morte e sobrevivência. Suas narrativas avisam que o racismo está relacionado a eventos de outrora e agora que envolvem violência e sofrimentos intensos. Desde a barbárie do rapto atlântico de pessoas, sua escravização, e os castigos físicos aplicados, o consequente esfacelamento de famílias negras, incluindo a marginalização social, as injúrias, ofensas e insultos, até os assassinatos recorrentes e cotidianos de pessoas negras em plena luz do dia, a categoria raça não pode ser analisada sem considerar a dimensão da dor, mesmo que não se reduza a ela.

Neste ponto, faço um relato importante: nestes últimos tempos, tenho ouvido repetidamente nos espaços em que dividi os dados preliminares desta pesquisa que “são coisas muito duras, muito pesadas” ou “você é muito pessimista” e tenho sido interpelada por indagações como “mas onde estão as vitórias, onde está o espaço para isso?”. Esta repetição tem feito marcas. Venho questionando ‘seriam pertinentes esses registros?’. A mesma indagação veio quanto a escolha de trazer as histórias desses sujeitos através de suas próprias falas e vozes, e não fazer um resumo sintético delas sob a minha escrita. Diante disso, lembrei que o primeiro artigo que submeti com os resultados do meu mestrado, contendo como dado histórias semelhantes às encontradas neste doutorado – algumas retomadas aqui – parte que considerava a mais substancial de toda a pesquisa, recebeu como uma das justificativas de sua reprovação para publicação que o texto era “chato”, e deveria ser transmitido em outro formato, menos extenso, mais condensado e mais palatável.

Embora siga questionando a pertinência acerca dos conteúdos e do formato, suponho não ser em vão ouvir este tipo de interpelação. Como era esperado em uma pesquisa sobre racismo que retrata histórias e pessoas concretas, há relatos de sofrimento, já que ele aponta laços sociais que se forjam do engendramento entre violência e poder

(FARGE). A dor emergiu e foi ouvida e apreciada. Assim sendo, apesar da chatice, escolho pela manutenção deste formato, como registro do impertinente, obscuro – apostando que os leitores possam compreender, certamente e sem dúvidas, que maior que a chatice de ler é o sofrimento experimentado por cada uma destas pessoas cujas histórias estão retratadas. Apenas recentemente tenho me dado conta da dimensão e do valor que esse registro aparentemente indesejado da dor e sua denúncia têm neste trabalho. Tal qual Farge, compreendo que o sofrimento possa e deva ser tratado como acontecimento histórico, objeto de investigação na disciplina, de modo que o espaço preservado a sua abordagem neste trabalho denota algo além de expiá-lo e se alinha à consciência de que a omissão deste fenômeno do discurso sobre os fatos sociais – como também nas pesquisas e revistas científicas – está diretamente relacionada às implicações políticas flagrantes de relatá-lo, de trazê-lo à tona (FARGE, p. 15).

Entretanto, é relevante registrar que a comoção mobilizada foi e tem sido também pela possibilidade de me deparar com uma amostra de sobreviventes, sujeitos que puderam contar suas histórias porque, a seus modos, insistiram. Ana, ao fim de sua entrevista, diz: *“Os homens os jovens são mortos pela polícia [...], e as mulheres negras morrem nos hospitais, nesses ambulatórios. A gente vai fazer parte dessa estatística de quem sobreviveu e que tá pra contar, às vezes eu fico assim, o que eu faço com isso?”*. Neste sentido, o desvelamento dessas presenças constrangedoras nas circunstâncias da dor deve provocar alguma ação política, de modo a assinalar determinados laços sociais e, além disso, tensioná-los, ser capaz de produzir outros. Eis o que se espera mobilizar: uma escuta e demarcação deste fenômeno que encontra canais de ação entre a tragédia imobilizadora e a denegação ou indiferença, escapando a ambas ao encontrar um espaço para transformação (FARGE, p. 13). Seguem os casos.

### 3.2.1 Cecília<sup>6</sup>: Os Invisíveis

Conheci a história de Cecília porque ela é mãe de um amigo de minha irmã, de quem também me aproximei. Um dia minha irmã retornou de um jantar com ele, Michel, dizendo que eu deveria ouvir o que se passou com a mãe dele, pois parecia se relacionar com as coisas que eu estudava. Posteriormente, em um encontro social descontraído, estive eu mesma em contato direto com ele e ouvi com mais detalhes o que se passara com sua mãe. Pedi que perguntasse a ela se toparia me contar sua história, com o que ela concordou e, então, conversamos eu e Cecília sobre estes acontecimentos em saúde. Sobre sua vida, ela contou que morou na cidade de São Bernardo do Campo por quase toda a vida, onde teve uma infância e adolescência muito felizes. Conta que só saiu da casa dos pais ao se casar e morou fora da cidade por apenas dois anos, por volta dos anos 2000, quando morou no interior do estado devido a uma mudança de trabalho do marido, de quem posteriormente se separou. Voltou por esta motivação, que se somou ao adoecimento da mãe, de quem veio cuidar retornando a sua cidade, São Bernardo. Michel, seu único filho, com quem ela diz ter uma relação bastante próxima – *“sempre foi bem legal eu e ele”* –, foi referenciado ao longo de toda a conversa e aparece em diversas cenas pelos diferentes tempos percorridos de sua narrativa. Aparecem com força também algumas histórias de privação econômica, frente ao relato de que sempre trabalhou com entusiasmo, até o momento de seu adoecimento. Sobre as circunstâncias desse episódio, ela conta, nas suas palavras:

Eu trabalhava no mercado, eu adorava trabalhar no mercado, eu trabalhava de balconista, no pão, vendia pão na padaria do mercado; porque tinha os frios e a padaria, fica tudo pertinho, junto, e a gente trabalha aqui e trabalha lá. **Aí na época de 2019 tudo começou. Foi assim, sabe quando você não sente mais vontade de trabalhar, vai te dando aquele mal estar;** começou, nem sei se foi por causa disso também: o rapaz lá, só tava eu e ele trabalhando, e o stress foi muito forte, **ele falou um negócio, eu gritei com ele,** aquela coisa, **sabe quando você entra em desespero?** [...], porque só nós dois e os donos do mercado vendo e não colocavam ninguém pra nos ajudar, só eu e ele. **Foi onde eu fui**

---

<sup>6</sup> Todos os nomes são fictícios, para preservar o sigilo dos participantes.

**ficando ruim, foi a partir daquele momento que me desencadeou tudo isso, daquele estresse que eu estive a ponto de explodir. Então foi tudo aí que começou, pra mim começou aí, porque foi aí que eu comecei a me sentir derrubada.**

Nas primeiras vezes em que Cecília passou mal, já em decorrência do quadro em evolução, recorreu a UBS. Chegando lá, a seguinte cena sucedeu:

Aí uma vez eu fui no posto com a pressão caindo. [...] Nesse dia eu tava péssima, sentindo esse mal estar, a pressão caindo, **ela mediu, falou que minha pressão tava um pouco baixa. A enfermeira falou pra mim ‘isso é por causa do calor’, eu falei ‘não, mas tá muito ruim’ – não quis nem saber, só falou assim ‘tava baixa’ e pronto; não passei com médico, nem nada.**

Uma senhora, porém, viu Cecília e considerou que ela não estava bem devido a sua aparência e a aconselhou:

Aí uma outra senhora que tava do meu lado falou que eu não tava boa, que eu tava até meio pálida, ela falou assim ‘vai lá no central, tem o central que é público e é hospital’. **Fui pra lá, lá fiquei: a mulher me examinou, minha pressão tava baixa, aí começaram a me dar soro, essas coisas, medicou, mas não falava nada o que eu tinha. Fiz exame de sangue, exame de urina, nada.** Aí fui embora pra casa.

Um mês depois, Cecília voltou a UBS para uma consulta que já estava agendada.

No outro mês eu tinha uma consulta com a médica, cheguei lá baqueada, a médica olhou meus exames de rotina, que eu sempre fazia – tava tudo bem – aí ela falou ‘nossa, Cecília, que que você tem?’, porque ela me via sempre alegre, sempre me perguntava do emprego, eu sempre com um sorriso no rosto, ‘tá ótimo, maravilhoso’, e dessa vez não – ‘nossa, doutora, não sei o que tá acontecendo comigo, porque eu ando muito ruim, um desanimo de trabalhar, eu não tenho vontade de nada, nem de levantar’, eu falando pra ela. **Ela achava que eu tava em depressão [...]. Aí ela passou um remédio antidepressivo.**

Cecília foi diagnosticada com depressão e aderiu ao tratamento, tomando as medicações solicitadas e retornando às consultas. Porém, não observou melhora alguma – ao contrário, sentia uma piora em seu estado geral:

Aí ela passou um antidepressivo, **comprei, tomei, mas o bicho deixava eu pior**, sabe quando você toma e parece que você tá meio zoró, que a sua pressão piorou mais? Assim, tonta, meio perturbada? Você sai da cama, deita no sofá, dali você não tá querendo levantar.



Cecília foi tratada por mais de meses com o diagnóstico equivocado de depressão, embora apresentasse uma série de outros sintomas somáticos incompatíveis com o quadro psíquico diagnosticado e não apresentasse melhora alguma, mesmo aderindo corretamente ao tratamento sugerido. Cecília seguiu indo ao Hospital e diversas unidades de Pronto-Atendimento, apresentando os mesmos e outros diversos sintomas, com maior intensidade:

Eu **não aguentava ir trabalhar**, eu trabalhava era perto de casa, não era nem cinco minutos, se fosse cinco minutos era muito, eu ia andando eu tinha que parar, porque **eu tava tão cansada, sentia muito cansaço**, a ponto de **passar mal e tinha que parar e respirar**.

Aí começou a pandemia, **o dono da empresa me afastou, porque eu tava muito magra, emagreci**, as pessoas tinham medo de pegar as coisas da minha mão – **um cliente, lá, falou na minha cara que não queria que eu atendesse, que era pra outro atender, só porque eu estava magra. E esse problema que eu tive escurecia muito a minha pele, ficou mancha, tudo preto, tudo escuro [...]. E eu ia tudo no hospital central, eu chegava e falava ‘olha, eu não estou bem’, eles mediam minha pressão, estava baixa; colocava soro, mas não adiantava; pediam exame, fazia exame de sangue, exame de urina, não descobriam; agora outros exames específicos não pediam [...]**

**...daqui a pouco a pressão caía, você ficava mole, sabe, quando você fica mole – você tem que sentar, senão você cai – aí sentava.** Eu quase não comia direito, não tinha fome, se pudesse ficar o dia todo sem comer eu ficava, não tinha fome, não tinha vontade de fazer nada, **tinha ânsia de vômito**, a pressão só caía. **Eu não aguentava nada, que eu não aguentava ficar em pé. [...] eu sentia dores por todo lado [...]; não comia nem nada, ânsia de vômito, [...] as manchas, tudo escuro, a língua, a boca, o céu da boca estava preto.**

Embora estes outros sinais estivessem passando despercebidos pelos profissionais das redes assistenciais a que recorria, sua comadre os notou, assim como observou a gravidade de seu estado:

**“minha vizinha e comadre achava que eu não passava daquele ano, de tão ruim que eu tava, porque eu tava perto de morrer, parece – acho que tava, se não descobrisse, morria”.**

As práticas de cuidado em saúde se orientam pela observação de sinais e sintomas, os quais, dentro de um código de interpretação, remetem a uma determinada condição de saúde ou estado de adoecimento. A medicina ocidental, exercida em nossas instituições

mediante técnicas e saberes que orientam as práticas hegemônicas de saúde na contemporaneidade, se orientam por este enquadramento semiológico que, dentro de uma nosologia estabelecida, corresponderia a um quadro patológico. Embora erros possam acontecer e façam parte das práticas de qualquer campo, é importante ressaltar que a depressão, assim como outros quadros emocionais – na nomenclatura médica, psiquiátricos – se diagnosticam por exclusão, ou seja, só são confirmados mediante a exclusão absoluta de toda e qualquer causa orgânica ou biológica para os sintomas apresentados. No caso de Cecília, o diagnóstico se realizou sem investigação de um quadro orgânico e foi a primeira hipótese diagnosticada levantada e imediatamente confirmada. Cecília recorreu por meses a UBS, Hospital e diferentes unidades de Pronto-Atendimento, apresentando de forma cada vez mais aguda e agravada sinais como alteração de pressão arterial, ânsias e vômitos, manchas escurecidas na pele e mucosas, bastante atípicas para apoiar um diagnóstico de depressão, dissonantes dos sintomas mais típicos deste quadro, como cansaço, apatia e desânimo. Ademais, Cecília referia de forma detalhada aos profissionais da saúde seus sintomas, assim como a progressão deles mesmo diante do tratamento escolhido, indicando sua ineficácia, ao que este conjunto de profissionais ficou indiferente.

Mesmo diante do agravamento de seu quadro, quando sua condição de saúde que se tornou gravíssima e colocava sua vida em risco, nenhum deles foi capaz de fazer essa associação entre a sintomatologia apresentada o quadro correspondente ou, antes disso, levantar outras hipóteses, conduzindo Cecília a realizar novas investigações ou cuidados adequados. Desta forma, um conjunto considerável de seus sinais e sintomas apresentados por ela foi reiteradamente desconsiderado, assim como suas queixas, seus relatos e sua observação sobre seu estado, que não apontavam melhoras. A situação remete ao que alguns intelectuais tem nomeado paradoxo da visibilidade. O termo se refere à dinâmica

contraditória entre invisibilização e hipervisibilidade que atravessa repetidamente a experiência cotidiana dos negros, ora hiper observados, como vê-se em situações de tutela, controle, punição, violação ou violência; ora completamente invisíveis, naquelas de gozo ou reconhecimento de direitos, cidadania e humanidade.

Para Fanon, este processo se relaciona aos significados da corporeidade negra emergidos nas sociedades pós coloniais. Nestes espaços racializados, marcados pela atribuição de sentidos negativos à negritude, a marca corporal que sinaliza essa condição ganharia um estatuto diferenciado que, sob o olhar do branco, envolve atenção e vigilância constantes. É esta a forma como a dominação se coloca: como vigilância permanente, que destaca a negritude como corporeidade excepcional. Essa excepcionalidade, todavia, está intrinsecamente relacionada aos aspectos negativos atribuídos a ela, ou seja, a desumanização e destituição subjetiva operada pelo racismo. Assim se instala uma dinâmica de hiper reconhecimento e supravigilância dos negros, suscitadas pela malignidade desse atributo somáticos, e é exatamente essa conjugação entre o somático e os sentidos negativos a ele atribuídos que torna o negro ao mesmo tempo, super visível e invisível: hipervisível do ponto de vista epidérmico, que pelos sentidos negativos que isso remete, socialmente construídos em um sistema racista, ao mesmo tempo que invisíveis do ponto de vista de sua humanidade e do reconhecimento da sua singularidade e dignidade. Essa hipervisibilidade, portanto, objetifica esses sujeitos e os cristaliza numa posição de não humanidade, de modo que o visível do negro é justamente essa dimensão abjeta, reiterada pelo olhar hipervigilante e super atento dos brancos e racistas. Cruz, analisando este fenômeno em Fanon, sintetiza a questão dizendo “trata-se, nesses termos, de um corpo sempre visto, mas nunca lembrado”, afirmação bastante precisa para retratar as experiências em saúde aqui relatadas.

Embora Fanon observasse esse processo por um ângulo subjetivo, sobretudo na maneira como isso reflète a construção de um senso de *eu* para as pessoas negras, nos interessa como processo social, conforme abordado por Ribeiro, Almeida e Rios. Estes autores nos lembram que, embora o racismo submeta os negros a uma política de hipervisibilidade para os sistemas punitivistas, para as práticas de coerção, para a violência, são absolutamente esquecidos do ponto de vista dos direitos, do reconhecimento jurídico de seu status de cidadania.

Tarcísio Silva analisa esse fenômeno nos sistemas digitais<sup>7</sup>. Para ele, a dinâmica paradoxal entre invisibilidade e hipervisibilidade é, simultaneamente, uma expressão e um sustentáculo crucial do racismo na área, que ele denomina racismo algorítmico. Este se manifesta no não reconhecimento facial das mulheres negras em aplicativos lúdicos ou funcionais, de um lado, contra o fato de que 90,5% das pessoas presas por reconhecimento facial no Brasil são pessoas negras, evidenciando a hipervisibilidade a que negros estão submetidos quando das formas de dominação, controle ou punição.

Na saúde, esse dado se expressa e se exemplifica de maneira bastante evidente no campo psi. Embora os negros estejam hipervisibilizados nesse campo, onde os mesmos sintomas e diagnósticos levam a diagnósticos mais ‘graves’, essa situação não os conduz a melhor assistência. Os negros são mais facilmente identificados como sendo risco para si e para outros nas situações de crises psiquiátricas; medidas de restrição são mais frequentemente aplicadas a este grupo; tendem a permanecer mais tempo em internações em comparação aos brancos, mesmo sob o mesmo diagnóstico; e ocupam em menor proporção os serviços substitutivos de atenção a saúde mental. A representatividade majoritária de pessoas negras em dispositivos manicomiais evidencia como a

---

<sup>7</sup> SILVA, Tarcizio. Racismo algorítmico em plataformas digitais: microagressões e discriminação em código. In: Simpósio Internacional LAVITS, 2019.

hipervisibilização leva aos mesmos lugares que a invisibilidade: gera descuido, fazendo um caminho que vai do suposto cuidado excessivo à retirada ou cerceamento de direitos, como evidenciam os trabalhos de David (Emiliano) e Barros & Batista (Psi).

Poderia-se argumentar, todavia, que o caso de Cecília, em verdade, releva um mau atendimento, uma desatenção ou possível desqualificação profissional. Sem invalidar tais possibilidades, deve-se questionar a dimensão sócio-racial do mau atendimento em saúde. Uma pesquisa de abrangência internacional, em que o Brasil esteve incluído, publicada em 2018<sup>8</sup>, revelou que o atendimento de baixa qualidade é um problema abissal dos sistemas universais de saúde, especialmente considerando-se os países que não pertencem ao bloco dos desenvolvidos. Segundo os dados levantados, o atendimento de má qualidade é responsável por causar aos pacientes sofrimentos desnecessários, sintomas persistentes, perda de funções, com o conseqüente aumento exponencial de gastos para o próprio sistema de saúde. No caso de Cecília, isso transparece no uso contínuo de dispositivos de saúde, cuja ineficiência e falta de resolutividade produziu aumento da busca pelos serviços. Durante este período, ela faltava com frequência ao trabalho e “passou a viver de médico”:

**Aí fui pro médico, eu só vivia nos médicos, UPA, eu fiquei bastante tempo indo, foram meses,** de outubro até o final, até descobrirem.

Nisso era a minha vida, não queria nem trabalhar, só ir pro médico. [...] Coisa que eu nunca ia era médico, **depois desse tempo eu não saía do médico, toda semana ia no médico;** quando ia o médico já dava pra mim uns três dias, uns quatro dias, teve uma médica uma vez que me deu cinco dias, **mas não fez nada.**

Esse problema crônico dos sistemas de saúde impacta significativamente os índices de mortalidade e foi considerado pelo estudo mais relevante sobre estes

---

<sup>8</sup> Kruk, M. et al. Mortality due low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *The Lancet* (2018). S0140-6736 (18) 31668-4.

indicadores que a falta de cobertura e assistência médica e em saúde. Ademais, um de seus principais efeitos é a consequente perda de confiança dos usuários, aspecto específico que se evidencia em duas falas de Cecília:

Pra falar a verdade, cada médico que eu passava lá no central eles me davam receita, eu tinha um monte de receita, porque eu falei assim, **eu não vou comprar remédio sem ser examinada: eu não comprava e não pegava**, porque a pessoa pra dar um remédio, receitar um receituário, ele tem que examinar; eu vou tomar remédio pra que, pra dor, se as vezes não é dor?

– mas **esse povo, qualquer coisinha que você fala é depressão, e não é** depressão pra você chegar num ponto, é outra coisa, **mas não querem examinar**.

Entre os dados mais importantes revelados pela pesquisa é que o atendimento de baixa qualidade incide diferencialmente sobre os diferentes grupos sociais, de modo que pessoas pertencentes a grupos pobres, estigmatizados ou em situação de vulnerabilização têm maior propensão a receber cuidados precários, sendo o preconceito um dos fatores determinantes para a má qualidade no atendimento. A convergência entre a análise do relato de Cecília e os dados da pesquisa citada mostra como o mau atendimento não é um fenômeno aleatório, randômico ou igualmente distribuído entre segmentos sociais distintos, mas sistemático e sistematizado, obedecendo a certas normativas. Ele age por critérios sócio-raciais. Quando questionada sobre o que ela acha que aconteceu, ela responde:

“Lá [*em São Bernardo*] tem tudo, o prefeito melhorou muito, agora tá melhor. **É tudo muito bom, só na época que eu tava doente que ninguém descobria. [...] Nunca ninguém fez [pedidos de exames complementares], por isso que descobriu foi aqui, lá em São Bernardo não descobriram. Não sei, com tanto médico, e tem residente lá também, não se interessaram, eu acho que faltou interesse, no meu modo de pensar, porque não é possível você chegar lá morrendo e a pessoa não faz nada”**.

Essa invisibilidade não pode ser tomada, portanto, como um processo de subtração, como se algo não tivesse sido visto, na medida em que trata, fundamentalmente, do que aquilo que é visto nas pessoas negras pode gerar. Nos ajuda neste ponto a distinção entre pessoa e sub-pessoa, feita por Fanon e também por Mills,

que, concordam que a condição de sub-humanidade, marginalização e opressão a que estão submetidas as pessoas negras no mundo e a violência a que a que são submetidos, só se explicaria pela sua não inclusão na ordem humana, o que incide que não sejam reconhecidos como sujeitos com direitos.

Sua história começa a ganhar outros contornos quando é persuadida por sua comadre a revelar sua real condição a Michel, de quem ela escondia como vinha passando. Convencida, ela relatou ao filho como vinha se sentindo, diante do que acordaram que ela fosse a São Paulo investigar sua saúde. Ela vai, é consultada por um médico particular na casa de Michel e seu marido, Olavo, amigo do médico em questão. O desdobramento desta consulta é a ida ao Pronto-Socorro da Lapa, onde Olavo tem outro médico conhecido. Sob esse intermédio, Cecília é recebida nesta unidade, examinada, e levanta-se uma nova hipótese nova diagnóstica. Depois da segunda passagem pelo PS, em dias consecutivos, ela tem uma consulta agendada na manhã seguinte no Hospital das Clínicas, no ambulatório especializado em síndrome metabólica, onde segue tratamento. Vale ressaltar que Olavo é branco.

### 3.2.2 Ana: Tempo – Rei

Conhecia Ana de vista porque compúnhamos o mesmo bloco carnavalesco, um grupo cultural-político hoje composto somente por mulheres negras. Em um dos encontros do bloco, já no espaço de socialização que se seguia aos ensaios, uma amiga comum comentou que, diante do meu tema de pesquisa, seria interessante ouvir sua história. Assim aconteceu no mesmo dia: ela me apresentou Ana, que se dispôs a contar sua trajetória por diferentes serviços de saúde. Posteriormente, nos encontramos e ela detalhou com mais detalhes duas situações de adoecimento e busca de cuidado, uma no

município de Mogi das Cruzes, outra no de São Paulo. Vejamos o relato em suas próprias palavras:

Em 2022 fui pra praia com a minha família, quando voltei comecei a ter uma tosse. Aí essa tosse aumentou no segundo dia, no terceiro dia, tossia, parecia que ia quebrar as costelas. [...] no terceiro dia tava muito forte. [...] Disse pro meu filho ‘a gente tem que ir pro hospital agora’. Fui pro Hospital, cheguei lá tava com febre baixa, mas a oxigenação baixa também, aí colocaram a fitinha amarela. Fizeram teste de covid, deu negativo, mas fizeram todo o protocolo. [...] aí quando saiu os exames e a médica me chamou, disse ‘seu pulmão tá cheio de água’. Ela falou ‘tem que fazer procedimento pra tirar esse líquido, eu não faço, mas tem um médico aqui que faz isso’, falou muito bem do médico, ‘se você aceitar’ – aceito, né? – **era pra entrar, fazer um procedimento e ir pra casa. Aí eu fui internada**, o hospital tava cheio e eu **novamente na ala do improvisado**. [...] **era tudo muito improvisado mesmo. O diagnóstico deles era que eu estava com pneumonia, estava escrito na placa que era pneumonia, a medicação que eles estavam dando – eu fiquei lá dois dias sem receber a visita do médico**, e eu perguntando ‘e o médico, e o médico?’. [...] nisso chegou o médico que estava responsável por mim e não aparecia há dois dias, isso já estava no terceiro dia [...] Passou um pouco chegou um médico e uma enfermeira analisando o espaço – ‘a gente coloca um biombo aqui, ali e dá pra fazer’. Daqui a pouco ele chegou ‘vamos fazer?’ [...] aí eu falei ‘mas aqui?’, ele disse ‘é, aqui, dá pra fazer’. E eu não duvidei da palavra dele. [...] aí quando eu falei **pra ele que tava com enjoo, ele falou ‘vamos parar, ela tá sentindo dor’ [...] e parou o procedimento**. Ele tirou uns 300ml e o pulmão tava cheio. [...] isso foi no início da tarde. Quando foi a noite **apareceu uma vaga [...] E aí me internaram lá, eu sei que não vi mais a cara desse médico que era o responsável por mim, todos os dias chegava um médico diferente que não sabia nada e dizia que ia ler e voltava pra conversar e não voltava, e eu lá sendo tratada como pneumonia**. Esse material, pouco que eles coletaram, foi mandado pra fazer exame; eu perguntava o resultado do exame e **só diziam ‘é pneumonia, é pneumonia mesmo’**. Mas quando vai fazer o procedimento pra **terminar de tirar esse líquido? Nisso passou uma semana, eu fiquei uma semana internada**. No último dia que eu tava lá a tosse voltou, uma tosse diferente. Nesse último dia me deram alta, e eu questioneei a médica que foi me dar alta ‘mas como alta? Eu entrei aqui pra fazer um procedimento e vocês **não fizeram ainda**; começaram a fazer o procedimento, não deu certo’, ela falou ‘não, esse procedimento foi só de alívio, **seu caso é ambulatorial, nós estamos encaminhando você e você vai no ambulatório, eles vão fazer o procedimento pra você**. E aí eles me entregaram todos os exames que eles tinham feito, eu fui olhar os exames – eu entrei dia 27/01, estava com data de dia 29/01, eu sei que eu fiquei esses dois dias, que eles fizeram no terceiro dia o procedimento, dois dias depois saiu o resultado desse exame e lá apontava suspeita de tuberculose. **Eu já tinha ficado ali sete dias, com um diagnóstico errado, tomando medicação desnecessária – eu tinha tuberculose, o líquido do meu pulmão era produzido pelo bacilo da tuberculose. Eu não fui nesses sete dias medicada pra tuberculose, eles me medicaram pra pneumonia**, e eles me deram um papel de alta dizendo que o diagnóstico era pneumonia, eu descobri que era tuberculose porque eu fui olhar todos os exames e peguei esse exame que foi feito com o líquido que eles tiraram, e tava lá suspeita de tuberculose.

Muitas questões podem ser analisadas deste relato de Ana. De saída, chama atenção o imbricamento entre três eventos, sobressaltados na sua história: o erro



diagnóstico; a não realização do procedimento proposto; e o tempo decorrido para que fosse avaliada, para cada conduta no período, para a conclusão do caso e o próprio tempo de internação.

Diferentemente de Cecília, a quem foi dada pouca atenção a um conjunto muito específico de sintomas físicos, falha que levou à pressuposição de um quadro psiquiátrico cujo diagnóstico se realiza sem suporte de tecnologia duras, um exame laboratorial realizado em Ana detectou suspeita de tuberculose e foi completamente ignorado ou omitido. Decorreram sete dias, quando ela recebeu alta, ainda com o diagnóstico errado confirmado, o que ela mesma pode contestar ao receber os documentos médicos entre os quais constava o exame com a análise do material colhido, cujo resultado era sugestivo para tuberculose. Ou seja, o caso de Ana evidencia que certos erros acontecem sem nenhuma explicação que não negligência ou omissão.

Uma pesquisa realizada pelo IEPS<sup>9</sup>, desenvolvida entre os anos de 2010 a 2021 e publicada neste ano, atestou que as pessoas negras foram as que mais sofreram algum tipo de incidente durante procedimentos médicos no país, estando mais sujeitas a erros. No Brasil, os negros compõem o grupo racial mais suscetível a “eventos adversos” em saúde em situações de internação, como erros de dosagem, assepsia insuficiente, administração de substâncias contaminadas, ou cortes e perfurações. No Sudeste do país, as chances de uma pessoa precisar de internação devido a estes incidentes evitáveis e iatrogênicos são 65% maiores para pretos e pardos. No Nordeste do país, pessoas negras tem uma probabilidade seis vezes maior que as brancas de serem internadas em decorrência de negligência. Esses dados não devem ser analisados de forma imediata. Para os pesquisadores, eles não indicam apenas que negros estão mais sujeitos a acidentes, mas devem revelar como estão mais expostos a negligência, como o caso de

Ana evidencia. Choca ainda por permitir concluir que, para esta população, o acesso à saúde não necessariamente produz cuidado, devido aos riscos a que o racismo a expõe. Embora indesejáveis e não intencionais, a contiguidade que estabelecem com a variável raça sugere a necessidade de serem tratados como um fenômeno com significados sociais bastante definidos. Ana, como Cecília, podem considerar-se parte dessas estatísticas, vítimas de adversidades relacionadas à prestação de cuidados, durante procedimento e ato diagnóstico.

Todavia, independente do diagnóstico, seria necessário realizar o procedimento de retirada de líquido do pulmão. Este, que era a única justificativa da permanência em internação reportada à Ana, foi interrompido e não foi retomado. Vejamos esta cena pelo seu relato:

Chegou lá o biombo, ele falou pra eu sentar na cama, me apoiar nas minhas pernas, ficar firme que ele ia anestesiá a região e coletar o líquido. [...] Entrou nas costelas, doeu muito, muito, muito. [...] De repente, parou de doer e [...] eu comecei a ter sensação de desmaio – e eu falei pra ele ‘tô com sensação de desmaio’; e eu comecei a perder a visão e a querer desfalecer de repente, comecei a sentir enjoo, falei pra ele ‘eu tô com enjoo’. [...] **Aí quando eu falei pra ele que tava com enjoo, ele falou ‘vamos parar, ela tá sentindo dor’ – eu não tava sentindo dor, eu tava enjoada – e parou o procedimento.**

Há ainda um detalhe importante: o procedimento não foi retomado pelos próximos 4 dias em que Ana foi mantida em internação, o que faz questionar: é comum que se abduque de procedimentos necessários em função da dor? A preocupação com a dor deve conduzir a excisão da conduta? Neste ponto, a história de Ana faz lembrar um caso relatado no mestrado. Um homem negro, jovem, em franca mania, que resistiu a tomar a medicação psiquiátrica prescrita. O médico que o acolheu no PS disse que não podia administrar o medicamento contra a sua vontade, pois isso feriria sua autonomia – e assim ele foi liberado sem medicação e nenhuma outra conduta, e acabou detido pela polícia depois de agredir um agente metroviário. Sem qualquer medida de qualquer ordem, a preocupação com o paciente e sua preservação se convertem em franca negligência, como

no caso de Ana. Nestes casos, o cuidado excedente vira puro descaso e se reverte em não fazer nada, transcorrendo sob uma lógica na qual ‘se é preciso te preservar, não há nada a ser feito’. A similitude entre estes casos está no desdobramento de uma preocupação excessiva em descuido ou iatrogenia, que exigem questionar: como é possível que a preocupação leve a desfechos tão desfavoráveis?

É importante ainda dar luz ao tempo decorrido em cada uma das circunstâncias envolvidas na internação: demorou dois dias para que Ana fosse avaliada por um médico, três dias para que o procedimento sugerido já na primeira avaliação fosse realizado – ainda que parcialmente – e embora nenhuma outra medida tenha sido tomada, levou mais quatro dias para que Ana recebesse alta. Essa experiência de tempo merece ser discutida com outra situação que Ana divide:

2014 eu tive infecção urinária várias vezes no ano, 2015 também, e a situação piorou. Aí quando foi agosto de 2016 eu tive infecção urinária de novo, mas ela se apresentou de forma diferente: ela não apresentou uma ardência, me apresentou um incomodo quando eu ia urinar, eu sentia uma pressão no canal urinário, e eu pensei ‘mas acho que o corpo vai dar conta de reagir se piorar’. Eu fui no médico e teve um dia que eu tava com febre, mas eu não tinha nenhum sintoma do que eu tava acostumada; mas eu tava com febre, e esse dia eu não consegui ir pra escola. **Então nesse dia eu fui pro hospital do servidor.** Eu cheguei lá, me encaminharam pro setor de ginecologia, porque me perguntaram onde doía, eu apontei a região do abdome, me encaminharam pra lá. E lá eles fizeram coleta de sangue, urina, tudo, e **eu estava com uma anemia muito intensa e estava com infecção urinária. Eu saí de lá com uma receita de antibiótico pra infecção urinária e fui pra casa, comprei medicação, mas no outro dia eu não consegui de novo trabalhar, tava muito fraca, não tava me sentindo bem. Eu voltei no hospital do servidor,** primeiro a gente passa com os residentes, né; aí chamaram a supervisora, ela veio me examinar, ela viu que eu tava com muita febre, só que ela diagnosticou que o caso não era ginecológico, **ela me dispensou pra eu ir pra outra área, acho que clínica que fala, e aí eu tive que começar o processo todo de novo, sem medicação, sem nada.** Eu lembro que eu tava sentada no banco, e **eu tinha uns calafrios, minhas unhas começaram a ficar roxas,** e eu pedi pro meu filho, que me acompanhou chamar a enfermeira. E ela abriu a porta, **eu falei pra ela que estava com calafrios, que minhas unhas estavam roxas, e ela ‘mas você está com sangramento?’**, eu ‘não’, ela falou ‘então você tem que esperar’. Aí eu fui até o outro setor, peguei senha de novo, passei por triagem, fiquei lá; eu sei que eu cheguei umas 9h no hospital, eu cheguei na médica pra atender era 7h da noite. Quando eu cheguei na médica, que ela me consultou, eu já estava em SEPSE. Ela ainda falou ‘mas e a médica que te atendeu?’, eu expliquei pra ela, ela falou assim ‘mas ela já tinha que ter entrado com uma prevenção nisso’. E aí fui tomar

**medicação antibiótica nessa tentativa de que o corpo reagisse e conseguisse me salvar, porque eu estava em processo de falência.**

No primeiro relato de Ana, assim como no caso de Cecília, houve uma associação equivocada entre um conjunto de sintomas e o quadro patológico correspondente. Nesta segunda situação, porém, o conteúdo não é o engano ou erro, mas justamente o fato de nenhuma associação ter sido feita. O erro, neste caso, não está na ação, mas na ausência dela, e se mostra através de imprudência e/ou ingerência. Embora na nosologia médica certas manifestações corporais devam gerar maior preocupação, os sinais que apresentava não indicaram nenhum alerta aos profissionais que a observaram, de modo a suscitar qualquer medida de cuidado. Mesmo sendo o segundo dia consecutivo em que recorria ao hospital, e a terceira triagem pela qual passava, depois de aproximadamente oito horas de espera por uma avaliação, a solicitação que aguardasse foi a única conduta adotada. Vale ressaltar que esses sintomas, que não mobilizaram estes profissionais, indicavam um quadro grave de septicemia, com iminente falência generalizada de órgãos e sistemas – condição visível e alarmante pra ela mesma, que não é profissional da saúde, e invisível ao exame de pelo menos três profissionais, entre médicos e enfermeiros. Além dos sinais, Ana refere seus sintomas e, como na cena anterior, isso é desconsiderado. Registra-se a persistência de uma escuta precária àquilo que essas pessoas negras relatam, ou como o que relatam é ignorado, observado na subversão do enjoo em dor, com a interrupção consequente do procedimento, e também no pedido de espera diante do relato de calafrios e alteração da coloração das unhas. Essa escuta inexistente, parcial ou deturpada é recorrente em diversos momentos da experiência de Cecília e se repete na história de Ana, evidenciando que a desconsideração, às vezes total, das queixas ou impressões dessas pessoas negras sobre seu estado de saúde pode ser uma norma. Vejamos outras situações em que suas queixas e narrativas foram desconsiderados:

Aí me encaminharam pra esse setor, núcleo de miomas, [...] pediram minha carteirinha do SUS pra eu ter acesso ao Zoladex. [...] **Os efeitos colaterais nestes nove meses foram terríveis:** além da labirintite que atacou muito forte, tinha muita dificuldade de estar em sala de aula nessa condição. **Aí eu ia no médico, ia lá no hospital do servidor, eles diziam que os sintomas não tinham a ver com essa medicação.** E eu lia, eu encontrava que tava lá na bula que fazia parte dos efeitos colaterais.

E um dia eu passei pelo pronto-socorro do hospital do servidor nesse setor da ginecologia, [...] eu expliquei a situação pra ela e eu disse ‘eu não tô conseguindo trabalhar, está muito difícil’, e ela falou pra mim ‘olha, eu já vou te falar que **atestado eu não dou**’. Aí eu falei ‘mas você acabou de diagnosticar toda a minha situação, tem tudo aí, tem CID, tem tudo aí [...], como que eu cuido dessa minha anemia, como que eu cuido de mim?’ 40h de trabalho, dentro da sala de aula. Aí ela falou assim, sobre a anemia ‘mas de que raça você é?’, eu falei ‘negra’. [...] E a gente começou a discutir: ‘a leucopenia que você tem é comum entre os negros, dá uma baixa de energia mesmo’, mas querendo dizer que os negros são indolentes, ‘tem mesmo, isso aí é da sua natureza, **é assim, não é atestado que vai resolver, não é te afastar do trabalho, tem que trabalhar assim**’ [...]. Eu fiquei muito, muito revoltada e ela falou ‘**e pra você não achar que eu sou ruim, eu já vou agendar sua consulta, é o que eu posso fazer por você**’.

**E eu media, eu estava com os batimentos cardíacos muito acelerados, eu media, EU falava pra eles, eles diziam ‘é porque você tá tensa**’. Quando o médico que eu paguei a consulta abriu o exame e olhou, [...] ele falou ‘esse líquido está pressionando seu pulmão, por isso você está com esses batimentos cardíacos, por isso você está assim’. Aí eu fui entendendo as coisas.

Foi exatamente esta desconsideração do relato de Ana que fez seu estado se agravar paulatinamente nessas diferentes situações, em uma delas gerando essa espera de aproximadamente dez horas, que culminou na evolução tão aguda de seu estado, que ele atingiu uma situação limítrofe, de vida ou morte. Essa ocorrência, que se alinha frontalmente à dinâmica de hipervisibilização e invisibilização já apontada na história de Cecília, deve ser compreendida também a partir dos pactos de branquitude, especialmente do que Bento (2014) nomeia indignação narcísica branca. Trata-se dos sentimentos de estranhamento, inconformidade e compaixão despertados pelos brancos em situação de desvantagens dentro de seu grupo racial. Como um sentimento que se origina da identificação grupal com a posição de superioridade imaginariamente ocupada, mobiliza afetos e ações como investimento neste lugar, para garantir sua manutenção. Essa solidariedade, portanto, insurge como um dispositivo afetivo que opera, simultaneamente, em decorrência e em favor do pacto da branquitude, instituindo a dialética entre os aspectos objetivos e simbólicos necessária para a perpetuação das vantagens e privilégios

conferidos ao grupo racial. Como mecanismo seletivo, que funciona exclusivamente intra-grupo – grupo do qual os negos estão excluídos – para fins de conservação de poder, não se estende a Ana. No caso dela assistimos ao seu negativo, ou seja, a sua inoperância: como uma mulher negra, mesmo em situação de adoecimento agravado, não é capaz de suscitar qualquer afeto ou reação necessária à efetivação do cuidado – detalhe: dentro de uma instituição de saúde, frente a profissionais da assistência. O discurso da Ana aponta uma consciência acerca da presença e da determinação destes dispositivos raciais na história dela:

Nesse último caso, da tuberculose, **é uma questão mesmo do racismo institucional**, foi assim que eu entendi. [...] a postura da médica, ela foi racista, eu entendi assim. **E agora eu entendi que juntou isso de, se você é um usuário do SUS e você é uma mulher e é negra, acho que passa por aí, porque acho que se fosse um homem, branco, não acredito que teria sido da mesma forma.**

A situação deve elucidar como o afeto e a solidariedade atuam como políticas em favor – ou desfavor – de outras políticas. Por conseguinte, devem ser pensados como mecanismos políticos de subalternização e distribuição de bens e recursos em saúde, catalisadores a partir do qual as políticas operam ou deixam de operar. Essa dimensão afetiva do pacto da branquitude é sobremaneira importante na medida em que o trabalho, as práticas e o cuidado em saúde se dão no contato com o paciente e se constituem, portanto, na relação de afetação recíproca entre profissional e cidadão, e da possibilidade de que este encontro mobilize a atenção, a empatia e a solidariedade nos profissionais, de modo a se engajarem em uma relação de cooperação para melhorar o restabelecimento do paciente. Vale ressaltar que Ana fez diversos movimentos para ser considerada: solicitou visita médica, pediu para ser examinada em diferentes momentos de sua espera, solicitou que a família tomasse providências e pedisse informações, alegou conhecer seus direitos

em saúde, pediu para ver seu prontuário. Não houve desdobramentos positivos em relação ao cuidado oferecido diante dessas iniciativas, que, algumas vezes, foram respondidas com hostilização:

**Isso porque tinha lá na porta os direitos do paciente – quando eu pedi meu prontuário, porque queria saber, a enfermeira ficou segurando e leu pra mim. O que eu ia fazer? Arrancar da mão dela?**

Só que **a moça veio muito ríspida falar comigo**, e quando eu pus o pé nesse lugar em que estavam os médicos, **a enfermeira chefe falou ‘A Célia’, tipo, essa é a Célia** – eu já fiquei meio assim, né, porque **o tom que ela falou era de quem estava avisando**, eu **não senti uma expressão amistosa**.

**A minha irmã questionou ‘ela está há dois dias internada, sem tomar banho, menstruada; se vocês não tiverem condições de cuidar da demanda dela, vocês falem que a gente tenta levar ela pra outro lugar’**. Eles disseram **‘se vocês quiserem fazer transferência vocês fazem, só que a gente não providencia’**.

Embora se pudesse inferir ou tomar como hipótese que o tratamento dispensado a Ana foi decorrente dos conflitos emergidos em sua internação, ela relata não ter tido muitas explicações sobre questões pertinentes a seu quadro, tampouco às condutas a serem adotadas, em outras experiências, antes de qualquer manifestação de contrariedade ou animosidade na relação:

**Mas também não tive nenhuma explicação do que seria**, essa associação entre o mioma, que estava produzindo esse fluxo intenso e tava causando essa anemia, **eu não consegui ter essa explicação**.

[...]. Aí eu peguei e mandei mensagem em casa, pro meu filho, minha irmã, e disse ‘eu preciso que vocês venham aqui e vão lá no balcão de informação, **pede notícias porque o médico não passou por aqui, não sei**’

Em ambos os casos, se observa a informação sobre as condições de saúde do sujeito manipulada como instrumento de poder e a desinformação como meio de subordinar, demarcando uma posição a ser desempenhada. As passagens de Ana revelam ainda que, mostrar-se informada e dar ciência disso, insubordinando-se ao lugar designado, não necessariamente produz melhores cuidados, pelo contrário: pode levar a represálias, maiores descuidos e tratamento hostil.

Mas essa coisa de dizer que nos não podemos perguntar, nós não podemos reivindicar, **nós não podemos**. [...] Você fica naquela situação que tudo pode acontecer, **MESMO** eu, com toda a minha escolaridade, conversando e perguntando tranquilamente, **fazendo uso do esclarecimento que eu tinha dos direitos e tudo mais**, é difícil porque você tem que ficar pisando em ovos, **tem que negociar com isso**, e **quando fere esse ego racista**, vamos dizer assim, **aí você tem que aguentar as consequências**.

Qualquer coisa **que você vá buscar o seu direito**, lá é do jeito deles, e **as pessoas se ofendem**, **‘quem é essa pessoa pra questionar?’**, e é isso.

Blumer relata que uma constelação de sentimentos descreve o senso de posição do grupo racial dominante frente ao dominado. Para ele, esses afetos, que são construções sociais mediadas pelas experiências grupais e atuam como mecanismo de subordinação, na medida em que encenam as posições de poder e subalternidade pretendidas. Um dos afetos compreendidos, para ele, o mais importante e poderoso, na medida em que organiza os demais e os põe em ação, é o medo ou receio de que o grupo racial subordinado ameace a posição ocupado pelo grupo dominante, confrontando esse lugar de vantagem, especialmente como atributo natural. Deste modo,

O último sentimento essencial para o preconceito de raça é o medo ou receio de que o grupo racial subordinado esteja ameaçando ou venha a ameaçar a posição do grupo dominante. Assim, atos que são interpretados como um ataque à superioridade natural do grupo dominante ou como intrusão em sua esfera de exclusividade grupal ou, ainda, como invasão de seu domínio de propriedade prioritária – e não apenas atos reais assim interpretados, mas também a suspeita sobre tais atos [...]. Esses atos significam “sair do seu lugar” (ALVES, p. 148).

Ele afirma que, tanto este é um processo socialmente determinado e construído sobre as tensões de poder estabelecidas da dinâmica dentre os grupos, um em face ao outro, que o grupo racial branco, de sua posição dominante, não tem preocupações importantes com os negros, o grupo racial subordinado. Sua única preocupação é a manutenção de seus status, de modo que o negro só se torna uma questão na medida em



que se insubordina – circunstância que para ele acredita estar sintetizada na expressão popular que protesta que os dominados nunca são um problema, desde que estejam no seu lugar. Esta circunstância, que parece estar totalmente retratada na fala de Ana, mostra que se essas declarações se referem menos a aspectos psíquicos e afetivos, e mais a um arranjo posicional dos grupos na dinâmica de nomeação recíproca que estabelecem – ainda que grupo dominante ocupe uma posição privilegiada frente a esses processos.

Mas, para além da crítica ao tratamento que recebe, Ana relata compreender que sua trajetória nesses espaços assistenciais não foi determinada exclusivamente por critérios raciais em nível interpessoal, mas também por processos institucionais e políticos que remontam a organização e estrutura dos serviços de saúde. Vejamos algumas de suas considerações sobre as condições do serviço e suas reflexões acerca do que ela nomeia como precariedade, e entende como expressão de eventos de caráter político:

**E não tinha vaga no hospital** pra internar, passou a internação pro setor de medicação, eles improvisaram, colocaram umas macas, e tinha muita gente ali internada porque não tinha vaga.

**É tudo muito precário, precário no encaminhamento**, no tipo de política que eles fazem, pois pra ter essa estrutura que o hospital tem, o hospital municipal de Mogi, era pra ter um sistema de funcionamento muito bom também.

A gente **não tinha como tomar banho**, eu estava menstruada, a gente estava usando o mesmo banheiro dos profissionais, no corredor; a galera não podia ter acompanhante, tinha uma senhora bem velhinha, nós estávamos em quatro neste quarto, e as enfermeiras muito novinhas e inexperientes, porque estourou veia por tudo quanto é lado e eu ‘gente, não pode ficar dois dias sem passar um médico aqui’.

Tinha uns senhorzinhos de cadeira de rodas, porque **não tinha maca pra eles**, e eles tavam numa cadeira de rodas que assim, onde coloca o pé – uma tava quebrada, não tinha como apoiar o pé – e as cadeiras que os senhorzinhos estavam não podia levantar aquela parte que você fica com a perna um pouquinho mais esticada por conta do espaço, **não tinha espaço pra eles ficarem lá**. Eu olhei pra aquilo, eu falei assim ‘nossa, eu vou ficar assim a noite inteira, acho que vai ser nessa cadeira aqui’-

**eu passei a noite nesta maca** e aí no dia seguinte, veio uma outra médica, porque muda o plantão, ela perguntou onde eu morava e eu falei que morava na pompeia e ela falou ‘então vamos cuidar disso em casa, porque aqui não tem condições’. [...] Lembro que eu ficava olhando assim ‘como eu com uma infecção, neste estado, uso este banheiro – vai lasciar tudo, né?’

Como demorou, **demora muito tudo ali**, consulta, fazer exames, tudo demora muito, isso passou quatro meses.

[...] **é uma questão de gestão**, mas eu entendo que tem a ver principalmente com essa **coisa da terceirização**. Inclusive o laboratório que fez o exame do material coletado no hospital foi o Albert Einstein, então eu entendi que quem está gerindo o hospital é o Albert Einstein: **é um sistema de terceirização**.

Eu não sei dizer se o fato de ser a pandemia, **aquela situação de improviso**, mas o que eu percebi nisso é que **evidenciou uma série de questões, por exemplo, terceirização**: uma equipe médica muito jovem é fruto disso, porque aí a preocupação, **o objetivo é o lucro**. Então pra você garantir o lucro, **vai pagar salários mais baixos, vai explorar mais os trabalhadores**, você vai contratar médicos mais jovens [...]. Quando se pensa **a gestão desse lugar**, eu defendo que seja uma política estável, que seja por concurso, [...] isso dá estabilidade pra uma equipe, **‘quanto tempo faz que você trabalha aqui? Um ano’, todo mundo um ano, de perceber que tem uma rotatividade é muito grande [...]. Então, o que a gente tem é a precarização e isso custa vidas**.

Deu a **impressão**, eu não sei se é assim que funciona, mas o pessoal lá embaixo ou tá numa **condição de trabalho mais precária**, [...] não era o mesmo hospital; era um pessoal que tava melhor qualificado, não estava tão estressado, não estava reclamando tanto, **é perceptível porque era muito diferente**,

**“E esse conjunto de coisas que produziu essa história toda”**.

Não obstante todos estes elementos, considero que a variável mais potente através da qual Ana foi subalternizada não ganhou um espaço de reflexão e consciência mediada em seu discurso: o tempo. Embora haja outras variáveis importantes em seu relato, como a invisibilidade de suas manifestações, as questões institucionais de estrutura, o erro, o tratamento interpessoal desferido, a noção de que não tem o direito a reivindicação de um tratamento digno, o tempo certamente é a mais importante, pois foi soberano sobre todas as outras condições na evolução de seu estado e comprometimento de sua saúde. Esta, que não é uma circunstância exclusiva a Ana, mostra o valor imperioso, imperativo e impiedoso desta variável, expondo como, no campo da saúde, o tempo é rei.

O tempo de espera para atendimento, marcação de consultas, realização de exames especializados, procedimentos e cirurgias consta nas pesquisas como um dos elementos mais importantes da experiência no sistema de saúde brasileiro, e tem sido citado como

o elemento de maior relevância na avaliação da satisfação ou insatisfação dos usuários em relação aos serviços públicos de saúde (GIOVANELLA et. al, 2009). Uma pesquisa aponta que o tempo de espera no SUS tem sido um dos principais problemas de nosso sistema de saúde, considerando-se serviços públicos e particulares. Tal qual ele é um indicador importante da qualidade, resolutividade e eficiência dos serviços, tempos de espera prolongados podem ter efeitos prejudiciais severos na evolução dos casos, impactando prognóstico e qualidade de vida, especialmente nas circunstâncias de doenças graves, sintomáticas e estigmatizantes. A própria história de Ana traz outro exemplo importante dessa morosidade e suas possíveis consequências:

**Eu saí da internação, eles mandaram eu ir pra casa pra esperar no CROSS que eles iam marcar consulta no ambulatório, pro ambulatório fazer o procedimento.** Eu mandei mensagem pro médico [particular], explicando a situação, ele falou pra eu ir no outro dia ao consultório dele, e eu cheguei lá na terça-feira – sai do hospital segunda, terça estava no consultório dele. Ele fez meia dúzia de perguntas e falou ‘você está com tuberculose, mas a gente precisa ter certeza’. Aí ele pediu a tomografia que eles fizeram no hospital e a gente foi buscar a tomografia, ele olhou e falou ‘esse líquido precisa sair daí e é urgente’. [...], **decidi que ia pagar pra fazer, pra ser mais rápido, até porque confiei no médico. Mas do que eu tenho certeza: o ambulatório me ligou três meses depois pra consulta, que eu estaria morta se eu tivesse esperado.** Aí quando eles ligaram eu falei ‘já fiz, já tá tudo feito’, o moço queria que eu fosse – ‘mas tá agendado, é uma consulta’; ‘moço, não tem mais o que eu fazer aí’. Aí ele ficou colocando várias coisas, tentando me convencer [...] e eu falei assim ‘olha, isso aí é de janeiro’, **ele falou ‘então, nós estamos chamando agora, porque é urgente’.** Aí eu fiquei sabendo que **só tem um pneumologista pela secretaria de saúde do município.** Essas coisas que a gente vê, tem até charge mostrando de quando chega pra fazer a cirurgia, a pessoa já morreu. [...] **Eu estaria morta há meses,** minha família ia receber essa ligação três meses depois, uma consulta marcada.

Dois fatores devem ser destacados: a distribuição dos recursos humanos em saúde, que vem sendo reconhecido como um problema relevante do SUS, especialmente em municípios menores e fora das grandes capitais, justamente como é o caso. Menos de 5% dos médicos especialistas estão atuando no setor público ocupam dispositivos do nível secundário de atenção, estão concentrados em hospitais, o que vai de encontro às necessidades de saúde da população (Oliveira, 2017).

Outra é a ideia de que poderia estar morta – que, na eventualidade de estar viva, pode ser considerada exagero, revela, ao mesmo tempo, a consciência da magnitude do cuidado em saúde e dos impactos do racismo sobre ele, assim como os efeitos subjetivos desta experiência. Vejamos duas de suas considerações espontâneas sobre sua experiência:

Tinha hora que eu tava assim ‘gente, eu tô me sentindo’ – eu me lembrava do filme, daquele moço correndo pra lá e pra cá e **lutando com a vida dele**, porque é isso, **a vida da gente pra eles não significa nada, nada.**

Por que, como eu vejo isso? **Tentativa de assassinato**: você tem um diagnóstico ali, tem um exame que tá dizendo o que é, não faz, manda pra um ambulatório sabendo que tem uma demanda – **o que eles queriam? Que eu morresse.**

Blumer (Alves, 2013) ajuda a qualificar a ideia trazida por Ana, de que a vida das pessoas negras não significa nada para estes profissionais da saúde que os atendem. Para ele, o preconceito de raça envolve essencialmente um sentido de posição de grupo, que é o cerne da relação estabelecidas entre os grupos dominante e subordinado. É nessa relação, por meio de processos coletivos de enquadramento, que o grupo dominante enquadra e modela sua percepção, a sensibilidade, disposições afetivas e inclinações emocionais frente ao outro grupo. Para ele, neste jogo, os brancos importam-se pouco com o negro, mas se importam-se muito de manter sua posição de superioridade e de propriedade exclusiva sobre ele. Desta forma, estes sentimentos remeteriam tanto mais a dinâmica social de estigmatização necessária à manutenção do status de superioridade do grupo dominante, apoiando sua situação de vantagem – como se vê pela uniformidade com que se manifestam, tanto em relação a adesão pelo grupo dominantes, como pelos conteúdos relacionados ao grupo subordinado. Por conseguinte, deve ser compreendido muito mais como um vir a ser que como uma realidade, muito mais como um dispositivo para a construção dessa realidade pré-afirmada que consequência dela.

A segunda questão a ser pensada é que, diante da impossibilidade de avaliar as intenções destes profissionais, cabe compreender os significados da fala e dos afetos de Ana: sua experiência permite observar os efeitos subjetivos da subalternidade, as marcas profundas e deletérias que o racismo, aqui sob a face da discriminação racial na saúde, deixa nas pessoas por ele vitimadas. No caso de Ana, isso se levanta sob algumas particularidades: a repetição da negligência sofrida e o fato de essas omissões a empurrarem a uma situação de risco de vida, de morte iminente. A dimensão mortífera do vivido por Ana fica inscrita na repetição com que a ideia de morte emerge em suas falas, dando o tom fatídico de seu relato:

**Eu fiquei muito revoltada com tudo isso, eu ainda não digeri esse negócio direito, mas eu fiquei numa situação que primeiro eu tinha que salvar minha vida.**

Eu estava comemorando 5 anos dessa **ameaça de morte a que eu sobrevivi** [...].

E tudo era de alto padrão naquele hospital [...]. Só que também **tem um sistema que se você morre, arruma uma desculpa e fica por isso mesmo, que era isso que ia acontecer.**

[...] eu falei ‘dr., eu entendo tudo isso, só que eu tô numa situação aqui que, **se você não puder cuidar de mim, eu vou tá morrendo**, porque essa coisa do covid não vai se resolver rápido.

Somando, eu olhei pra cara dele e falei ‘dr., **isso é o preço de um enterro, é o que pagam pra enterrar uma pessoa**’

Eu comecei a pensar nas pessoas, na Tula Pilar, **que aconteceu dessa pessoa chegar ao hospital e morrer?** O que tava na certidão de **óbito** e o que te dizem nem sempre corresponde a realidade.

Fui pro consultório dele, ele me examinou, me olhou, ficou olhando pra minha cara, **eu pensei ‘eu devo estar morrendo, né’.**

O que eu tinha de notícia na televisão era ‘o ator não sei quem **morreu de infecção generalizada**’, eu pensei ‘**meu, eu tô morrendo**’.

[...] meu filho queria me levar pro hospital e eu falava ‘**eu não volto**’. Me soava meio como tortura pensar de voltar, me segurar lá de novo, ‘**eu vou sair de lá morta**’, né, eu pensava.

Mas do que eu tenho certeza, o ambulatório me ligou três meses depois pra consulta, que **eu estaria morta se eu tivesse esperado.**

Essas coisas que a gente vê, tem até charge mostrando de **quando chega pra fazer a cirurgia, a pessoa já morreu.**

[...] porque você luta, **luta pela vida**, aí fica doente, cai numa situação dessa, e **aí você perde sua vida** – não dá, não pode ser.

Mas é muito esquisito quando você **sobrevive**, você tá viva, e passar por tudo o que eu passei e **se não tivesse tido essa intervenção adequada, eu estaria morta.**

**Eu não voltei no hospital do servidor, paguei com medo de – porque nesses trânsitos você perde a vida.**

Porque ela tinha poder ali, tanto tinha poder que **quase me levou a óbito.**

**Eu me vi naquele hospital, eu me senti naquele filme, corra, que você tem que lutar pra sobreviver, o tempo todo, lutar pra não morrer, pois estão querendo te matar** – foi essa a sensação que eu tive.

[...] o que eu vejo é isso: **os jovens são mortos pela polícia, [...] e as mulheres negras morrem nos hospitais, nesses ambulatórios.**

A frequência com que Ana traz conteúdos relativos à sobrevivência, luta pela vida e especialmente morte, a incidência mais recorrente da sua fala, mostra que suas vivências na saúde a levaram a esse lugar limite em sentido existencial e físico, como os desdobramentos de sua história mostram. Assim como Cecília, emerge uma desconfiança reiterada – e absolutamente justificada pela sua experiência concreta – nos profissionais e serviços de saúde, manifesta na fala sobre a morte dada pelo sistema como prevista, e que “fica por isso mesmo”; no questionamento acerca da correspondência entre as causas de morte alegadas e o que se passa efetivamente nos hospitais; e na ideia de assassinio, condensada na comparação da experiência do hospital a um filme em que um jovem é raptado por pessoas brancas que tentam assassiná-lo, refletindo o sentimento de luta pela vida e sobrevivência, mas, sobretudo, de ameaça. Uma fala expõe de forma direta e transparente essa desconfiança:

Porque no hospital eu **media** – foi na **clandestinidade** rs –, o oxímetro? Eu pedi pro meu filho **levar escondido, dentro do pacote de absorvente, porque eu não tava confiando.** Eu me vi **naquele hospital**, eu me senti naquele

**filme, Corra, que você tem que lutar pra sobreviver, o tempo todo, lutar pra não morrer, pois estão querendo te matar.**

Neste sentido, seus relatos confirmam e dão materialidade a dialética entre subjetividade e objetividade sob a qual a discriminação racial – que se organiza sempre em aliança com as ideologias ou interesses racistas, estejam eles explícitas ou não – opera, levando as pessoas negras, por meio de um tratamento discriminatório que envolve atos concretos, à situação de indignidade experimentada e experienciada nos planos concreto e simbólico. Os afetos expressados por Ana são reveladores disso:

**Eu saí de lá muito indignada.**

Eu fiquei **muito revoltada com tudo isso, eu ainda não digeri esse negócio direito.**

E é **tão doloroso** que enche o saco das pessoas; passa um tempo, **você só fala disso, você passa pela situação, só fala disso;** e acho que por isso chegou em você.

É **muito triste tudo isso**, é muito triste pra mim, pra minha família, **mas socialmente é muito triste.**

Apesar de indignada e revoltada, Ana diz “*eu tenho que fazer uma escolha, eu não quero ficar movida pela mágoa*”. Marcada, sensibilizada, mas não petrificada pelo ocorrido, ela, que atuou ativamente no Movimento Negro, já foi filiada a partido político e organizada em sindicato, questiona todo o tempo em diferentes momentos:

**‘Que que dá pra fazer com isso?’**

Winant e Omi propõe o conceito formação racial para afirmar que

Tais processos — de "significação racial" — são inerentemente discursivos. São variáveis, conflituosos e contestados em cada nível da sociedade. O caráter político da formação racial decorre disto; as elites, os movimentos populares, os órgãos estatais, as religiões e os intelectuais de todos os tipos desenvolvem *projetos raciais*, que interpretam e reinterpretem o significado da raça. *Um projeto é simultaneamente uma explicação da dinâmica racial e um esforço para reorganizar a estrutura social numa perspectiva racial específica.* Ante uma iniciativa discursiva e cultural, uma tentativa de significação racial e formação de identidade, quanto, por outro lado, uma iniciativa política, uma tentativa de organização e redistribuição. A articulação e rearticulação dos significados raciais são portanto um processo

multidimensional, em que "projetos" competidores interagem e se opõem.

O mesmo raciocínio está presente na formulação acerca da negritude na obra de Munanga.

A fala de Ana sobre o valor da vida evidencia como esse processo incide sobre brancos e negros – no caso dos brancos, podendo fortalecer concepções racistas sobre o negro e o mundo, mas que no caso de Ana, faz despontar uma consciência de seu lugar na relação estabelecida

Voltando a Ana, curiosamente, esta indagação, que parece uma pergunta, na verdade está na resposta que ela revela estar dando a si mesma como forma de seguir em frente depois destes episódios, diante da escolha que entende dever fazer. Vejamos a frase completa:

**Agora eu tô entrando nessa de estar mais atenta em reunião de conselho, talvez eu encontre mais um caminho, quero encontrar um grupo de pessoas, contar o que aconteceu e falar ‘que que dá pra fazer com isso?’.**

Agora, todos os que lerem este trabalho poderão se perguntar junto com ela.

### 3.2.3 Evelin: O Buraco Negro

Conheci Evelin em atividade clínica, onde, como psicóloga, exerço a função de sua escutadora. Foi neste contexto que sua história pelo serviço de saúde chegou até mim. Seu relato era de preocupação, alarme, neste contexto de partilha de suas questões existenciais e apreensões. Através deste espaço e pela sua crescente inquietação com seu estado de saúde, sua trajetória pelos serviços de assistência foi sendo recontada e constituída. Nos primeiros relatos, a questão era a massa encontrada no estômago, o alerta que isso despertou, junto a ansiedade causada pela possibilidade de ser algo grave. Mas



passaram-se anos sem investigação adequada e, portanto, sem confirmação alguma, de modo que a questão passou a ser a angústia ou desamparo causados pela indefinição, espera e estagnação na linha de tratamento. Nas palavras dela:

“Essa coisa com o estômago começou em 2018, eu tava no terceiro ano da faculdade, e eu comecei sentir muitas dores e essas dores foram evoluindo muito, até eu não conseguir mais dormir [...]. Nessa época eu não tinha muito contato com o SUS [...], então, eu marquei um gastro no Dr. Consulta. Aí eu cheguei lá [...] ela pediu e endoscopia e outros exames de sangue [...]. **Aí fiz a endoscopia e saiu essa lesão de 6mm no meu estomago. Eu tentei marcar um clínico na UBS, eu fui na consulta e esse clínico faltou – e eu tinha saído da aula da faculdade, perdido a aula, de perdizes até Santo Amaro e o clínico não foi.** Aí eu consegui falar com a gerente e eu consegui um encaixe. Aí eu falei pro médico que tinha achado essa lesão, ele disse “você vai ter que ser encaminhada ao serviço especializado”. Em 2018 eu fui encaminhada a um Hora Certa em Pedreira. Eu fui numa consulta e ele disse “você pode dormir tranquila” com o que tava na lesão, mas ele pediu uma tomografia e outra endoscopia, e **ressaltou esse exame que a outra médica também tinha pedido que era uma eco-endoscopia. A partir de 2019 eles me chamaram de ano em ano: aí eu ia lá, passava por uma consulta, ele [o médico] falava ‘tem que fazer eco-endoscopia’, aí eu voltava lá no ano seguinte e não chamavam pra essa eco-endoscopia** – tava em aberto um pedido de 2019. Aí ano passado [2022] eu passei a ter muito desconforto de novo’, aí eu passei num gastro do Dr. Consulta, porque eu nunca sabia quando eles [UBS] iam me chamar [...], então eu fiz outra endoscopia. E nessa endoscopia apareceu uma úlcera, uma pan-gastrite e essa lesão. Depois que eu tava fazendo tratamento dessas coisas, eles me chamaram no Hora Certa. Eu fui e [nessa consulta] **ele disse ‘tem que fazer a eco-endoscopia’, e eu falei ‘tem esse pedido lá, esse pedido está desde 2019’.** Aí ela falou ‘vai lá na regulação ver como anda esse pedido’. Eu saí da consulta, fui na regulação – isso foi em junho de 2023 – e o moço disse ‘te chamaram pra fazer este exame faz uma semana’. Eu disse ‘mas não eu não recebi nenhum contato’. Ele foi ver os contatos, tinha um número meu, um da minha mãe [...]. Aí ele falou ‘eu vou mandar a requisição de novo’. **Mas quando me chamaram depois, uma semana depois, era uma mensagem falando que eu tinha marcado uma endoscopia, não era uma eco-endoscopia** que tinham pedido. **Ai em uma semana saiu, eu fiquei um pouco desconfiada e eu decidi ligar no hospital pra saber se dava pra fazer e eco-endoscopia, porque também era num horário assim, terça-feira no meio da tarde, aí eu não poderia ir pro trabalho [...]. E aí eu liguei lá no hospital, era um hospital municipal na Vila Mascote, que é na Washington Luis – também zona sul, mas outro canto – e eles falaram ‘a gente não faz esse exame aqui’.** Aí eu tentei de novo ligar no Hora Certa, uma hora consegui falar com eles, eles disseram ‘se marcou o exame errado, você tem que vir aqui na regulação pra remarcar’. **Eu voltei na regulação e uma moça simpática me mostrou que no sistema não tinha eco-endoscopia pra agendar, que tinha só endoscopia. Então eles mandavam a requisição pra secretaria da saúde e a secretaria da saúde devolvia como uma endoscopia normal. Eles ficaram fazendo isso ao longo destes anos e ninguém me falou que não tinha o exame, então não ia rolar.** E aí foi esse ano – eu não fui fazer endoscopia porque não tinha sentido, mas na última que eu tinha feito deu que a lesão cresceu. Esse médico disse que o SUS só ia fazer e eco-endoscopia se a lesão fosse acima de 1cm, que **ele tinha visto algumas sendo feitas. Pela regulação não tem, até que alguém da secretaria de saúde resolva ‘vou abrir uma exceção’, porque pelo sistema não tava previsto.** Então o que eu olhei também é que às vezes o médico faz um relatório pedindo urgência e envia. E talvez, assim, consigam.

## **Mas indo lá na regulação e a regulação pedindo agendamento, não tem.**

Se no caso de Ana a espera e morosidade se relacionaram a fatores de seletividade interpessoal, aqui, entendidos em face da dinâmica do racismo e do modo como a raça opera como dispositivo simbólico de afetos, uma mobilizadora importante de empatia, no caso de Evelin falamos de uma morosidade programática, pois prevista e erigida sobre o próprio calço da política de saúde e causada por ela. Levou quatro anos para saber que o exame de que precisa, solicitado reiteradamente por diferentes profissionais, não seria realizado. O tempo decorrido, neste caso, resultou dos fluxos institucionalmente estabelecidos e da agenda designada. Neste sentido, o tempo da espera sai da dimensão singular e ocupa posição central na consecução da política. A espera da Evelin não está relacionada à seletividade interpessoal, mas ao modo como o racismo produz espaços de desassistência programáticos. Aqui, os nomeio buracos negros: são ocos, limbos, espaços vazios, lapsos, gaps, espaços de desassistência, de inexistência de qualquer objeto ou medida – conduta, instituição, profissional, equipamento, política – necessário à sua consecução do cuidado preconizado; são as lacunas no sistema onde não se encontra assistência por não estar previsto ou preconizado, ou por faltar aquilo que é mandatário para que se efetive. Eles se constituem como espaços de desassistência constituídos na e operados pela burocracia na saúde: trata-se de quando a burocracia se realiza não como protocolo de entrada, mas uma impossibilidade ao acesso – e este é o aspecto mais marcante do conjunto de experiências de Evelin. Vejamos outros exemplos da sua experiência, nas suas palavras:

**“Já chegou pedido de endoscopia pra 5 da tarde, e é um exame que você tem que ficar 12 horas sem comer”.**

**“Quando eu tive uma outra desregulação, eu nem voltei pra UBS, porque tanto a ginecologista ficava me encaminhando pra clínica, e a clínica pra ginecologista”.**

Eu acho que **tem uma rede de encaminhamentos, mas eles não se comunicam muito**, [...] eu fui lá na UBS ver se tinha como ver isso do exame que marcaram, se tinha como remarcar pela UBS: não tinha; eles falaram **‘não, você precisa voltar lá no hora-certa’**, [...] **não tem muita comunicação entre os serviços**.

Daí eu volto pra sala do médico, daí eu volto pra regulação, ficando **que nem uma barata tonta dentro do equipamento, sem ninguém te dar uma resposta assertiva** de ‘vai rolar, não vai rolar’. Então **muito engessado**, assim.

Se não segue um protocolo, fica solto, ninguém sabe o que fazer. **Então, o que me marcou foi a burocracia – e ninguém comunicar ‘não vai ter esse exame’**, não vai rolar mesmo.

Nessa UBS eu meio que **dei uma desistida de ir**, eu fui fazer um exame de IST em 2022 e embora esteja lá ‘na UBS você chega, faz é super desburocratizado’, só que **eu nem fui na UBS, porque o mecanismo dessa UBS é muito difícil, muito truncado**.

Essa UBS, principalmente, tem uma OS que entrou há uns dois anos mais ou menos, e a minha impressão – não tenho como dizer se é isso mesmo –, que **com a burocracia, eles conseguiram contratar mais**, então eu tenho a impressão que **uma certa burocracia de você ser atendido, conseguir exame, foi agilizada, mas** eu tenho a impressão que **o serviço também foi ficando mais esquisito**, no sentido de parece que **os médicos estão mais impacientes**, o serviço parece que está mais tensionado. [...] então eu sinto que os últimos acontecimentos foram embrutecendo os profissionais **e isso vai aparecendo no serviço**.

**E aí não tem muito uma resposta.**

Evelin percebe que há outros processos envolvidos no tratamento ruim que recebe, sobretudo, como fomentar a burocratização não é sinônimo de melhoria no atendimento. Moura nos lembra que o racismo no Brasil substituiu a ordem escravocrata, subvertendo os métodos de violência e exclusão empregados. Se aqui, nos regimes de escravidão negra, prevaleceram tecnologias de violência mais explícitas e diretas, que tinham centralidade nos castigos físicos e cerceamento direto e concreto sobre os corpos desses sujeitos, o racismo, como aparato de dominação alternativo, sacra como norma formas simbólicas e institucionais de violência e exclusão para se consolidar, assegurando de tal

modo o regime de dominação vigente e a subalternização dos negros. Hasenbalg (2005) também afirma que a sociedade brasileira teve rumos semelhantes a outras no que diz respeito a dominação racial, mas bastante diferentes nos meios usados para este fim – abdicando do uso da violência e da coesão extremas. Winant (1994) tem uma perspectiva consoante acerca das formações raciais brasileiras, que se evidencia na história de Evelin: para ele, aqui, diante da pressão e confronto impostos pelas oposições raciais, o Estado tende a estabelecer uma burocracia. Esta operação foi tão bem sucedida que por muito tempo acreditou-se que o país vivia, de fato, uma harmonia racial sem precedentes no globo. Gomes (2000) afirma ainda que o racismo institucional, como modalidade de discriminação, ocorre de forma a dissimular o racismo por meio de um conjunto de práticas e procedimentos cotidianos, aparentemente corriqueiros, legalmente protegidos e burocraticamente sancionados. Nesse sentido, a burocracia pode ser compreendida como uma forma dissimulada de discriminação, regulamentada como sistema de execução da atividade da saúde. Outros exemplos de natureza semelhante:

Foi uma coisa contraditória, porque **depois que eu descobri essa lesão eu passei a usar mais a UBS; mas, ao mesmo tempo, eu fui ficando mais frustrada**: o que eu consegui fazer na UBS foi fazer exame de sangue e passar na clínica.

eu acho que **tem uma resolutividade maior se são coisas já previstas**, que são as demandas de maior alcance, mas **se sai um pouco do que é o dia a dia, fica ‘não tem muito o que fazer, vai ter que esperar’**.

Burocracia que na verdade é racismo: opera no ordenamento geográfico dos serviços, no funcionamento que exige uma hora de espera para o preenchimento de formulários em um serviço de emergência, nos protocolos de cuidado, repetidamente aplicados a Evelin de modo a vetar o acesso a um direito elementar das mulheres em idade reprodutiva. Em todos estes casos vemos a burocracia operar por recortes de exclusão e normatização deste processo que exclui sob a escusa da necessidade de

cumprimento do protocolo. Neste sentido, a burocracia é uma das formas negativas como o racismo opera nas instituições e serviços de saúde.

A primeira contradição está no fato de que a burocracia, como conjunto de normas que regem o funcionamento destas unidades, teria a aparente finalidade de orientar seu funcionamento, facilitando os processos institucionais de modo a melhorar o desempenho e aprimorar a qualidade do serviço – resultando, em última instância, em melhor assistência ao cidadão. Em contrapartida, assiste-se a um ordenamento estrutural cujas regras são designadas e procedimentos regulados sob o pressuposto da exclusão e a prerrogativa da discriminação racial, servindo de meio para interditar que o direito seja cumprido através de tarefas que o tornam inexecutável. Esta contradição, que se manifesta em outra ocasião em que Evelin tenta usar um serviço da UBS e é barrada por uma agenda burocrática, fica bastante evidente na sua seguinte fala:

Falei **teoricamente** também **porque em 2021 eu tentei colocar o DIU pela UBS**, tá lá que toda disponibilidade métodos contraceptivos de longa permanência’. Aí eu fui na UBS, falei com o ginecologista, ‘eu estou pensando colocar o DIU’, aí ele olhou em exames meus e **disse ‘você ainda tem cisto nos ovários, tome anticoncepcional por seis meses’**. **Eu tomei anticoncepcional por seis meses, marquei o retorno**, falei com outra médica – esse outro médico me perguntou se eu namorava, eu falei ‘não, não namoro’, e aí **ele falou ‘o DIU só aceita um parceiro’**. [...] Aí eu falei pra ele ‘eu uso camisinha’, e **ele respondeu ‘vocês sempre dizem que usam camisinha, mas não usam, então não dá pra ir por isso’**. Aí depois eu [...] **consegui marcar com uma outra, [...] eu falei pra ela ‘olha, eu tomo anticoncepcional há dez anos, não resolveu os cistos, então não vai ser agora que vai resolver**. Eu tava tendo muita diarreia por causa do estômago, na bula fala que se você tem diarreia de 4 a 6 horas depois de tomar, diminui a eficácia, então eu perdi a confiança no método, **eu não queria mais tomar, ela falou ‘você tem que tomar por mais 6 meses, e depois a gente vê se dá pra colocar’**. E as únicas contraindicações pra colocar DIU é se você tem alguma deformidade no útero que impeça, ou se você está grávida, e eu não tinha nenhuma dessas duas. Só que eu fiquei pensando **‘ela tá tão de má vontade pra fazer isso’**, aí eu fiquei com medo da inserção e ser ela colocando, **aí eu desisti – embora previsto que eu tivesse o direito de colocar pela UBS**. E [...] **nessa foi um ano tentando colocar**: um ano são 12 ciclos, se é uma pessoa que está numa situação de mais vulnerabilidade, poderia ter engravidado. **Então é tão burocratizado o acesso que acabei colocando pelo particular, teoricamente tendo o acesso pela UBS**.

Mas deve se atentar a um detalhe importante dessa ocorrência. Nela, Evelin não cai em um buraco no sistema de assistência, mas é lançada. Como ela mesma relembra, colocar DIU é um procedimento garantido pelas políticas de Saúde da Mulher e de Planejamento Reprodutivo, muitíssimo implementadas, em plena vigência e sob monitoramento constantes das gestão municipais nas Unidades Básicas de Saúde. A circunstância mostra, portanto, que quando esse buraco não é sucedido do ordenamento político, se cria e se sustenta pela seletividade dos profissionais. Esse buraco de desassistência pode acontecer mesmo diante de um pedido cuja oferta esteja disponível e amparada por linhas de cuidado bem estabelecidas. Logo, em qualquer das alternativas, o buraco se constitui como objeto ou zona negativa do enredamento burocrático, em que o cuidado objetivamente não acontece pela inexistência de um lugar de endereçamento ou de acolhimento de determinada demanda em saúde. Sendo assim, quando o buraco não se institui pela forma da organização da política, se constitui pela forma como ela é executada pelos agentes da micropolítica do cuidado. O último evento relatado por Evelin evidencia que, mesmo quando os protocolos são pequenos e facilmente cumpridos, as respostas foram bastante semelhantes:

Eu inclusive tinha pedido pra estes dois ginecologistas que eu passei uma guia pra fazer os exames de IST e eles “por que?” – uma ginecologista me perguntando por que eu queria fazer um exame de IST. Por prevenção, né, pra ver se não tem nada... **E não passaram o exame** também, foi também uma coisa ‘**depois a gente vê**’.

A tentativa de colocar o DIU e a de realizar exames de IST contradizem os modos como ela define sua experiência nestes serviços. Contando sobre o exame de eco-endoscopia, afirma que quando não há um protocolo mais estabelecido, é mais difícil que a política se cumpra. Fativamente, teve o direito à saúde negado três vezes, por interdição médica, dentro de linhas de cuidado amplamente difundidas e asseguradas. Ao passo que os não correspondem somente às zonas de inexistência ou inoperância de

assistência político-institucional onde pretos e pardos caem, mas aos lugares para onde são empurrados, esses buracos negros fazem referência também à força magnética do racismo, que opera pela aliança de mecanismos políticos, institucionais e interpessoais de seletividade e exclusão, sorvendo as pessoas negras para estes sítios de inexistência ou inoperância de cuidado, e, portanto, mediando as possibilidades de exercício desse direito para este grupo. Retomemos uma passagem de Cecília que evidencia essa maneira como a burocratização se constitui como um componente que nem sempre apenas descreve e regulamenta como a assistência deve ocorrer ou os procedimentos necessários para realizá-la, mas, fundamentalmente, atua como uma barragem, consignando que não aconteça assistência alguma:

Aí uma vez eu fui no posto com a pressão caindo; cheguei lá no posto **não dava pra passar na médica, tinha que passar na triagem. Mesmo assim passei**, mas eu tava ruim, nesse dia eu tava péssima, sentindo esse mal estar, a pressão caindo. Ela mediu minha pressão, falou que minha pressão tava um pouco baixa – a enfermeira **falou pra mim assim ‘isso é por causa do calor’; eu falei ‘não, mas tá muito ruim’ – não quis nem saber, só falou assim ‘tava baixa’ e pronto, não passei com médico nem nada.** Aí uma outra senhora que tava do meu lado falou que eu não tava boa, que eu tava ate meio pálida, ela falou assim vai lá no central, que tem o central que é público e é hospital. **Fui pra lá, lá fiquei: a mulher me examinou, minha pressão tava baixa, aí começaram a me dar soro, essas coisas, medicou, mas não falava nada o que eu tinha. Fiz exame de sangue, exame de urina, nada. Aí fui embora pra casa.**

Os itinerários percorridos por Cecília e Evelin desvendam que cumprir a burocracia não é, de forma alguma, condição para ter assistência assegurada. É como se não houvesse escapatória: se a política não segregou de início, pela inviabilidade do acesso, os profissionais excluem posteriormente. Assim, se a experiência particular de Ana, conforme a analogia que ela mesma propõe, pode ser comparada a do filme *Corra*, a de Evelin manifesta que a experiência da burocracia no SUS que pode ser equiparada a *Jogos Vorazes*: mesmo depois de cumprir todas as exigências, a derrota é esperada. Nesse sentido, a burocracia lança os cidadãos em um jogo de tarefas para sua assistência –

algumas vezes, de fato, para a sobrevivência – mas ao fim, realizadas todas elas, o benefício que buscam não é assegurado. Deste modo, embora se possa argumentar que a execução de uma política, sobretudo com a envergadura do nosso sistema de saúde, exige que regras e normatizações sejam formalizadas, o que é uma verdade absoluta, a burocratização acaba operando por premissas raciais e servindo reiteradamente à exclusão – ou seja, atua na orientação contrária a finalidade da execução política.

Os três casos de Evelin, contrapondo-se o do exame de eco-endoscopia aos da implantação do DIU e pedido para realizar exames de IST, dão sinais da articulação entre diferentes níveis da esfera de discriminação, das pactuações e dos contratos de exclusão racial dos negros. Isso porque no exame de eco-endoscopia ela se encontra num limbo em que seu pedido, supostamente, não existe, não há lugar no sistema. Em relação ao pedido de implantação de DIU e a realização de exames preventivos para IST, falamos de linhas de cuidado bastante estabelecidas, sustentadas por políticas há muito implementadas no SUS, que, ainda assim, não foram contemplados pela interdição direta de profissionais – em um dos casos, sob pretexto burocrático, no outro, sem pretexto algum.

Vemos, novamente, o alinhamento entre mecanismos institucionais e interpessoais de discriminação na efetivação da exclusão e consequente interdição do direito à saúde. Nesse último caso, chama a atenção não haver justificativa alguma para a negativa apresentada. No meu trabalho de mestrado evidenciou-se que condutas discriminatórias eram comumente justificadas por argumentos técnico-teóricos que embaraçosamente embasavam uma conduta arbitrária e discriminatória. Nesta última cena, porém, não há justificativa – e seria mesmo difícil encontrá-la. A situação faz pensar a profusão do racismo na saúde, sempre presente, justificado ou não. Faz pensar ainda sua naturalização: o status de sub-cidadania das pessoas negras é tão disseminado e a



violação dos seus direitos tão cotidiana e sancionada, que não carece nem justificativa – médica, burocrática ou qualquer outra. Isso acontece mesmo com Evelin tentando mostrar-se ciente e atenta acerca de seus direitos e processos em saúde, postura que não modifica em nada a qualidade de sua experiência, marcada pelo estabelecimento de barreiras burocráticas, omissão de informações, desprezo e desconsideração absoluta de suas demandas ou pedidos, e, por fim, desistência:

E experiência que eu tive com os médicos que estavam lá há mais tempo era muito **cronificada, burocratizada**, uma coisa meio ‘tá, tem próximo em 15 minutos, anda’[...].

Só que eu fiquei pensando ‘**ela tá tão de má vontade pra fazer isso**’, aí **eu fiquei com medo** da inserção e ser ela colocando, **aí eu desisti – embora previsto que eu tivesse o direito de colocar pela UBS.**

Eles ficaram fazendo isso ao longo destes anos e ninguém me falou que não tinha o exame, então não ia rolar. E aí, foi esse ano, **eu não fui fazer endoscopia porque não tinha sentido.**

**Eu falei e não teve muito efeito**, a coisa fica meio... Nessa UBS eu dei uma desistida de ir.

Evelin demonstra consciência desta burocracia como um problema nos serviços de saúde e de seus efeitos nocivos ao encadeá-la a ideia de cronificação. Neste sentido, a burocracia resulta em um mecanismo sob o qual, a partir de supostas tarefas para inclusão, se nega a assistência ou convida a desistir. Vemos a burocracia como forma de complicar, de fazer desistir.

“Quando eu tive uma outra desregulação, **eu nem voltei pra UBS**, porque **tanto a ginecologista ficava me encaminhando pra clínica, e a clínica pra ginecologista, quanto foi super pouco resolutivo** as vezes que eu tentei colocar DIU.

Marcam ainda dois elementos menos evidentes, mas ainda aparentes nos seus relatos: assim como Ana e Cecília, Evelin é pouco informada sobre sua condição de saúde, sobre os processos burocráticos e qualquer outra informação em saúde relevante.

Assim, não recebe respostas em 4 anos sobre a não realização do exame, não é informada sobre os motivos da recusa para os procedimentos que solicita, não tem respostas assertivas seu estado de saúde. O outro é a repetição na experiência de Evelin de um tratamento desdenhoso e subalternizador, aqui pela via da infantilização, que não promove a autonomia e produz indignidade e, em último caso, desassistência. Em consonância com as outras histórias, essa percepção aparece no seu relato e é nomeada por ela sob o mesmo significante escolhido por Ana para retratar o atendimento recebido: “má vontade”. Vejamos outros exemplos:

Eu sinto que comigo é ‘você tá bem, tá aí, vamos. **Essa consulta aqui nem precisava, tá ótima**’. Eu ‘ah, então tá bom’.

Em grande parte dessas consultas eu sentia que eles olhavam pra minha cara e viam uma pessoa meio **inábil: ou que não ia entender**; ou que não sabia muito bem do que se tratava o processo de saúde; ou que não sabia muito bem guardar os exames ou guardar os medicamentos que estava tomando. Mas eu acho que tanto por eu ser negra como por eu ter a aparência de uma pessoa mais jovem **eles me tratam de um jeito meio infantilizado. Aí toda a pactuação com o paciente vai pro ralo, uma coisa muito tutelar** – ‘eu sei que pra você é melhor tomar anticoncepcional’. **Fiquei sempre com essa sensação de não ser muito levada a sério, as queixas meio ‘o que você tá fazendo aqui?’** Tá jovem, tá saudável, magra – para com isso, **vai embora, não enche a minha agenda. E eu acho isso muito triste.**

Outra expressão partilhada entre Ana e Evelin é “muito triste”, que além de proclamar um sentimento, remete ao tratamento que receberam e às condições do sistema de saúde. Embora Evelin não use esta palavra, repetida diversas vezes por Ana, acredito que ela descreve a condição a que ambas foram submetidas: indignada. Embora comumente expresse um estado afetivo de revolta, aqui poderia significar a ação sofrida por ambas, localizando o fato de terem sido tratada com imensa indignidade. Foram indignadas, jogadas a uma condição de indignidade, estado a que foram levadas mediante a atuação de um outro, não orientada por um princípio, norma ou código de respeito e dignidade. Certamente, ela pode ser observada em muitas das cenas contadas, dentre as quais, as de omissão de informação:

A UBS é perto da minha casa, vinte minutos a pé, cinco pontos de ônibus, você chega lá. O hora-certa não, tem todo um ‘tá, então eu vou perder uma manhã ou uma tarde indo lá’. E aí **não tem muito uma resposta**. Aí tem ‘o médico viu algumas sendo feitas’: eu não sei se ele viu nesse equipamento, se ele viu diretamente de um hospital que ele trabalha – viu. Sei lá. **Não tem muito uma resposta, não tem muito... Nada. Demorou 4 anos pra eu saber que não ia rolar.**

“Ano passado [2022] eu passei a ter muito desconforto de novo’, **aí eu passei num gastro do Dr. Consulta, porque eu nunca sabia quando eles [UBS] iam me chamar** – eles me chamavam uma vez por ano, mas às vezes no começo do ano, às vezes no final do ano, **então eu nunca sabia**”.

A convergência da desinformação nos casos de Cecília, Ana, Evelin, que também vão ser relatadas por Yago, mostram que não se trata de um evento isolado, e confirma seu uso como ferramenta ou prática de subordinação e subalternização. Mas nenhuma situação de Evelin é mais explícita a esse respeito que a seguinte:

Eu lembro que ela pediu no dia pro clínico fazer um encaixe e quando eu entrei na sala – eu acho que foi o enfermeiro que entrou junto pra falar com o médico – **aí o enfermeiro falou assim ‘ah, era você que tava precisando de encaixe?’**, **aí o médico ‘pois é, você deve estar morrendo, o que está acontecendo?’**, **zoando** o fato de ter sido encaixada e aparentemente eu estar bem, de pé. **Eles ficaram fazendo uma piada disso.**

As cenas trazidas por Evelin se desenrolam por uma sequência que poderia ser definida com pela seguinte progressão: ao entrar chegar na saúde, você pode 1) cair no limbo, um buraco onde o que é solicitado não existe, não está disponível. Quando o que você solicita está previsto, 2) você pode não ser contemplada, pois ficou aprisionada pelos critérios burocráticos ou aos protocolos para o cumprimento. Havendo cumprido a burocracia necessária, pode 3) receber uma recusa diretamente dos profissionais a frente dos dispositivos de cuidado. Quando o profissional o atende, ainda assim 4) deve informar que estar ali não é seu lugar de direito por meio de um tratamento desdenhoso e debochado. A sequência mostra que, falhando as estruturas políticas e os mecanismos institucionais para executar a exclusão, serão utilizados os mecanismos simbólicos para

este mesmo fim. Vale expor um detalhe: Evelin solicitou um encaixe porque o médico faltou a consulta previamente agendada, à qual ela compareceu, no dia e horário agendado.

Tirar sarro, insinuando que só deveria reivindicar a consulta, que não foi realizada pela ausência do profissional, caso estivesse numa condição muito ruim evidencia a naturalização da indignidade com que os médicos enxergam alguns pacientes. Mostra que não os enxergam como sujeitos de direitos e reitera a ideia do SUS como um sistema precário para pessoas precarizadas, na medida em que torna explícito um entendimento sobre as condições que justificariam determinadas pessoas recorrerem a saúde: morrendo. Dar a entender a uma pessoa negra que ela só deveria solicitar a consulta caso estivesse morrendo mostra quão naturalizada é a indignância deposta sobre as pessoas negras e usuárias dos serviços do SUS. A mesma pesquisa sobre má qualidade nos atendimentos já citada revela que mais de um terço das pessoas atendidas em países pobres relatam ter sua experiência de usuário dos serviços marcada por falta de respeito, longo tempo de espera e consultas curtas. Baumgarten et. al (2015, p.) dizem que

As formas pelas quais a discriminação pode se expressar no âmbito do cuidado em saúde incluem desde atrasos, negligência ou recusa ao tratamento, até manifestações de assédio, bem como no fornecimento de opções de tratamento diferenciadas ou menos conservadoras, a depender do paciente.

O caso de Ana já evidencia bastante bem como algumas faltas podem ser produzidas na própria política de saúde, sendo um dos fatores primordiais o tempo de espera para atendimento das demandas. A demora para conseguir consulta, exame ou cirurgia foi o principal problema reportado dos usuários do Sistema Único de Saúde, conforme aponta a uma recente pesquisa realizada pelo Ipec (2022). Em Ana, a espera de três meses decorrida para ser chamada para a realização de um procedimento – que segundo o serviço de saúde para o qual foi referenciada, decorreu em um tempo de

urgência –, era questão de vida ou morte, em função do que, conforme ela conta, preferiu pagar, e faltar, para não morrer.

Conforme o modelo conceitual apresentado por Izeckson e Ferreira (2014), tem se apontado causas múltiplas para o absenteísmo, que vem sendo representando como um fenômeno multideterminado e pluricausal, resguardada uma tendência a atribuir sua ocorrência a dois grupos primordiais de fatores: aqueles localizados nos serviços, e aqueles atribuídos aos usuários, a interagir de forma complexa. Desta perspectiva, há uma tendência a tratar o absenteísmo como problema com impactos para a gestão, a ser enfrentado pelas estratégias que este âmbito tem a oferecer, sob o custo do escoamento dos próprios investimentos aplicados na saúde. Outra perspectiva, porém, está no levantamento realizado por FARIAS et al (2023). A produção, pautada em uma lógica diametralmente inversa, relaciona o absenteísmo a enorme espera para os atendimentos. No mês de setembro de 2023, o jornal do almoço transmitido pelo canal de maior audiência da TV brasileira apresentou uma reportagem sobre as faltas no SUS. O absenteísmo revelou a espera de meses ou anos para consultas em especialistas, realização de exames ou cirurgias, mostrando que as faltas eram produzidas pela demora imposta pelo próprio sistema – já que no tempo contemplado, o serviço agendado foi esquecido e/ou já não fazia mais sentido – por qualquer motivo.

No caso de Evelin, três tipos de circunstâncias ocasionam a falta: aquela já observada em Ana, ocasionada porque o pedido a ser atendido já não faz mais sentido; e aquela imposta pela desistência, no caso dela, gerada das condições dificultosas impostas pela burocracia – ambas, sempre somadas a um tratamento desrespeitoso, omissivo, que gera desconfiança e, algumas vezes, medo. Assim, ela ilustra essas circunstâncias com nitidez, confirmando que má adesão, descontinuidade no tratamento e absenteísmo na

saúde podem ser fenômenos cuja justificação está nas formas de cuidado estabelecidas pelas políticas de assistência e seus mecanismos estratégicos.

Deste aspecto, esse tipo de tratamento jocoso tem o intuito fundamental de estabelecer a linha entre quem pode reivindicar cuidado e direitos e quem não, entre quem pode ter seu direito exercido pelo simples fato de ser cidadão ou quem vai ter isso regulado, cerceado e tutelado pelo outro. É curioso que Evelin use a palavra tutela: para Machado (1991, 2010), o processo abolicionista brasileiro, lento e gradativo, tinha como objetivo a tutela *permanente* das populações negras.

Sobre essa inexegibilidade com a qual se deparam esses sujeitos no exercício de sua cidadania, se mostra na desinformação a que são submetidos, no tratamento que recebem ao reivindicarem qualquer coisa, mas sobretudo, se mostra como uma prerrogativa da burocracia. Sendo assim, a conduta deste profissional – mas, sobretudo o conjunto do tratamento dispensado a Evelin, com a aplicação indevida da burocracia, a omissão de informações, as piadas diante de sua reivindicação ao acesso –, opera um tipo de demarcação sobre o outro cujas funções simbólicas o situam entre o insulto e o racismo recreativo. Segundo Guimarães, o insulto tem a função de introjetar no outro a inferioridade racial almejada, fazendo acreditar, por conseguinte, não somente na sua desumanidade, como na superioridade do outro grupo racial. Trata-se de uma forma de caracterizar o outro e, a partir disso, a si mesmo, em uma dinâmica de inferioridade versus superioridade. Moreira, por sua vez, afirma que o racismo recreativo, entendido pela manifestação do racismo por meio de piadas que reforçam estereótipos estigmatizantes socialmente estabelecidos, além de ter essa mesma função de subalternizar, busca ainda destituir o caráter violento de sua ação e, por consequência, desresponsabilizar o agressor racista. Vale destacar como, seguindo aos princípios negativos como decorre a dinâmica na saúde, isso se dá nem qualquer menção explícita à raça. Deste modo, temos uma

conformação em negativo de um conjunto de práticas de submissão e subalternização na saúde.

Ainda entre os pontos comuns entre Ana e Evelin, temos que são as únicas na amostra que pagam por serviços particulares para ter respondida a demanda assistencial não absorvida pelos dispositivos públicos gratuitos. Vejamos seus relatos:

“Então, é uma ordem de grandeza de dinheiro em um exame que eu nem consigo imaginar. É meio assustador 4 mil reais num exame que eu entendo que, **teoricamente, eu não deveria ter que pagar**”.

Os exames, quando eu pesquisei **pela primeira vez, estava em torno de 2.200 reais esse exame; agora o lugar mais barato que eu achei é 2.900, mas é em Santo André** e só faz de sexta-feira, e sexta-feira é um dia em que trabalho presencial, **então teria que abrir mão de todos os pacientes** que atendo na sexta e pedir pra alguém ir comigo que seja acompanhante, então **alguém também tem que perder um dia de trabalho. A outra opção é fazer em São Paulo, que também dá pra ir mais perto, só que aí tá 4.400 reais esse exame. Eles parcelam, dá pra parcelar em até 10 vezes sem juros.**

É possível, mas eu nunca paguei 4 mil reais numa coisa de saúde. E aí **é um dinheiro que vai sair de outros lugares.** A coisa mais cara que eu já comprei foi meu notebook, que foi 3 [mil reais]. **Então é uma ordem de grandeza de dinheiro em um exame que eu nem consigo imaginar.**

**Conversou com médico, irmãs, decidi que ia pagar pra fazer, pra ser mais rápido.**

Eu tinha um dinheiro que estava juntando pra fazer um transplante dentário, falei, ‘bom, o dente espera’, e paguei o médico; e o hospital pude **pagar parcelado no cartão de crédito. Foi isso, foi assim que eu paguei. O hospital foi quase 4 [mil] também, isso dois dias:** você entrou, fez, no outro dia saiu. **E foi parcelado, quase quatrocentos reais, dez parcelas, e falei assim que foi tipo casa,** reforma, porque esse procedimento que ele fez no consultório ele cobrou, aí chamou um patologista, foi mais 500, ele tinha esquecido de falar da instrumentista, foi mais 500 reais, foi indo.

Ouvir os relatos de Ana e Evelin sobre as situações em que recorreram a serviços particulares é chocante por muitas razões. A primeira é pelos modos como são impelidas a recorrer aos serviços suplementares, sempre depois de situações de negligência ou maus tratos, algumas delas que geraram medo. Assusta ainda constatar que um serviço que impele os cidadãos a recorrerem a serviços privados para não serem maltratados, para não terem que esperar o agravamento severo de uma condição clínica ou a morte, não deveria ser considerado, efetivamente, um serviço público, gratuito e universal. Nesse sentido, nossa política de saúde per se já é desumanizadora na medida em que exige escolher entre

duas sub-cidadanias: a de ser abrigado pelo SUS, exercendo seu direito a saúde pública, submetendo-se, para isso a espera prolongada e programática, a um possível agravamento decorrente dela e sob os riscos de receber um atendimento precário, especialmente sendo negro; ou entre recorrer a um serviço privado, sem absolutamente nenhuma garantia de melhor tratamento, desabastecendo-se financeiramente para isso. Os cálculos financeiros realizados por Ana e Evelin apontam a contradição de um sistema público que outorga ao mercado o acesso a uma gama significativa de serviços, mostrando que a lógica do consumo pode caminhar tranquilamente, lado a lado, à da saúde como um direito e dos princípios solidários que balizam um sistema universal e equânime.

Por último, chocam mais ainda notar as semelhanças entre a situação por elas retratada e as escolhas contingenciadas por essa situação e a condição dos negros mais de um século atrás. Ariza (2012) descreve como os mecanismos legalmente instituídos para obtenção da liberdade ou alforria – ou seja, para pleitear uma posição social menos abjeta a de escravizado – levavam à tutela e ao endividamento, afastando-os, deste modo, da emancipação desejada.

Lá e aqui, interessa como o exercício da cidadania se relaciona a arranjos políticos e econômicos e outros processos macropolíticos. Sobre isso, Evelin, mais uma vez, como Ana, mostra uma consciência de que sua trajetória singular na saúde está marcada por processos macrossociais, que são política e economicamente determinados. Neste sentido, a burocratização tem esteio nos processos de sucateamento sobre o qual as políticas são operacionalizadas: falta de verbas, restrições orçamentárias, privatizações, com consequências diretas, ainda que imediatas, sobre o processo final da cadeia produtiva em saúde – sobretudo na assistência e experiência do usuário.

**Eu acho que nessa época que eu fui, os médicos ainda atendiam três pacientes por hora, agora eles estão atendendo 4.**



Então acho que tem algo dessa **burocratização** – aí a pessoa manda pra secretaria de saúde, aí **nem lê o que é**; acho que também do **Estado sucateando os servidos** – **‘não tem disponibilidade, não tem verba, não tem mais nada’**; e é uma coisa que **você não consegue falar com a secretaria de saúde, eu mal consegui falar com a regulação.**

Acho que também, **é decorrência dos processos de sucateamento as coisas que eu fui vivendo**, e de uma estratificação que é **‘tem uma parte que a OS cuida, que é privada, tem uma parte que a prefeitura, que é público, e isso vai gerando uma confusão** do que é a parte de cada um.

Sobre isso, especificamente, sabemos que o sistema público de saúde é historicamente marcado pelo subfinanciamento, situação que se agrava sensivelmente em ciclos de crise econômica do capital (MENDES). Depois de 2016, tem-se ainda as restrições ocasionadas pela da PEC 95/2016, que congelou os tetos de gastos públicos por 20 anos, somada a uma perspectiva hegemônica de gestão no município de São Paulo dominada pela terceirização e outras modalidades de parceria público-privada, colocando a assistência em saúde frontalmente sob os interesses do grande capital.

#### 3.2.4 Yago: Tudo, em todo lugar, ao mesmo tempo

Meu primeiro contato com Yago foi através de uma postagem em rede social. Uma amiga, feliz com a realização da casa própria, recomendava, entre outros profissionais negros, seu nome e trabalho como marceneiro, motivo pelo qual fiz contato. Assim ele visitou minha casa, para atender a uma demanda profissional, circunstância em pude observar um curativo na mão direita que abrangia os dedos médio, anelar e mínimo. Perguntei o que havia se passado e ele contou sua história, concordando em dividi-la, detalhadamente, para essa pesquisa. Nas palavras dele:

**“Eu cortei três dedos na serra, na esquertejadeira**, foi um dia muito atípico. Eu tinha começado a tomar um medicamento pra ansiedade, sertralina, medicado por um clínico geral, aí sem ler a bula, sem nada, eu fui operar a máquina. [...]. E aí comecei a perder sangue, aí fui correndo pro hospital, já. [...] E o hospital mais perto que a gente tava era o hospital de Pirituba, não sei nem se é hospital, acho que é Pronto

Socorro lá. Chegando lá **já tava tremendo já, sem cor, de todo sangue que eu tinha perdido, mal conseguia ficar em pé. Aí tive que passar lá, pegar senha, fazer triagem, tudo, e aí quando eu fui atendido o médico não quis me atender porque lá não tinha radiografia, não podia mexer em nada sem ter um raio X em mãos.** Você tá estressado, vendo tudo aquilo,  **você já perde a cabeça: esperou a fila, esperou tudo aquilo, quase uma hora esperando, vê que não vai ser atendido porque não tem radiografia. E aí ele olhou pra minha cara e disse que tudo que ele podia fazer era dar um medicamento pra dor e me liberar pra casa.** Eu estava só com uma camiseta enrolada e os dedos e ossos todos expostos, pendurados, eu não conseguia nem mexer”.

Aí um enfermeiro me tirou de canto e disse “vai pro Hospital de Jaraguá”, lá eles vão te atender. Aí migramos de carro, fomos de Pirituba a Jaraguá de carro – **tava bem trânsito, deu uma hora mais ou menos ate o hospital de Pirituba e de Pirituba até o Jaraguá deu uns quarenta minutos. E aí, chegando lá, eles não podiam fazer nada porque não tinha raio X, mas pelo menos eles tiraram os panos véio da minha mão e fizeram um curativo mais ou menos decente.** E aí falaram que estavam aguardando vaga em algum hospital de São Paulo pra que eu pudesse ser transferido, e a vaga saiu no hospital geral de Taipas. Aí já tinha feito teste de Covid, tomado medicação pra dor no hospital Jaraguá. Aí o SAMU chegou, fui de Samu até o hospital geral de Taipas –  **aí é um hospitalzão, grandão, só que lá dentro é oco, não tem nada lá: não tinha esparadrapo, não tinha mão de obra de médico, não tinha cirurgia, não tinha nada, só o desespero do povo, lotado lá de gente quebrada.** Chegando lá o médico fez a sutura, costurou meus dedos no olho, pegou lá e fez uns pontos de qualquer jeito pra parar o sangramento, e aí eu ia ficar lá internado até que saísse a cirurgia. Fiquei num quarto com mais três homens – fui pra internação lá, fiquei uma noite – tavam no mesmo quarto também esperando cirurgia, cada um com um acidente diferente, mas já tavam lá há muito tempo. **Tinha um senhor que tava lá há 45 dias esperando uma cirurgia: ele caiu da escada, quebrou o osso da costela e estava esperando essa cirurgia; e mais dois acidentados de moto, zoaram a perna, estavam com aquelas gaiolas, e eles estavam lá já há 20 e 30 dias, e o senhor há 40 e tantos dias.**

No dia que eu tava lá em Taipas pra ser internado, coincidentemente apareceu uma conhecida, sofreu uma fratura na mão, aí ela disse que hospital pra fratura era o HC ou no Pari, que eram referências. Já me internei em alerta. **É bagunçado lá: qualquer um entrava, muito desorganizado, ninguém sabia de nada, os médicos não te conheciam, não iam lá te ver.** Em dois dias em que eu tive lá eu não tive contato com um médico [...]. **Lá não, minha mão ficou o tempo inteiro enfaixada, ninguém nem se quer abriu os curativos – porque sabiam que não ia ter o que fazer também, né, vai abrir pra que? Difícil. Foi isso. Foi um trauma, foi terrível.**

Antes de dar continuidade ao itinerário percorrido na assistência, vale contar mais sobre Yago. Na nossa conversa, ele se definiu pelo trabalho. Quando perguntei ‘fale um pouco de você, da sua vida’, ele disse já ter feito de tudo na vida e contou sobre suas

ocupações: “sou artesão, marceneiro, já fiz teatro, já fui cinegrafista, já fui editor de vídeo e imagem; já fui padeiro, entregador”, e sintetizou: “resumindo, sou pobre”. Yago conta que sempre trabalhou, desde muito cedo e que aos 15 já era padeiro. Na ocasião, “não aguentava mais trabalhar a noite”, motivo pelo qual perdeu a escola: “sai do trabalho, mas perdi um ano da escola por causa do trabalho”. Aos 18, cena semelhante se repetiu: “larguei a escola aos 18 porque tinha que trabalhar, já estava atrasado já”. Na época, foi fazer teatro e se manteve fazendo curso na área por três anos, enquanto trabalhava como cinegrafista, editor de vídeo e de foto. Depois disso, trabalhou na área social com crianças e adolescentes em situação de rua, na região da Sé, onde permaneceu bastante tempo até começar a atuar na Cracolândia em 2014. Em 2016 voltou à Sé para trabalhar com adultos na abordagem a pessoas em situação de rua, onde permaneceu até 2018, aproximadamente, enquanto já era marceneiro em paralelo a isso. Essa sobreposição de trabalhos foi recorrente na sua trajetória de vida:

**Já nasci, a vida, o cotidiano em casa quando era criança sempre foi de muita correria, eu sempre vendo minha mãe ter que trabalhar pra sustentar a casa, foi sempre uma vida de pouco tempo pro lazer, pra diversão, era sempre trabalho, sempre cuidando dos meus irmãos mais novos, aí tinha demanda de escola; não tinha grana pra nada, você tinha sempre que tá arrumando um trabalhinho ali, outro ali, entregando um panfleto, ajudando em obra. É a vida da periferia, né.**

Quando pergunto a Yago se se considera uma pessoa saudável, ele responde dando mais elementos acerca da sua história de vida:

**Pra eu ser saudável contribui uma boa alimentação, você ter três refeições no dia. Houve um momento que não, na infância não, na infância foi doído, você não tinha as três no dia, você tinha café da manhã e às vezes não tinha janta não tinha almoço. O café da manhã era garantido, era mais barato, mas também a gente não ficava doente não, a gente ficava com fome. É pior – não sei, tão ruim quanto.**

Questionado sobre as circunstâncias de sua vida na ocasião do acidente, ele relata:

“2018 não aguentava mais, passei a ficar só com a marcenaria, fiquei trabalhando como ajudante, **prestando serviço** pra outros marceneiros. [...] **Eu tava ansioso porque eu tinha parado de trabalhar por conta**, [...] final do ano passado, **e passei a trabalhar pros outros, prestar serviço pra outras pessoas. E isso mexeu muito comigo: eu não criava mais nada**, só pegava projeto e reproduzia aquele projeto. **E também tinha muita pendência que eu tinha deixado pra trás, serviço que eu fiquei de entregar, mas eu não tinha condições de entregar porque não tinha grana**, e aí já era uma **pilha de problema**: eu tinha minha demanda lá, da prestação de serviço lá, e a demanda que eu tinha deixado que também me pressionava pra que eu conseguisse serviço. **E isso me atormentava bastante: todo dia levantar cedo, trabalhar até 5h da tarde, fazendo a mesma coisa, e voltava pra casa ganhando pouco, e mexia comigo.**

Eu **tava tendo umas crises de ansiedade** que estavam me perturbando muito, sabe? Aí eu tava sentindo umas dores no peito e eu tava achando bem que era problema cardíaco [...] a minha pressão é alta, descobri isso já tem em três anos, descobri quando tinha uns 27. [...]. **Aí eu achei que tava tendo um problema cardíaco, porque tava sentindo uma dor no peito. Aí passei no clínico geral aqui da UBS, ele me receitou sertralina. Aí eu comecei a tomar, dois dias depois me acidentei.**

**Eu tava me sentindo estranho, meio assim, tonto; e voltei pra falar com ele, ele falou ‘é normal, se você chegar aqui falar pra mim que tá com ansiedade, vou te dar sertralina, você fala que tá com dor de cabeça, vou te dar dipirona’ rs – ‘ué, doutor, mas tem que dar uma bula junto pra eu ler ali e entender que não pode operar uma máquina’, por exemplo, com dipirona eu já posso operar uma máquina. Aí ele tirou o dele da reta; eu parei de tomar, passei com o psiquiatra.**

O caso de Yago desenha de maneira muito elucidativa todas as formas como o racismo incide sobre a vida e a condição de saúde das pessoas negras, além de deixar nítido os diferentes planos de discriminação na esfera institucional da assistência à saúde. Assim, temos um sujeito que já viveu em insegurança alimentar, passou por privação de comida, trabalha desde o início da adolescência, tendo seus estudos prejudicados por isso, desenvolveu hipertensão aos 27 anos; durante a pandemia, ficou em situação de insegurança financeira e profissional, trabalhando mediante um contrato que não lhe assegurava direitos; Yago depende exclusivamente do SUS para qualquer suporte ou assistência em saúde; sofrendo de ansiedade, é mal atendido pelo profissional que o “acolhe”, responsável por prescrever uma medicação que altera processos de atenção dirigida sem investigar sua rotina, ocupação ou dar qualquer orientação sobre seus efeitos colaterais, omitidos do conhecimento de Yago; do acidente decorrente desta má conduta, é conduzido a um serviço de Pronto-Socorro e, embora seu caso possa ser classificado

como uma emergência diante do risco de amputação e sangramento severo, aguarda uma hora para preencher fichas cadastrais; ao ser atendido, ouve de um profissional que tudo o que podia fazer por ele era receitar uma droga analgésica e liberá-lo a voltar pra casa; insistindo na busca por assistência, encontra outros dois dispositivos hospitalares sem raio X, um deles sem esparadrapo ou qualquer outro insumo necessário à realização de um curativo e outro também sem água, inclusive para beber; acolhido nesta unidade, não é avaliado por nenhum médico em aproximadamente 24h e se depara com pessoas que aguardam por cirurgia há 20,30 e 45 dias, aproximadamente. Já posta sua condição estrutural, as discriminações em nível interpessoal e institucional vão se acumulando ao longo do caminho até o hospital, fora de sua região, onde é, finalmente, acolhido. Uma particularidade importante: isso acontece mediante uma fuga.

“Aí comecei a **entrar em pânico**, falei **‘vai cair meus dedos ficar aqui todo esse tempo’**. Aí no dia seguinte a Uli [*namorada*] foi me visitar, eu já tava meio em pânico, ela foi embora, tava com aquela sensação ruim na cabeça, já trocando ideia falando **‘não, vamos sair daqui, vamos pro hospital das clínicas’**, não sei o que. Aí ela abraçou a ideia, me buscou, **aí eu evadi, que eles não dão alta assim**. Conversei com a enfermeira – fui inocente – falei **‘eu quero minha alta’**, ela **‘a gente não dá alta assim, você nem passou pelo médico’**. **‘mas se eu quiser ir embora?’**, **‘ela falou, você vai embora, mas vai como fugitivo, você vai evadir’**. Aí eu já não aguentava mais, falei bom, o que pode acontecer de pior é eu voltar pra cá, né, na pior das hipóteses. Aí falei com a Uli, ela chamou o uber, fomos parar lá nas Clínicas, no hospital do HC.

A experiência de Yago, todavia, muda radicalmente ao dar entrada no HC:

Aí no mesmo dia já entrei em jejum, foi 8 horas depois entrei pra sala de cirurgia. Deu tudo certo, a cirurgia durou umas 4h. Mas  **você vê lá, outra coisa; você sai do extremo de Taipas, uma puta estrutura arquitetônica, grandão, aquele hospital enorme que dá pra fazer mil coisas, não tem um nada dentro dele. Aí você vai pra região dos Pinheiros e parece hospital de filme, desses que você vê na televisão, os médicos te dão atenção, sempre tinha dois, três médicos pelo menos ao meu redor, as enfermeiras se preocupavam e iam lá ‘você tá bem, tá precisando de alguma coisa?’**, sempre roupinha de cama limpa, não faltava nada pra fazer curativo, água – **no hospital de Taipas não tinha água, a gente não bebia água, lá não tinha água**. No HC já tinha aguinha, comidinha na hora certa, e você vê a diferença. A Uli falou **‘nossa, aqui pros ricos tem tudo, né?’**. Porque você vê **um hospital público, na região ali de Pinheiros, que é uma região ali de rico, e você vê um puta**

## **hospitalização numa região extrema, sem nada dentro? Qual o sentido?**

Exposto isso, a história de Yago é distinguida pela impossibilidade de definir seu aspecto mais marcante – e chocante. Primeiro pensei que o mais impressionante de sua história era a possibilidade de compreender de maneira tão radical e evidente o que são os processos de corporificação, de inscrição do conjunto das condições de vida sobre o corpo e sua materialização na saúde de cada pessoa; depois refleti se o fator mais relevante estava no tratamento recebido pelos médicos que encontrou, desumano de tal maneira que foi atendido sem que se quer seu ofício fosse considerado, sem que sua ocupação fosse investigada, sem ser informado acerca dos efeitos de uma medicação que não pode, em hipótese alguma, ser recomendada sem orientação; uma condição de desumanização absoluta, quase crueldade, que se repete na fala ‘não posso fazer nada’, enunciada em dois dispositivos, por dois profissionais distintos, e ouvida por ele com os dedos decepados e perda de sangue severa. Posteriormente, pensei ainda que o dado mais impressionante e proeminente no desenrolar da sua experiência seria passar em seu bairro pobre, de periferia, por três dispositivos hospitalares – um deles, um pronto-socorro – e constatar que nenhum deles tem raio X utilizável, ou seja, as condições mínimas para acolher um trauma, e que a precariedade sob a qual “funcionam” é tão avassaladoramente absoluta que um destes aparatos não dispunha também de insumos para curativos, e outro, nem de água. Por fim, fiquei ainda intrigada se poderia concorrer com todos esses elementos a experiência de virada pela qual passa ao ser acolhido no Hospital de Clínicas, onde, no bairro de Pinheiros, tudo tem, tudo dá, tudo sobra, expondo a implacabilidade da branquitude e suas demarcações geográficas. Na impossibilidade de definir que questão preponderou, compreendo que prepondera exatamente a articulação desses diversos eixos de discriminação sob o qual o racismo se organiza na sociedade e organiza

a sociedade – aparente e expressa no conteúdo de sua vivência-experiência. Ela nos permite enxergar, mais que em qualquer dos relatos presentes, como o racismo opera e se expressa nas circunstâncias de vida das pessoas negras em maior situação de vulnerabilização: abrangendo tudo, em todo lugar, ao mesmo tempo.

Neste sentido, a história de Yago sintetiza como o racismo, porquanto organizador dos modos de vida e de viver a vida, se manifesta nas condições de saúde das pessoas sob processos de corporificação; na distribuição dos serviços sob uma lógica racial que determina diferentes possibilidades de acesso para diferentes populações e em regiões; e na dimensão subjetiva, impactando escuta, acolhimento, tratamento e conduta recebidas. Em sua história se manifestam de maneira explícita os elementos centrais que caracterizam cada uma das histórias anteriores: a dinâmica da visibilidade como elemento preditivo de cuidados, conforme evidenciada na história de Cecília; a determinação e premência do tempo de atendimento como fator de segregação e risco a vida, como na história de Ana; e burocratização como barreira e impossibilitação da efetivação da assistência, consoante ao caso de Evelin. Mas vale destacar outras paridades.

Yago se aproxima de Cecília, ainda, na evidência da importância do trabalho, eixo central para a análise das condições de vida e de saúde das pessoas e compreensão de seus adoecimentos. Ambos relatam já terem passado na vida momentos de maior privação, assim como ocupavam, na ocasião do adoecimento e acidente, posições precarizadas no mercado de trabalho – Yago, sem proteção social – submetidos a forte stress social, um dado comum à população negra.

Sua história reflete a de Ana, em uma experiência que faz contrastar aparência e conteúdo nos grandes hospitais fora dos grandes centros. Do mesmo modo que Ana estanha “um hospital de padrão muito bom”, “uma saúde de recursos técnicos muito bons”, “cama com controle remoto, nova”, “raio X na cama”, “tudo de alto padrão”, mas

sem recursos humanos, com um sistema político e de encaminhamento “tudo muito precário”, em que “se morre e fica por isso mesmo”; Yago estranha a contradição entre um hospitalão, enorme por fora e “oco por dentro”, sem médicos, sem água, ocupado apenas por “gente quebrada” e “desespero do povo”.

Essas contradições institucionais o aproximam ainda à Evelin, que passou por mais consultas, mas foi menos assistida e se sentiu “mais frustrada”, mas também porque foram ambos arremessados a um buraco negro – ela pelo desprovimento na política de assistência, ele pelo desprovimento de um equipamento essencial. A história de Yago, todavia, coloca a contradição em outro patamar, já que seu itinerário contrapõe nenhum raio X em três dispositivos versus um hospital de filme; um hospital sem água para beber, com espera de mais de 24h sem visita médica frente a outro com plena infraestrutura de cozinha e nutrição, rouparia, hotelaria e visitas realizadas por, pelo menos, três médicos, sempre; mais de 40 dias contra oito horas de espera para realização de uma cirurgia; Taipas e Pinheiros; Hospital de Pirituba versus Hospital das Clínicas. Estes contrapontos dão notícia da existência de dois mundos da saúde, de um sistema de saúde cindido, que não é único e comporta diversos duplos e ambivalências: duas assistências, dois acessos, dois SUS, duas infraestruturas – além de uma saúde dentro do SUS e outra fora dele.

Essas contradições, decantadas nestas falas e experiências, evidenciam como as escolhas programáticas precisam ser analisadas não como esquemas organizacionais imparciais, tecnicamente instituídos, mas dentro de uma lógica de poder a partir da qual acontece a distribuição de investimentos, desde os equipamentos aos recursos humanos, que se efetiva através de escolhas e alianças políticas. Embora não sejam transparentes os meios como se concretizam, é dentre mediações e deliberações políticas que se efetiva o fato de haver três hospitais na região da zona norte, abrangendo os bairros de Taipas, Pirituba e Jaraguá, sem um equipamento de raio X – um deles, um Pronto Socorro.



Agentes públicos do executivo, gestores e outros atores definem regime orçamentário, alocação de recursos, distribuição geográfica de serviços, equipamentos tecnológicos e recursos humanos, reposição de materiais e outros insumos em saúde, pactuadas entre diferentes entes do Estado. Que decisões provocam que uma região inteira esteja desassistida de profissionais, máquinas e até mesmo água em um hospital?

Chama atenção ainda outro elemento, este comum a história de todos: a desinformação a que são submetidos, a omissão de fatos importantes, questões elementares sobre seu estado de saúde, tratamento ou conduta adotada, sobre as quais não foram comunicados.

As situações passadas por Evelin e Yago remetem, novamente, ao caso já mencionado da pesquisa de mestrado que antecede esta. Trata-se de um homem, negro e idoso, em situação de rua, que saiu de uma internação médica para investigação diagnóstica de uma neoplasia desnutrido em decorrência da internação. A outra passagem similar é o de um homem negro, em situação de rua, internado para investigação diagnóstica de neoplasia, cuja alta é interdita pela assistência social do hospital, preocupada com seu retorno a rua. Mantido em internação, sofre maus tratos: dorme no chão e é mantido sem alimentação, de modo que sai deste período desnutrido. Essa história, que como no caso de Ana, faz questionar como uma situação de pretensão de cuidado pode conduzir a desnutrição de uma pessoa, lembra o buraco negro. Quando questionada pela médica que relata este caso e conta como isso aconteceu, ela refere que “ele entrou num *limbo*”: passado o momento de investigação, a assistência social envolvida não permitiu que saísse do hospital, mas embora seguisse internado, não era por ‘causa médica’, e ele ‘foi muito maltratado, ficou no chão’, sem seguridade de receber as refeições diárias. A situação se dissolveu com a fuga deste homem, que também evadiu

da internação, reforçando, mais uma vez, a hipótese que a burocracia não nega, mas é altamente eficiente e eficaz em faz recusar.

**Lá, por eu ter evadido, não ter seguido protocolo, eles não queriam me atender, porque tem que sair vaga no sistema, não sei o que, não sei o que;** lá eu dei entrada direto pelo pronto-socorro, **mas aí acabaram me atendendo, porque,** como minha mãe é daqueles lados, **eu já tinha passado pelo hospital da USP e pelo hospital das clínicas lá, aí já tinha cadastro. [...]**

**Eu sou MEL. Eu não tinha um vínculo empregatício; por exemplo, eles não foram responsabilizados por um acidente na vida deles, eles seguiram lá, tocando, de boa, não aconteceu nada com eles, não me deram nada, um auxílio de nada,** e eu quase perdi minha ferramenta de trabalho, minha mão. Aí quando sarei, tava apto a trabalhar de novo, liguei tipo “oh, já tô apto – ah, não, a gente não conta mais com você” rs.

**Eu tinha cogitado ir direto pra lá na hora do acidente, mas por conta do trânsito, tudo, o hospital mais perto que a gente tinha era o Pirituba.**

Somados esses elementos ao desfecho do caso de Yago ainda permite compreender como se interligam dialeticamente discriminação racial contra o negro, pacto da branquitude e supremacia branca; e mostra de forma bem elucidativa a necessidade, para uma compreensão mais radical dos processos de dominação racial, o trânsito entre o pacto da branquitude e a supremacia branca. Ou seja: no caso de Yago evidenciam-se todas as esferas de pactuação da branquitude abrangidas nos arranjos forjados sob a supremacia branca, deste o atendimento interpessoal, da distribuição e dos recursos institucionais. Shelby (2023, p. 13) escreve que o contrato racial e os arranjos da branquitude que, para ele, se forjam globalmente sob a solidariedade entre os brancos, “não se trata apenas de uma identidade social nociva, mas das dimensões políticas e materiais de um conjunto de práticas transnacionais e catastróficas. Trata-se de poder, trabalho, dinheiro e de quem vive ou morre [...]”. Este aspecto, que se manifesta na história Yago, é também ilustrado por Leonardo (2004) quando afirma que a dominação

branca não se funda ou se afirma em um ato, mas é permanentemente reconstruída, reconstituída e restabelecida pelos brancos em todas as esferas da vida. Mais uma vez, temos que ela necessita ser atuada para vigir – e, por consequência das cenas presentes, sabemos que temos agentes.

À revelia de tudo isso, Yago não acredita que a evolução de sua história tenha sido determinada pelo racismo – no que se refere às condições de saúde que manifesta ou aos itinerários a que foi submetido. Ao contrário, em alguns momentos chega a expressar certa culpa ou auto-responsabilização pelo acidente, buscando em seu próprio comportamento justificativas. Vejamos as falas que apontam estes dois conteúdos:

**“Sem ler a bula, sem nada, eu fui operar a máquina.** Aí me senti meio sonolento, **ansioso pra acabar**, que tinha o aniversário de um amigo no dia, **tava super ansioso pra sair logo**, tinha que cortar o cabelo, passar em casa, me arrumar e aí **num momento de descuido** e sonolência **eu não me dei conta** do que aconteceu”.

Outras manifestações emocionais que merecem atenção são a contrariedade e o desconforto por perceber-se beneficiário de um bem em saúde de que outros, semelhantes a ele, não podem usufruir; um afeto constelado ao sentimento de fortúnio por ter sido acolhido no Hospital de Clínicas, ambos condensados na significação do episódio como sorte, conforme suas falas apontam:

**“Quero dizer da galera que tá lá em Taipas esperando uma cirurgia, aí é terrível.** [...] Você vê, um motoqueiro, acidentou, tá lá há 40 dias parado, internado rs. Você fala ‘hum’. Aí **eu saio de lá, em 8h sou operado, tô lindo, maravilhoso, o tempo que eu tive pra minha recuperação esse cara continua internado, esperando a cirurgia dele. É meio esquisito**”.

**Pra quem mais precisa não tem, né?** E aí quem tá lá, **tem uma condiçãozinha melhor, tem tudo a vontade, à disposição;** fiquei num quarto sozinho, televisão, caminha confortável, **foi chique o negócio lá, fiquei impressionado com a estrutura.** O pós atendimento tá sendo legal também, vou lá, agora tô indo mensalmente lá pra ver os dedos, fazer raio X, tudo. **Sempre bem acolhido, bem recebido, me sinto bem passando lá, mesmo sabendo que em outros lugares não é assim, é bem diferente. Eu dei sorte de ter evadido e ter sido aceito, ter sido acolhido nas clínicas.**

Quando diz que teve sorte de ter evadido e ter sido aceito no Hospital das Clínicas, é como se soubesse que, na verdade, não deveria estar lá, que aquele espaço não é para ele e que estar lá, portanto, só pode ser um golpe de sorte. Nomear o tratamento recebido como sorte se contrapõe ao entendimento dele como a seguridade de um direito, mostrando que os negros vivenciam, compreendem e podem introjetar e reproduzem a naturalização socialmente produzida da relegação aos negros a espaço subalternos em contraposição aos lugares de poder, privilégio e prestígio destinado aos brancos. Ter tido ‘sorte’ ao ser admitido no HC aparece em seu relato não como exercício de um direito, mas um ato de condescendência.

Ao encontro do que Guimarães afirma, é importante reconhecer que estas diferentes atuações, ao contrário de serem neutras ou involuntárias, essas práticas de subalternização na saúde são os artifícios através dos quais a branquitude como sistema de poder elaborado sobre a dimensão da raça – e os brancos comprometidos com a reprodução desse sistema –, produz, a um só tempo, a situação sistemática de vantagens para si mediante a espoliação dos negros, a naturalização desse processo e sua dissimulação. O tratamento que Yago, e também o de Cecília, Ana e Evelin, fazem lembrar o tratamento e o status jurídico dado a população negra no período na escravidão, não como cidadão, mas como *bem removente*, que pode ser manipulado, transferido ou transportado como objeto, animal ou qualquer outro ente destituído de humanidade, a quem se deva dirigir um tratamento digno ou cidadão, próprio de ser endereçado a quem goza de dignidade como pessoa humana.

A expressão idiomática usada por Yago evidencia o lugar da burocracia: o do desconhecimento, lugar que, quando contrariado por Evelin, ainda assim é reforçado por mecanismos de subalternização, de você não sabe. Poderia-se dizer que esse “não sei, não sei” de Yago representaria menos as funções burocráticas na saúde e mais seu

desconhecimento pessoal. Todavia, vimos que mostrar conhecimentos dos processos não mudou o destino de Ana e Evelin, pelo contrário: as colocou numa situação de maior tensão. Como se elas tivessem sido colocadas de castigo por saberem de seus direitos e reivindicá-los. Foram escarneadas, marcadas, e foi reiterado que não adiantava saber. Foi reiterado que não sabiam tanto assim.

Ao fim, o que se assiste, porém, é exatamente a burocracia como uma maquinaria estabelecida e operada hegemonicamente pelos brancos, sendo usada como meio para assegurar exclusivamente para este grupo os melhores bens e ofertas em saúde. Sua eficácia está em 1) ser um domínio dos que operam, não ser clara, não serem nítidos seus processos, não ser transparente ou publicizada, estar na mão de poucos; 2) aparentemente, operar sob critérios técnico-operacionais e não raciais, omitindo o conjunto de mecanismos de diferenciação raciais sob o qual opera; 3) fazer parecer garantir direitos, impedindo que se assuma uma postura radical frente àquilo que nega. É uma tecnologia de subordinação poderosa ao juntar mecanismos objetivos e simbólicos. No sus, a burocracia tem servido não como o meio ou tramite necessário para se ter direitos assegurados, mas para negar que esse direito se efetive, especialmente para as populações negras, e ainda consegue garantir como efeito que seja impossível afirmar que ele tenha sido negado. A burocracia não nega, ela faz desistir.

Yago, porém, insiste, rompe com essa tentativa de subalternização na medida em que foge. No mestrado, um homem negro também fugiu de um hospital, mostrando duas questões: os maus tratos que podem ser dirigidos a pessoas negras na saúde, tão duros que geram fuga. A importância atribuída ao sujeito histórico, seu papel (cri)ativo e dinâmico frente às estruturas sociais mediante a possibilidade de significá-las e agir sobre elas. A dinâmica de forças que se estabelece entre esses processos discriminatórios e esses

sujeitos, na dialética sujeito – sociedade, pensando os negros como aqueles a quem o racismo se dirige, mas também como agentes. Formação racial diz que nenhum processo de atribuição racial ou discriminação pode ser analisado desconsiderando-se as forças que operam o vetor contrário ao da dominação: o das resistências oferecidas pelos grupos subalternizados, que são ativos na produção de novos sentidos e dinâmicas raciais para aquilo que lhes é atribuído.

### 3.2.5 Faustão: Fura-fila

Embora eu não conheça Faustão pessoalmente, falamos de uma figura pública que dispensa apresentações. Apresentador nacionalmente famoso, multimilionário, detentor de uma das maiores fortunas do país, reconhecido pelos bordões e a forma peculiar de conduzir um programa que já esteve entre a maior audiência da TV brasileira aos domingos. Além da personalidade peculiar, Faustão é também conhecido por uma coleção de relógios luxuosos, cujos valores exorbitantes ultrapassam milhões. Diante da fama, sua questão de saúde não pode permanecer anônima: o apresentador sofria de insuficiência cardíaca e, diante de um agravamento, precisou de um transplante de coração. Da demanda à cirurgia, decorreram aproximadamente 20 dias, tempo curtíssimo mesmo para os casos mais bem sucedidos. Segundo informações do Ministério da Saúde, divulgadas pelo site da entidade<sup>10</sup>, em 2023, 27,5% dos transplantes de coração aconteceram em tempo inferior a 30 dias, 29% entre 30 e 90 dias. O órgão divulgou ainda que, em somatória, pouco mais da metade, 52,3% recebeu o órgão em até três meses. Não

---

<sup>10</sup> <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/em-2023-no-brasil-espera-por-transplante-de-coracao-foi-menor-que-30-dias-para-27-5-dos-pacientes>. Consultado em 15/10/2023.

consta seu complementar matematicamente subentendido, que 47,7% esperaram mais de três meses para que a doação fosse realizada.

Hasenbalg (2005) assevera: “o racismo, como construção ideológica incorporada em e realizada através de um conjunto de práticas materiais de discriminação racial, é o determinante primário da posição dos não-brancos nas relações de produção e distribuição” (HASENBALG, p. 114). Os estudos críticos da branquitude mostram que, embora atualmente a consciência disso esteja mais difundida e creditada, o oposto não é verdade em absoluto uma verdade: brancos raramente entendem que os lugares sociais que ocupam hegemonicamente são fruto da dinâmica das relações raciais e do status de privilégio que a dominação lhes assegura. Melo e Schucman mostram que embora muitos entendam perfeitamente que as condições de subalternidade e espoliação a que os negros estão submetidos tenha causas e origens raciais, tanto em termos históricos como presentes de discriminação, não entendem que sua posição de vantagem estrutural seja determinada por fatores raciais, de agora ou outrora. Sobretudo, evidenciam como essa naturalização de sua posição de privilégio, como atributo natural ou meritocrático, serve a naturalização e potenciação de seu poder. É como se o dispositivo de racialidade operasse exclusivamente para os negros e seus privilégios não adviessem justamente da exploração de um grupo sobre o outro, como é próprio da dominação racial.

É necessário reconhecer e afirmar que, se a condição dos negros é determinada por práticas de discriminação que posicionam essas pessoas socialmente, a posição dos brancos também. E isso também se aplica a saúde. Ana parece ter consciência dessa dinâmica subalternização versus privilégio engendrada pelos processos de discriminação quando, descrevendo sua experiência como uma situação de racismo, afirma acreditar que, se fosse um homem branco, não passaria pelas violências a que foi submetida.

O caso de Faustão, que causou comoção nos mídia, levantando questionamentos e hipóteses mais ou menos admissíveis acerca da rapidez com que foi conduzido e encaminhado – demandando esclarecimentos de médicos, entidades de classe e órgãos oficiais de saúde – mostra que ela não está errada. Vejamos: até aqui, temos evidenciado, em acordo com as pesquisas de satisfação sobre a saúde no Brasil, que a espera é provavelmente o elemento mais importante para a experiência de satisfação, e muitas vezes, o mais determinante para a consecução de um bom tratamento e prognóstico. A espera prolongada está diretamente relacionada a omissão, negligência, mau atendimento, somados à precarização dos serviços, baixa dotação orçamentária, junto ao ordenamento político. Neste contexto, a história de Faustão realmente se destaca e chama a atenção, não apenas nas redes, mas sobretudo daqueles que frequentam o SUS e conhecem seus fluxos. O episódio, pois, contrasta radicalmente com uma espera de 4 anos para conseguir uma eco-endoscopia, de mais de 6 meses para conseguir um diagnóstico adequado, mais de 45 dias para realizar a cirurgia e a espera de um ano para colocar DIU. Além de fazer contraposição às histórias trazidas por Ana, Evelin e Yago, e contrastar drasticamente com a experiência comum e cotidiana dos serviços públicos de saúde, o caso de Faustão as corporifica, possibilitando compreender que o plano da política, onde se realiza a organização da assistência, não se encerra em si, e, fundamentalmente, se dirigem a um grupo. Articula, desta forma, os planos distintos em que o contrato racial se estabelece e se materializa, revelando a condição de dominação necessária a sobrevivência do poder da branquitude.

Diante do enorme contrassenso, duas saídas discursivas despontaram: uma da exceção e outra da regra. Assim, o caso de Faustão foi tomado por alguns como uma exceção sem precedentes, por outros como a regra sob a qual funcionaria um sistema de saúde exitoso e de excelência, do qual todos deveriam se orgulhar.



Proponho uma análise que discorda de ambas. Como exceção, o caso de Faustão deve ser observado com enorme ressalva. Pesquisas mostram que ele é uma exceção parcial. Mesmo quando tratado como um caso de coincidências fortuitas, a história de Faustão aponta uma repetição incômoda no SUS. Uma importante pesquisa<sup>11</sup> sobre transplantes no Brasil revelou que, embora sejam as pessoas as pessoas que mais sofrem de doenças coronárias – cardíacas e/ou circulatórias no Brasil, grupo em que a mortalidade por estes quadros é maior, os mais contemplados com transplante de coração no país são homens brancos, beneficiários em mais de 80% deste procedimento. Em 2007 a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos revelou que, embora pessoas negras fossem as que mais morressem por doenças cardíacas, ou seja, constituíam o grupo racial no qual a mortalidade por doenças do coração era maior, representavam apenas 10% dos que recebiam transplante de coração no país. Essa supremacia branca e masculina na recepção de órgãos e transplantes se estende para o de fígado, pâncreas, pulmão e rim (IPEA, 2011), mostrando como a discriminação racial é vigente e determina as desigualdades no setor. Um dado complementar torna esta estatística ainda mais chocante: embora os receptores sejam predominantemente brancos, estudos locais já apontaram que doadores são em sua maioria negros: homens, pretos e pardos, entre 36 e 38 anos, em bom estado de saúde, vítimas de mortes por causalidades externas<sup>12</sup> – categoria em que são englobadas as decorridas de violentas ocasionadas por intervenção do Estado ou no trânsito – índice de maior entre as populações negras<sup>13</sup> e pouco alterado ao longo dos anos, como evidenciam Oliveira (2001), Araújo (2007), Fiorio (2011), Costa

---

<sup>11</sup> *Desigualdade de transplantes de órgãos no Brasil: análise do perfil dos receptores por sexo e raça ou cor.* (IPEA, 2011).

<sup>12</sup> *O estudo Perfil epidemiológico dos doadores de córneas e doadores de órgãos de cinco hospitais do Espírito Santo*, Brasil, publicado em 2015, apontou que mais de 60% dos doadores de órgãos eram negros.

(2022), e o Atlas da Violência de 2021, segundo o qual pessoas negras representam mais de 77% das vítimas de homicídio no país.

Logo, embora evidentemente seja exceção, Faustão deve ser considerado também regra, correspondendo a uma série de estatísticas, o que exige que seja pensado em duplo diapasão: o da exceção e o da regra, ao mesmo tempo. Isso porque, embora guarde muita diferença com os diferentes, mostra muita semelhança entre os iguais. Ele partilha com homens brancos como ele um destino aproximado, que não é exceção alguma, dado que, independente do tempo em que isso decore, é norma que brancos sejam quase exclusivamente os contemplados pela política de transplante. Mesmo o tempo adiantado, que antagoniza com a espera a que é submetida a maioria da população, aponta um trajeto traçado pelos privilégios da branquitude, onde caminhos mais curtos se concretizam na realização dos direitos das pessoas quando brancas.

Resgato aqui outro caso examinado na minha pesquisa de mestrado: um homem branco em situação de rua, estava em recuperação de uma cirurgia de hérnia em cinco meses, sendo a fila de espera para o procedimento de aproximadamente dois anos. A médica, que compunha a amostra e relatou o caso, revelou ter ela mesma pacientes aguardando mais de dois anos para realizar o procedimento. Quando perguntado como isso pode acontecer, ela contou que a equipe ficou “bastante mobilizada” por ver um homem branco naquela situação, que com isso ganhou a empatia da equipe, responsável por fazer diversos movimentos para sua recuperação. Vale a pena resgatar este excerto

Ele é um caso ‘fora da curva’. [...] A gente foi cuidando disso, também **a gente fez movimentos** de discutir com a supervisão pra tentar articular esse cuidado, tudo isso. É, talvez até a nossa empatia ele ganhou, né? O fato de ele ser branco tenha também facilitado isso, nos movimentos das pessoas que **entraram nesse cuidado e ajudaram. O próprio cirurgião que marcou a cirurgia, não botou na fila de espera e marcou a cirurgia rápido assim.** (grifo meu)

Este acontecimento excepcional antagonizou com outro caso apresentado no mestrado e já retomado aqui: o do homem, também em situação de rua, cuja internação deflagrou uma desnutrição – mostrando que a história de Faustão e os antagonismos que instala não são novidades. Logo, a afirmação incondicional de seu caso como exceção deve ser refutada e a contradição que acena reconsiderada. Na ocasião do mestrado, evidenciou-se como é mais presumível um homem branco em situação de rua conseguir uma cirurgia que um homem negro em situação de rua internado acessar alimento. A repetição destas excepcionalidades, sobretudo na dimensão do tempo, concedida aos brancos, e a reemergência da contradição em que desembocam, acusa a aporia sobre a qual se organiza nosso sistema de saúde como questão fulcral. Um sistema tão profunda, radical e naturalizadamente desigual que normaliza e celebra o acesso a um transplante de coração ser mais fácil que a uma maca, um exame de eco-endoscopia, uma consulta, a um pronto socorro com raio X, a um hospital habilitado para realizar uma sutura. Ou, definindo mais precisamente: um sistema em que é mais fácil e mais rápido um homem branco ter acesso a um transplante de coração que pessoas pretas terem acesso um exame de eco-endoscopia, uma consulta qualificada, uma maca, ou beberem água em um hospital. Yago sintetiza essa questão ao examinar seu trajeto pela rede de saúde:

Que quero dizer **da galera que tá lá em Taipas** esperando uma cirurgia, aí é terrível. Mas aí você vai nas Clínicas, em 8h você é operado, tá ligado? Aí, porra, então **não chega pra todo mundo, né?**

**Mas tá lá, tem mas não abraça todos.**

**É da hora que tem, né? Tinha que ter pra geral** rs. Quem tá ali nos Pinheiros, pô... Talvez nem precise tanto que quem tá **em Taipas**, né? Você vê, **um motoqueiro, acidentou, tá lá há 40 dias parado, internado** rs. Você fala ‘hum’. Aí eu saio de lá, em 8h sou operado, tô lindo, maravilhoso, **o tempo que eu tive pra minha recuperação esse cara continua internado, esperando a cirurgia dele. É meio esquisito.**

Deste modo, o desfecho do apresentador só pode ser considerado parcialmente bom, na medida exata da parcialidade do acesso a esse SUS de excelência. Somente a vigência da dominação branca na sociedade brasileira, com seus muitos dispositivos concretos e mecanismos discursivos para manutenção de sua supremacia, pode justificar que se considere um sucesso o episódio que denuncia a clivagem que restringe o acesso a esse SUS exitoso exclusivamente a um grupo racial, o branco – fato que, de qualquer outra lógica que não a colonial, redimensiona o episódio não só como um fracasso, mas uma vergonha ou um escândalo, sobretudo dentro de um sistema que se pretende universal e tem entre seus princípios basilares a equidade. Mills explica que uma característica do contrato racial é parecer natural, de modo que o poder e as vantagens conferidas aos brancos por meio de manobras concretas soem algo de direito, que é próprio da natureza das coisas. É notório que, diante de narrativas sobre horas de espera para procedimentos simples, situações de extrema negligência, casos de recusa e inoperância completa de qualquer cuidado, seja possível tomar como não só como normal, mas exitoso o caso de um homem branco milionário, com status de celebridade, conseguir um transplante de coração em aproximadamente três semanas. Só a vigência do contrato racial poderia tornar exitoso um caso vexatório, que evidencia que nosso sistema de saúde não somente não é universal, como não é público.

Logo, tem-se um sistema que funciona por duas normas, paradoxal e simultaneamente vigentes e operantes. Por conseguinte, é adequado que a história de Faustão na saúde seja uma possibilidade, como são as narrativas que a consideram parte do sucesso do Sistema Único de Saúde. Essa possibilidade de sucesso está prevista na fala de Evelin, ao afirmar que “teoricamente, tem acesso”, ou que já se “tinha visto algumas sendo feitas”, que não tem [acesso] somente “até alguém da secretaria de saúde resolver abrir uma exceção”, ou ainda “é que às vezes o médico faz um relatório pedindo

urgência e envia, e, talvez, assim, consigam”. As falas de Evelin e a passagem de Yago mostram que essas possibilidades existem e estão disponíveis – ainda que para eles sejam possibilidade etéreas, pouco conhecidas, distantes, pouco palpáveis, que “não abraça todos”, ou que os abrace por sorte.

A maneira como poderia ser viabilizado é desvelada pelo relato de Evelin, subentendida da história de Yago e consubstanciada nos casos destes dois homens brancos, de classes sociais tão distintas, mas ainda assim, aproximados. Juntas, essas passagens expõem como a exceção é operada pela aliança entre os brancos, que conformam esquemas institucionalizados de compadrio, cujos beneficiários são os que pertencem a este grupo racial. O itinerário desenhado por este homem branco em situação de rua combinado as falas da Evelin e às evidências da história de Yago constituem um dado que ilustra aquilo que o caso de Faustão oculta: como a supremacia branca é colocado em prática a partir de ideias, decisões, a posse de cargos de poder e apropriação do aparato social, político, econômico e ideológico que rege a sociedade, forjando caminhos para que brancos e brancas usufruam de privilégios pelo falo exclusivo de pertencer ao grupo racial dominante.

Evidencia ainda, dois fatos importantes. O primeiro é o caráter supra-classe dessa aliança, que irmana brancos ricos e pobres mediante sua filiação à branquitude. Além de escancarar os mecanismos e ações através dos quais se constituem as vantagens estruturais do privilégio branco na articulação entre os planos da macro e da micropolítica – e, portanto, parte importante dos mecanismos que produzem as desigualdades entre os diferentes grupos raciais, atesta como a supremacia racial favorece brancos de todas as classes e camadas sociais. Trata-se, como Bento ensina, de uma vantagem supraclasse, capaz de abranger na mesma categoria, um milionário colecionador de relógios de luxo e um homem em situação de rua, aproximados pelas vantagens que a brancura lhes confere,

cada um a sua medida e proporção. O segundo, que deve ser assumido de modo contundente, é como essa precisa de agentes para ser realizada. Não deve passar despercebido que este tempo fora da curva é mediado por ações humanas. As operações concretas que efetivam sua realização, por sua vez, passam pelos afetos mobilizados pela branquitude. Portanto, a exceção não somente é prevista, como operada, e se torna exequível mediante determinadas normas e parâmetros que não são burocráticos, mas raciais. Assim, sua excepcionalidade é construída por medidas concretas e agentes específicos.

Atentemos a um detalhe curioso e importante. Tensionados pelos questionamentos de como um quadro em saúde que exigia um transplante poderia decorrer com um prognóstico tão positivo tão rapidamente, profissionais de saúde, gestores, entidades médicas e se arvoraram rápida e organizadamente para responder, uníssono: tudo transcorreu perfeitamente dentro do trâmite burocrático exigido. O exemplo em nada se distancia dos exemplos já trazidos sobre essas exigências institucionais: mais uma vez, confirma-se a burocracia como o meio através do qual o racismo se executa. Por isso a burocracia e a desinformação sobre ela devem andar sempre juntas. Não se deve saber dela, que às vezes é tomada como segredo. Vejamos um trechinho da conversa com Ana que mostra isso:

Eles disseram **‘se vocês quiserem fazer transferência vocês fazem, só que a gente não providencia’**. [...] E tinha um médico lá e **ele me procurou perguntando se eu tinha convênio, escondido**, e eu disse que tinha IAMSPE. Ele disse ‘então você providencia a carteirinha que **eu vou tentar transferir você**, porque precisa fazer uma cultura, precisa fazer não sei o que, **mas não fala pra ninguém’**.

Compreender a burocracia pressupõe conhecer os mecanismos raciais que nele se abordam e, conseqüentemente, a dinâmica racial de discriminação positiva e negativa pela qual, tantas vezes, se orienta. As omissões reforçam a ideia de que as vantagens que

o corte de exclusão produz são naturais, e não atuadas e produzidas, e que existe um conjunto complexo de agentes e ações para que se efetivem, até serem expressas pela fixidez invariável das desigualdades abissais entre negros e brancos na saúde.

A história de Faustão, em paralelo às outras trazidas, mostra como a burocracia esconde, em um só tempo, aquilo que não faz, como vimos nas experiências dessas pessoas negras, e aquilo que faz, emblemático em Faustão e confirmado pelas experiências desses sujeitos brancos, que, como um fura fila, adentraram onde outros – aqui, em questão, os negros – não conseguem. E com uma velocidade incrível.

### 3.2.6 Pandemia: They don't really care about us

Embora tenha afirmando a partir dos relatos trazidos que os privilégios da branquitude só possam se constituir em sociedades onde existe dominação racial, e as histórias relatadas deem notícias disso ao amarrar as dimensões interpessoal, institucional e política, nenhum acontecimento tornou isso mais manifesto e notório que a Pandemia de Covid-19. Daí a importância que seja posta em análise. Causada pelo coronavírus, a Covid-19 deu seus primeiros sinais no início de 2020, fazendo um percurso que se estendeu rapidamente da China para todo o mundo, configurando uma pandemia de e anunciando uma crise sanitária mundial. No Brasil, a notícia causou preocupação pela dimensão do fato, pelo conhecimento das enormes desigualdades sociais na nossa sociedade e a ciência de que determinariam o prognóstico da pandemia, e pela ingerência política do governo federal.

As proporções chocantes que a pandemia atingiu no Brasil, indicando um dos piores desempenhos em todo o globo, atestada pelos números, taxas e índices aqui

produzidos, mostram que seu impacto precisa ser avaliado segundo as medidas tomadas para sua contenção. O Brasil foi o país com o segundo maior número de mortos no mundo.

Quando pensamos especificamente nas questões raciais, o quadro piora. As populações negras são as que mais dependem exclusivamente dos serviços públicos para ter acesso a assistência em saúde, constituem maioria nos trabalhos informais, ocupam lares mais precarizados e são as menos abastecidas de saneamento. O fato de ocuparem os bairros mais distantes determina que demorem mais para acessar a rede de saúde, além de uma afetação desproporcional, causada pela segregação territorial. Se, para o conjunto da população, a pandemia foi marcada por negligências e mortes evitáveis, para as negras as proporções foram mais severas. Dados parciais da pesquisa *Desigualdades raciais e Covid-19*, desenvolvida pela CEBRAP (LIMA, MILANEZI et al., 2020), demonstram como os impactos da doença foram fulminantes sobre a população negra. Ainda que sua prevalência, em princípio, tenha sido menor na população negra, a letalidade neste grupo foi maior – 55% contra 38%. Essa proporção também é maior nos bairros onde a população negra é majoritária. As taxas de mortalidade foram maiores na população negra, embora as de vacinação tenham sido menores.

Essas desigualdades, porém, devem ser pensadas como um fenômeno produzido, como o resultado objetivo da distribuição desigual de direitos, bens, recursos e valores na nossa sociedade. Dado o fato que uma pandemia exige a pactuação de diferentes entes federativos e suas instituições, articulando diferentes setores do Estado, uma capacidade de articulação e resposta pelo poder público, assim como mecanismos mais claros de comunicação, torna explícita vigência do contrato racial. Assim, a discrepância na distribuição de vacinas é a ponta de um iceberg que evidencia como brancos determinam uma política racial para a saúde, ocupando cargos decisórios de poder e detendo o poder de escolha nos domínios políticos, dos cargos executivos, de gestão e controle



organizacional, esferas em que as decisões são tomadas em benefício de seu próprio grupo racial e da sua manutenção sistemática em espaços materiais e simbólicos de vantagem e poder.

Batista et al (2021) que lembram que quesito raça – cor passou a ser considerado tardiamente na produção de análises e dados sobre a pandemia mediante, dado que só ocorreu mediante a pressão exercida pela articulação de diferentes entidades da sociedade civil, como movimentos sociais e organizações autônomas.

Outro exemplo em relação a escolhas programáticas no enfrentamento à pandemia de Covid-19 foi a desconsideração ou imprevidência de ações estratégicas – necessárias ao cumprimento dos princípios de universalidade e equidade que orientam o SUS – nos espaços em que a população negra está massivamente representada: as comunidades remanescentes de quilombos, as prisões e as ruas (SANTOS et al., 2020). Movimento similar articulação política a denuncia publica foi necessário para essas populações, expostas altíssima condição de vulnerabilização, fossem consideradas na construção de medidas de proteção específicas. Foram ignorados pelo poder público, branco, e só entraram na agenda vacinal mediante forte denúncia e mobilização da sociedade civil organizada.

Nesta cidade de São Paulo, o exemplo cabal disso foi a instalação de hospitais de campanha nos bairros mais centrais na cidade de São Paulo – um deles, no bairro do Pacaembu, conhecido pelas mansões de centenas de metros quadrados. Nenhum bairro periférico, das zonas mais afastadas, foi contemplado com uma unidade, embora essas fossem as regiões onde a incidência e letalidade da doença eram maiores – não coincidentemente, os bairros com a maior concentração e porcentagem de população negra na cidade. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2020; GOES, 2020; LIMA et al., 2020).

A sobremortalidade ou mortalidade excessiva da população negra na covid-19, junto a estes outros índices, deve ser tomada como resultante das políticas de Estado em diferentes níveis. Falamos da pandemia e das omissões decorridas, mas também da omissão histórica em relação as precaríssimas condições de vida das populações negras no país, seja pela negligência que caracterizou as medidas de enfrentamento e as estratégias adotadas, dentro ou fora da saúde. Guimarães afirma que só a naturalização da condição de pobreza e indignidade em que os negros vivem, criada pelo próprio racismo, poderia justificar tamanha indiferença, inclusive do ponto de vista político. As decisões, assim, correspondem ao entendimento de que esse é seu lugar natural e, portanto, nenhuma medida contra isso seria necessária.

Esse conjunto de escolhas mostra como o contrato racial se dá de forma a outorgar os brancos o lugar de senhores do mundo, na medida em que tem o poder de escolher e determinar as condições dos grupos raciais por eles dominados. Desse modo, a pandemia ilustra esse trânsito da supremacia branca à branquitude, como as vantagens de um grupo racial se consubstanciam, nem sempre um processo tão evidente: ocupando espaços de poder e decisão com exclusividade, do domínio dos aparatos político e econômicos, de modo a garantir os interesses seus e as vantagens produzidas de seu domínio exclusivamente dentro do grupo racial. A supremacia racial diz menos respeito às vantagens e mais sobre os processos de dominação que asseguram que essas vantagens aconteçam.

Dois exemplos antagônicos são as filas para vacinas e as medidas aplicadas as prisões. Quando disponibilizadas as primeiras vacinas e estabelecidos os grupos vacinais prioritários, ganharam projeção midiática os casos de pessoas que furaram as filas. As primeiras denunciadas se referiam a políticos, membros do legislativo, congressistas e seus familiares, que organizaram um esquema para adiantar-se. Sobre isso, mais uma vez

vale citar Blumer, mas para destacar outro sentimento próprio dos grupos dominantes na sua tentativa de demarcar-se superior frente ao grupo dominado: o sentimento de propriedade.

Para o autor, é um sentimento de que ao grupo superior estariam reservados direitos exclusivos, não partilhados, nos diversos setores da vida. Esses direitos a posse sobre bens materiais, simbólicos e outras formas de poder e status: propriedades, terras, empregos, profissões, segmentos da economia, posições de poder, acesso a estrutura do Estado e ao poder judiciário, o direito de associação exclusiva em instituições, a reivindicação de certas posições de prestígio, e poder de demonstrar de seus símbolos de poder, exibir provas ou status da posição superior ocupada.

Em contraponto temos as medidas aplicadas nas prisões, um dos lugares com supra representação de pessoas negras. O artigo publicado por Lourenco & Mantovani assevera que, embora a mobilização de entidades autônomas tenha determinado que entrassem breve na agenda de ações, foram objeto de uma política de violação de direitos operada sob o pretexto do isolamento social. Ou seja, cuidaram, mas também puniram, já que a medida de cuidado mais eficiente era também a aplicação mais severa da punição sobre essas pessoas. O artigo mostra que supostas medidas de cuidado com a população carcerária redundaram todas em mais controle, mais punitivismo, cerceamento de direitos, e confinamento. Guardadas as proporcionalidades entre uma medida e individual, esse tipo de contradição marca também o tratamento recebido por Ana, assim como casos apresentados no mestrado, mostrando ser uma norma que o cuidado com as pessoas negras recai em desproteção, punição ou violação de direitos.

Nesse sentido, o conjunto das decisões políticas na pandemia reforça a proposição do Blumer sobre a dinâmica entre os grupos raciais dominante e subordinado. Para ele, o que geralmente é entendido como um conjunto de sentimentos, na verdade não é mais

que uma atuação do grupo dominante para defender a posição superior que almeja – reiteradamente disputada na atuação desses sentimentos que não é resultado da posição desigual entre os grupos, mas, pelo contrário, descrevem uma forma de consolidá-la.

Embora Shelby afirme que, atualmente a dominância branca não costuma mais ser formalmente codificada por lei, a pandemia de Covid-19 foi uma situação explícita em que vimos essa dominação vigendo entre contratos formais, assinaturas. Com ou sem assinatura, ele alerta que sua função é manter suas vantagens.

## Considerações

Na banca de defesa do meu trabalho de mestrado fui interpelada pelo Professor Luis Eduardo Batista, então membro, como seria possível construir meu trabalho depois da defesa, no campo das políticas públicas, da saúde e/ou do antirracismo, e divulgar seus achados sem desqualificar o SUS – já que, supostamente, na hipótese dele, essa poderia ser uma via de apreensão plausível dos dados encontramos. Penso que a questão agora é ainda mais pertinente. Estudar os mecanismos que fazem da saúde e do SUS lugares de reprodução e manutenção das desigualdades raciais, observando suas contradições mais agudas, não é sinônimo de desqualificá-lo, pelo contrário. Este trabalho está ideologicamente alinhado a ideia de saúde como direito universal irrevogável e é favorável a existência de um sistema de saúde orientado por um laço social de solidariedade. Todavia, questiona: isso é possível no modo de produção capitalista, estruturalmente racista?

As análises extraídas deste trabalho mostram que, se esta tarefa é possível, é também difícil e está bastante longe de se realizar. Está no Artigo 6<sup>o</sup> da Constituição: “São direitos sociais a educação, a *saúde*, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, e assistência aos desamparados, na forma desta constituição” (BRASIL, 1988). Temos, ainda, no Artigo 196, que fala especificamente da saúde: “A saúde *é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas* que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao *acesso universal e igualitário* às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988 grifo meu). Para Moura (2013), o fato de haver um capítulo na Constituição próprio e exclusivo para a saúde mostra o status especial que este bem ganhou na nossa sociedade, tendo recebido

status e proteção diferenciada no aspecto jurídico-constitucional. Para ela, “o direito à saúde, por estar intimamente atrelado ao direito à vida, manifesta a proteção constitucional à dignidade da pessoa humana” (MOURA, 2013, p.1). Tal qual no texto constitucional, tem destaque na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, o SUS, o princípio da universalidade, norma magna desse sistema que se refere à diretriz ética e mandatória de atender a *todos* os cidadãos. A universalidade, que deve ocorrer de forma equânime e integral, ou seja, à medida das necessidades dos grupos e pessoas, tem a ver justamente com a indiscriminação na oferta de assistência e serviços (PAIM, 2009).

Distante dos textos constitucionais e indiferente a letra da lei, os muitos materiais extraídos das políticas dão luz, consistência e ênfase à tese defendida e situam cronologicamente no tempo presente o fenômeno da discriminação na saúde em sua forma mais silenciosa, insidiosa e eficaz: como **política em negativo**. Ainda que muitos elementos, informações ou detalhes relativos aos meandros dessas políticas fiquem obscurecidos, está expresso o contrato racial sobre o qual se arregimenta nossa estrutura social, do qual nossa política de saúde não escapa, vigendo mediante pactos de branquitude, interlaçados à supremacia branca, que abrange os diferentes níveis e esferas de tomada de decisões na saúde.

Acredito, todavia, que a principal contribuição deste trabalho seja descrever os mecanismos através dos quais essa política em negativo se sustenta. Ordenando sistematicamente, em primeiro lugar, o racismo se negativa no campo da saúde na forma de desassistência do cuidado. Reiterando os dados encontrados na minha pesquisa de mestrado, já previamente discutidos, agora se reforçam omissão, negligência, preterimento e recusa como formas sistemáticas de exclusão. Sigo afirmando que a discriminação racial na saúde, confirmando sua ordem negativa, não acontece por um

conjunto de ações elaboradas, mas frequente e fundamentalmente pela inação, pela desassistência sistemática a este contingente.

Este princípio é válido para todas as esferas implicadas na consecução do cuidado em saúde e se observa em todas elas. Abrange o nível macro das decisões políticas referentes aos direitos em saúde, ao seu financiamento e a macrorregulação; o nível intermediário da gestão, onde estão as atividades de suporte e desempenho das práticas, e implementação de mecanismos operativos, fluxos, suporte tecnológico, regulação; assim como o nível microssocial, o relacional, do cuidado interpessoal, em que prevalecem o encontro humano, entre comportamentos, condutas, e afetos de empatia, acolhimento, disponibilidade de informação e comunicação, e adequação técnica do cuidado. Vemos esses princípios negativos da omissão, negligência, recusa e preterimento orientarem a assistência as pessoas negras na esfera do cuidado interpessoal, da relação entre profissional de saúde e cidadão, evidencia bastante ilustrada no mestrado e reiterada nos casos aqui relatados.

O segundo modo como observa-se a discriminação como norma em negativo remete aos mecanismos institucionais e de gestão, regras de funcionamento que orientam, organizam e ordenam o cuidado nas unidades, e como operacionalizam as redes a serem estabelecidas entre elas, de forma excludente. Este ponto é especialmente importante neste trabalho, pois revelou um modo bastante peculiar de negatividade. Trata-se do segundo modo como o racismo se negativa: pela burocratização, revelada de forma contundente em várias situações extraídas da amostra. Trata-se de uma negatividade que opera na medida em que a burocracia institui uma funcionalidade na política sob a qual a política não funciona. Espera, preenchimento de fichas, omissão sistemática de informações, vaivém entre diferentes equipamentos, obrigatoriedade a submeter-se repetidas vezes a protocolos, são alguns dos exemplos em que a assistência ou tratamento

foram sobrepujados pela burocracia dos cuidados em saúde – abrangedora de todos os processos do trabalho na área: diagnósticos, identificação e admissão nos serviços, atendimento, requisição de exames, realização de procedimentos, fluxos de encaminhamento.

A burocracia, como suporte da discriminação em negativo, por sua vez, se sustenta mediante a manipulação de dois elementos fundamentais na saúde: o tempo e a informação. O tempo, certamente, é o mais importante, e manipulado como alargamento, ou seja, na espera. Os enormes tempos de espera, uma marca da assistência em saúde no Brasil, funciona, a um só tempo, como um mecanismo de subalternização social e naturalização dessa subalternização frente a naturalização da espera. Ele provoca, ao mesmo tempo, a ideia de que é assim que deve ser, de que é demorado mesmo, normalizando uma enorme desumanização. Como consequência, faz que as exceções operem e sejam significadas sob uma retórica de vitória, sucesso, e não seletivismo e discriminação.

A informação, sempre conjugada ao tempo, é manipulada pela sua constrição. A burocracia opera por uma via que envolve essencialmente o desconhecimento: não informar, não deixar saber, não avisar, não comunicar é a forma como a burocracia encontra para correr ao largo dos direitos sem ser tensionada por isso. Trata-se de ocultar as operações que determinam que um grupo racial seja usualmente favorecido por prerrogativas burocráticas e, fundamentalmente, de esconder as manobras exercidas para que ele mesmo não enfrente essa burocracia. Assim, o desconhecimento e a alienação devem ser produzidos tanto mais aos que mais sabem. A desinformação viabiliza que as operações burocráticas para manutenção dos privilégios sejam ocultadas e se mantenham como devem ser mantidas para atingir seus fins, em segredo.



O terceiro modo como o racismo se organiza em negativo é pela associação ou aliança entre duas políticas, diretrizes ou normativas que se anulam mutuamente. Saúde suplementar mais SUS universal, Política de Saúde da População Negra sem mecanismos de financiamento definidos, Hospital sem médicos, nem água. São antagonismos criados dentro dos mecanismos de assistência criando uma lógica de precariedade em que nem se desassiste plenamente, nem se assiste com qualidade. É exatamente esta dinâmica que produz os buracos negros, sob a atuação da burocracia. Deste modo, eles apontam os efeitos da construção de uma política racial em negativo na esfera das decisões macropolíticas. Nesse nível, a negatividade se evidencia na falta de raio X na zona norte, mesma região onde se existe um hospital-fantasma, na escassez de saneamento nas regiões norte e nordeste, não provimento de um exame de eco-endoscopia, lapsos programáticos.

Exatamente neste ponto localizo aquilo que, talvez, seja a elaboração mais significativa deste trabalho. No mestrado, afirmei que *“O racismo opera dentre falhas do sistema que não pertinem a raça, mas que ameaçam de maneira mais incisiva os sujeitos vulneráveis em função da inscrição que suas racialidades operam num sistema racista”*. Naquele momento entendia que brechas, falhas no sistema de saúde não se levantam em torno da raça, ainda que prejudicavam mais as pessoas negras. Hoje entendo que as falhas são o próprio racismo, acontecendo e operando, criando essas zonas, que estão localizadas em regiões específicas, abrangendo políticas específicas e incidindo sobre um grupo racial, particularmente, a partir do inter cruzamento dos diferentes planos da discriminação em conjugação às diferentes dimensões do racismo. Logo, revisito essa afirmação: as falhas são a institucionalização do racismo, em sua forma negativa. Falta de água no hospital, falta de exame, serviço muito longe, hospitais sem raio X, falta de saneamento, omissão dos espaços no caso da pandemia, falta de saneamento básico no

nordeste: o acúmulo de falhas e sua relação embaraçosa com a raça nos diz que elas não são neutras e conseqüentemente afetam os negros, mas que são exatamente o que está colocado para esse contingente como estrutura de saúde. Se as falhas, buracos e lapsos estão majoritariamente em regiões negras, incidem sobre as populações negras, então falamos de uma programação política, não de um incidente. Se não é possível afirmar se são questões pensadas, especialmente se são pensadas intencionalmente, ainda assim é dever informar que são decididas, pois nenhuma dessas medidas acontece sem a permissão e a chancela de um grupo considerável de agentes.

Amplio assim a noção de negativo trabalhada no mestrado. Aqui se refere a pelo menos três aspectos que definem a dinâmica desses arranjos excludentes, explicitados da análise dos casos, negativo aqui se refere 1) ao que está ausente, ao que não se produz, ou que se produz como ausência; ao que não se fala e não se faz; 2) aquilo que se nega explicitamente, nos não e negativas reiteradas que marcam a passagem das pessoas pretas pelos serviços de saúde; 3) daquilo que advém do oposto ou do reverso que se afirma explicitamente, dos reversos, opostos, das faces negativas do afirmativo. Assim, política do negativo se refere ao fato de operar pela lógica da dominação branca que elege os brancos, muitas vezes, a via de exclusão mais proeminente e consistente; negativo porque a discriminação dos negros se dá pela omissão, por uma não ação, pela desassistência; negativo porque tem a ver com a produção de buracos, lapsos, zonas mudas de desocupação, desassistência ou inoperância da política – este o aspecto mais importante deste trabalho. Logo, não é sinônimo absoluto de branquitude, não pode ser tomada em sobreposição a este conceito e não se reduz a ele. Não se refere exatamente à branquitude, como sistema de poder, mas às suas normas, aos modos como a branquitude, sustentada pela dominação branca, normatiza e organiza seu poder no e pelo campo da saúde.

No SUS, isso se mostra e manifesta pelas distintas portas de entrada, pela divisão entre público e privado, pela oferta diferenciada de tratamento, que constitui duas saúdes, dois sistemas de saúde, dois hospitais, dois mundos separados.

O quarto ponto através do qual o racismo se nega como política na saúde é a aliança entre supremacia branca e branquitude. Trata de como a dominação racial branca determina o monopólio dos brancos sobre todas as esferas da sociedade, dos espaços decisórios de poder e gestão, fazendo que todas as dimensões da vida sejam socialmente arquitetadas segundo os interesses de manutenção de poder deste grupo racial específico. É esse domínio sobre a economia, a política e os espaços decisórios de poder que cria as condições de vantagem para todo o grupo racial branco. Na saúde, esses pactos sustentam a manutenção da supremacia branca por duas vias essenciais: a facilitação ou favorecimento do cuidado às pessoas brancas, com a oferta da melhor assistência para este grupo, lhes garantindo melhores condições de saúde e vida, junto uma organização política e institucional que lhes favoreça; e, sobretudo, nas escolhas políticas que abrem possibilidades de benefício, faturamento, lucro e enriquecimento de pessoas ou corporações que ocupam o complexo da saúde. Saúde diz muito acerca do enriquecimento dos brancos, do aumento de seu poder simbólico e econômico e, portanto, não é secundária para pensar a manutenção e reprodução das desigualdades raciais no país.

A resultante da interação e intercessão desses muitos fenômenos e dimensões forja uma política em negativo cujo signo mais forte é na produção de um sistema de saúde ordenado sob uma lógica de exclusão que funciona dentre medidas, arranjos e políticas que, sistematicamente, se não matam, deixam morrer. Trata-se do resultado último a que pode chegar essa negligência programática e atuada, em que deixar morrer é a forma mais recorrente e consistente de morte – ou, por que não dizer, de matar – no nosso sistema de saúde.

O quinto e último ponto é predominantemente simbólico. Trata de como a política se negava pelo fomento a um discurso legalista sobre igualdade de direitos, que nunca se materializa. Trata-se do mesmo dispositivo disposto no discurso sobre a democracia racial. No SUS, ele aparece sob o reforço sobre os princípios de igualdade e universalidade do Sistema Único de Saúde, sua defesa não reflexiva e acrítica, e a exaltação mítica da Reforma Sanitária. Ainda que dinamizem os discursos sobre o racismo na saúde, não impactaram significativamente a reprodução deste fenômeno – que segue se manifestando, agora, porém, sob um discurso antirracista. É nesse jogo entre o discurso sobre a saúde como política de segurança, direitos e cidadania, fomentado pela criação de uma política afirmativa, frente a violência explícita institucional a que os negros são submetidos que se configura essa dimensão discursiva das políticas em negativo. Essa negatividade e contradição que fundamentam o discurso da democracia racial e que se preservam na plataforma antirracista no campo da saúde está aderida a nossa estrutura política. Não é apenas uma forma discursiva: ao contrário, o discurso é uma manifestação simbólica através da qual essa estrutura social aparece. Ela não somente está na nossa política como é exatamente a forma da nossa política. Da democracia ao antirracismo, mudamos a forma, mas não os princípios e mecanismos estruturais através dos quais a supremacia branca encontra lugares para sua manutenção e expansão no Brasil.

Pesquisas comparativas com países que possuem sistemas universais de saúde (sobretudo, Inglaterra e Canadá) apontam que, potencialmente, eles possibilitam maior acesso de pessoas e grupos, inclusive aqueles em situação de maior vulnerabilidade e exclusão (AIRES). Como consequência, sistemas universais tenderiam a diminuir iniquidades, amenizando, ao menos no campo da saúde, distâncias injustas entre grupos em situação de exclusão ou privilégio social. A posição de Barata (2009) também é essa.

Para ela “Há sistemas [de saúde] que potencializam as desigualdades existentes na organização social e outros que procuram compensar, pelo menos em parte, os resultados danosos da organização social sobre os grupos socialmente mais vulneráveis” (BARATA, 2009, p. 20). Os dados aqui observados refutam frontalmente essas afirmações. Embora não se possa as razões dessa discrepância – se substrato da particularidade do racismo na sociedade brasileira, fruto da dimensão das desigualdades brasileiras, uma das maiores do mundo, ou se falha de premissa – ela é evidente e permite afirmar que o SUS não somente não combate, como aprofunda as desigualdades – ao menos as raciais. Assim, admite-se a saúde pública como um campo compõe e integra de modo ativo a estrutura sistemática de exclusão contra os negros na possibilidade de cuidado e assistência a saúde – servindo, inversa e negativamente.

O cenário configurado pelo racismo é bárbaro de tal forma que produz muitas vezes para as pessoas negras um horizonte de escolha restrito a duas únicas possibilidades: escolha não ser cuidado de forma alguma ou um receber cuidados e orientações que cerceiam, adoecem e violam seus direitos – não só os de saúde, mas como pessoa humana integralmente. Outro dado chocante, que dialoga frontalmente com esse, é a iatrogenia observada no atendimento as pessoas negras. Assim, uma série de recomendações, condutas, orientações e recomendações – como “acho que deve fazer pelo SUS; acho que deve seguir o protocolo novamente; acho que deve ter sua autonomia respeitada; acho que deve permanecer internado, não pode fugir; posso te dar remédio pra dor e oriento a ir pra casa” – terminam na inoperância da assistência ou na violação dos direitos ou da dignidade destas pessoas. Assim como no caso em que não ferir a autonomia levou a pessoa a polícia. Estes dados evidenciam que em relação as populações negras, as observações quanto ao cuidado realizado devem se orientar sempre pelos resultados. Isso porque, frequentemente medidas cuja intencionalidade é proteger e curar

viram modos de tutelar e violar – como a abordagem com as populações carcerárias na pandemia expõe.

É exatamente o que vemos na saúde. Neste sentido, o trabalho permite concluir, de forma incomoda, mas necessária, que contrariamente aos propósitos do Sistema Único de Saúde, às diretrizes que o sustentam como política universal, aos ideais filosófico-políticos que orientaram a Reforma Sanitária e daquilo que preconiza a Política de Assistência a Saúde Integral da População Negra, ao lugar discursivo positivado que o SUS ganhou nas diferentes camadas da sociedade brasileira depois da pandemia, nossa política de saúde se consubstancia como uma política feita por brancos para outros brancos. Destas muitas contradições e oposições entre mercado e direito, público versus privado, Universal versus suplementar – disputas entre um marco civilizatório cada vez mais abandonado e o poder do grande capital sobre o Estado. Neste sentido, da forma política, mais adequado que pensar o SUS, é pensar uma política de saúde que se dá pela contradição, contraponto, oposição entre SUS versus saúde suplementar, direito versus dinheiro. Dessas contradições, faz pouco sentido pensá-lo como sistema único ou universal.

A afirmação, não deve ser conduzida, porém, como uma afirmação do fracasso do nosso sistema de saúde. Deve ser compreendida como o sucesso das relações de dominação racial arregimentadas pelo sistema de produção capitalista, e impossibilidade de pensar justiça social e igualdade neste sistema de exploração e a necessidade peremptória de buscar uma transformação radical da sociedade. Logo, não está em questão a crítica ou a defesa, mas apontar caminhos que sejam necessários a percorrer para, ao menos, aproximar-se disso. Dizer que os marcos legais não têm sido suficientes para o enfrentamento não é sinônimo de desconsiderar os impactos que possam produzir na práxis social. Mas convida a radicalizar o debate, porque é justamente a negatividade

a partir da qual opera inclui a possibilidade de tratamento legal igualitário, sem que isso nunca se concretize. Neste sentido, o antirracismo o Brasil, mais especificamente o campo da saúde, segue com rigor os passos trilhados pelo racismo: indiferente às vias legais. Todavia, se o racismo aqui independe desta via para se consolidar, talvez o antirracismo precisa se emancipar desta via para se constituir.

Como a discriminação decorre do pacto racial que se dá na articulação entre os eixos macropolíticos e micro-institucionais, medidas de reparação devem orientar-se por isso. A particularidade da dinâmica das nossas relações raciais, que está no jogo contraditório entre cidadania formal e substancial, entre marco civilizatório versus economia predatória, e que na saúde se manifesta por essas ambivalências e contradições que são próprias da nossa formação histórica, erigida sobre essa particularização da forma social raça no Brasil, devem ser enfrentadas para pensar antirracismo na saúde. No contrato racial conjugam-se de modo mais ou menos harmonioso SUS e saúde suplementar, participação social e a ação predatória das OS. O contrato racial e os muitos pactos de branquitude de que ele necessita configuram um sistema de excelência para alguns e um precaríssimo para outros. O contrato racial faz que ambos existam, um ao lado do outro, um em detrimento do outro.

Feita, executada e implementada por brancos ricos, para assegurar os interesses econômicos de grupos e corporações brancas que hegemonizam o setor saúde; para assegurar as migalhas a outros brancos, sob a forma de assistência em saúde; o SUS é o presente que os brancos ricos deixam aos brancos pobres, que do excedente dos lucros que obtém com o adoecimento das populações, salvam pobres brancos. E ganham como donos das grandes corporações em saúde, donos de laboratórios, hospitais e etc. Importantes por tomar a saúde não apenas como espaço de reprodução do capitalismo e do racismo, mas também como lugar de produção ativa, como polo primordial de

produção das desigualdades raciais, a partir de suas vertentes econômica, simbólica e institucional. Neste sentido, pensar o sistema brasileiro de saúde como parte dessa lógica significa entender os modos como ele participa de um esquema que alimenta a dominação econômica branca em escala global e o privilégio racial dos brancos dentro do país: o privilégio dos brancos ricos e um sistema de concessão de pequenas vantagens a brancos pobres, dos quais os negros ficam permanente e sistematicamente alijados.

Um dos pontos mais fundamentais a ter atenção é que, o deslocamento da esfera interpessoal da discriminação para a institucional e política não deve ser precedente para a afirmação de um “racismo sem racistas”. Nesse sentido, afirmamos a universalidade e transversalidade do agenciamento, justamente por isso entendido sob a lógica do contrato racial. O resultado de nossas análises, ao contrário de alinhar-se a uma perspectiva que entende o racismo institucional como uma maquinaria que poderia operar sem agentes, certifica a participação deles em todas as instâncias de decisões.

Fica advertido que enfrentar o racismo na saúde – e fora dela – implica confrontar a branquitude não como identidade, mas em seu lugar mais silencioso, estabelecido e inabalado: esse locus de poder onde se inter cruzam o domínio da política e monopólio dos grandes capitais. Nesse sentido, pensar saúde em perspectiva universal nos leva ao questionamento: como abalar, combater e esfacelar a supremacia branca vigente na nossa sociedade? Diante disso, é preciso abandonar completamente a esperança nos marcos legais como via de seguridade de direitos e busca pela igualdade racial, assim como o investimento em políticas de focais isoladas de transformações das formas políticas e econômicas mais profundas para subverter o racismo vigente na nossa sociedade.

Trabalhar com a noção de racismo estrutural não como contraponto entre suas dimensões simbólicas e objetivas, mas justamente em torno do arranjo que permite entender como compõem uma totalidade dialética que faz perpassar todos esses níveis,



setores, âmbitos e domínios que aqui, foram trabalhados didaticamente, mas que no cotidiano da vida em movimento, e na operação racista, estão indistintos, por ocorrem por uma logica que justamente por estrutural, que faz aderir todos os setores da vida, possibilita ter a raça negativada, embora ela seja exatamente o amarril, o articulador que perpassa e esta entre todos estes diferentes campos – na saúde, como bem vimos, e também fora dela. Somente entendendo as formas particulares como ocorre a discriminação podemos deprender de forma mais concreta o racismo, neste contexto da saúde e pensar estratégias objetivas – e não abstratas – para enfrentar esta condição.

Nessa contradição, temos uma que é importante também quanto ao enfrentamento do racismo. Dada esta dinâmica, da mesma forma que políticas focais são importantes, outras não são e nem se referem diretamente a raça. Por exemplo, saneamento, mudar a disposição geográfica dos serviços, já tem impacto racial. Nesse sentido, a especificidade do que é uma política focal precisa ser repensada, repactuada. A raça deve estar presente de forma crítica, como uma lógica, não como uma substância; é a logica racista em que os serviços estão que precisa ser enfrentada e pautada nas políticas, não necessariamente os negros. Neste sentido, a radicalidade tem a ver com a consideração radical da forma da categoria raça e da dinâmica do racismo na sociedade brasileira. Dessa forma, a contenda que disputa políticas focais e específicas para a população contra a que propaga que elas sejam desnecessárias não poderia ser mais improfícua do paradigma das relações raciais na saúde. Ambas são necessárias. E a mira deve estar justamente na intersecção dialética entre essas duas tendências. Se sabemos que as políticas generalistas e universalistas, pelos próprios mecanismos racialistas sobre ela encobertos, não funcionam para as populações negras, começamos a entender também que as políticas focais orientadas por especificidades essencialistas são incapazes de dar conta da complexidade do racismo. A raça, então, deve estar a serviço da execução das macropolíticas, das

políticas universais, mais como um paradigma, um fundamento que orienta um raciocínio que como uma doutrina. Deve ser vetor de uma redistribuição de bens, serviços e poderes, jamais conduzir a essencialismos.

Dentre as questões mais importantes, que não poderia deixar de destacar, está a em uma amostra constituída por sobreviventes. Eles resistiram a este conjunto sistêmico de normas, ações e políticas que excluem sistematicamente um povo ou segmento social, toda a ordenação do Estado brasileiro e da saúde. Os caminhos percorridos pelos negros na busca por esse bem, pela própria afirmação do direito à vida e, por conseguinte, a afirmação de seu status de cidadão, na medida em que a busca pela saúde, como bem simbólico, se relaciona a manutenção digna da própria existência, mostra que nenhum sistema político de dominação pode se exercer sem encontrar resistências, furos e diante da ação sujeitos frente aos processos de dominação. Nenhum deles é passivo diante de sua condição. Essa rebeldia necessária, em algumas situações, fundamental para a sobrevivência.

## **REFERÊNCIAS**

### Consultas

BRASIL, 2005. Saúde Brasil 2005: Uma análise da situação de saúde no Brasil.

Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, 2010. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, 2013. Política de Saúde Integral da População Negra: Uma Política para o SUS.

Ministério da Saúde, 2<sup>a</sup> ed. Brasília, 2013.

BRASIL, 2015. Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária. Brasília, 2015.

BRASIL. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Saúde Brasil 2018: uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CARTA DE BAURU. ENCONTRO NACIONAL “20 ANOS DE LUTA POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS”. Bauru, 2007. Disponível em: [http://www2.pol.org.br/lutaantimanicomial/index.cfm?pagina=carta\\_de\\_bauru](http://www2.pol.org.br/lutaantimanicomial/index.cfm?pagina=carta_de_bauru). Acesso em: 02/01/2021.

IBGE. 2007. Estudos Sociodemográficos e análises espaciais referentes aos municípios com a existência de comunidades remanescentes de quilombos. Relatório técnico preliminar. Rio de Janeiro, 2007. (Referência destruição População Preta cidade de sp e grande são Paulo)

IBGE. Senso 2000.

IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2019 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Brasília, 2008.

IPEA. Retrato das desigualdades de gênero e raça / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. [et al.]. - 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Promoção da Igualdade Racial – SMEPIR. Igualdade Racial em São Paulo: avanços e desafios.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 3.947, de 25 de novembro de 1998. Aprova os atributos comuns a serem adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e bases de dados do Ministério da Saúde, a partir de 1º de janeiro de 1999. Diário Oficial da União 1999; 14 jan.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.678, de 13 de agosto de 2004. Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 16 ago.

#### Bibliografia

ADORNO, T. W. Dialética Negativa. Zahar, 2009.

ALMEIDA, C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. *Texto para discussão* n.599, Brasília: Ipea. 1998

ALMEIDA, S. L. Racismo estrutural. São Paulo, Pólen, 2019.

ALVES, E. A. Rés negras, judiciário branco: uma análise da interseccionalidade de gênero e classe na produção da punição em uma prisão paulistana. 2015. 173 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

ALVES, B. V. W.; VALÉRIO, P. de T. M. Preconceito de raça como sentido de posição de grupo, de Herbert Blumer. **Plural**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 145-154, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/plural/article/view/74426>.

ANTUNES, J. L. F. Desigualdades em saúde: Entrevista com Nancy Krieger. **Tempo soc.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 177-194, June 2015. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-20702015000100177&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702015000100177&lng=en&nrm=iso)

ARIZA, M. B. A. *O Ofício da Liberdade: Contratos de Locação e Serviços de Trabalhadores Libertos em São Paulo e Campinas (1830 -1888)*. 2012.

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

BALEY, S. Dinâmicas raciais no Brasil contemporâneo: uma revisão empírica. *PLURAL*, Revista do Programa de Pós -Graduação em Sociologia da USP, São Paulo, v.23.1, 2016, pp.53-74.

BARATA, R. B. Como e por que as desigualdades fazem mal à saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009.

BARROS, R. P.; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Revista Brasileira de Ciências Sociais - Dossiê Desigualdade*, v. 15, n. 42, fev 2000.

BARROS, S. et al. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.23. n4, pp. 1235 – 1247. 2014. Dez, 2014.

BASTOS, J. L. FAERSTEIN, E. (Orgs). *Discriminação e Saúde: perspectivas e métodos*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 33, n. 13, e00090516, Mai. 2016. Disponível em:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/81/enfrentando-o-racismo-nos-servicos-de-saude>

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B. Política de Saúde da População Negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde? **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em

[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122010000200012&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200012&lng=pt&nrm=iso)

BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Orgs). Saúde da população negra. 2ª ed. Brasília, ABPN, 2012.

BATISTA, L.E., PROENÇA, A., SILVA, A. Covid-19 e a população negra. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25: e210470 <https://doi.org/10.1590/interface.210470>

BAUMGARTEN, A. et al. Experiências de discriminação relacionadas aos serviços de saúde: análise exploratória em duas capitais do Sul do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, n. 3, p. 353-362, 2015.

BERQUÓ, E. Esterilização e raça em São Paulo. *Revista Brasileira de estudos populacionais*, v. 11, n. 1, p. 19-26, 1994.

BREILH, J. *Epidemiologia Crítica: Ciência Emancipadora e Interculturalidade*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.

CAMPOS, L. A. O Pardo como Dilema Político. **Insight Inteligência**, n. 62, out-nov-dez, 2013. pp. 80-91.

\_\_\_\_\_. Racismo em três dimensões: Uma abordagem realista-crítica. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 32, n. 95, 329507, 2017. Available from

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69092017000300503&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092017000300503&lng=en&nrm=iso)

CHALHOUB, S. Cidade Febril.

\_\_\_\_\_. Trabalho, lar e botequim: o cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da Belle Époque. 2ª ed, Campinas, Editora da Unicamp, 2001.

\_\_\_\_\_. SILVA, F. T. Sujeitos no imaginário acadêmico: escravos e trabalhadores na historiografia brasileira desde os anos 80. *Cadernos AEL*, v.14, n.26, 2009.

CHOR, D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1272-1275, 2013.

CHOR, D., LIMA, C. R. A. (2005). Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 21(5), 1586-1594. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500033>

COSTA, J. F. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro, Edições Graal, 5ª ed, 2004.

SCOREL, S. História da política de saúde no Brasil: 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In GIOVANELLA, L. et al. (Ed.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes. p.385-434. 2008.

\_\_\_\_\_. SCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999

FARGE, A. **Lugares para a História**. Belo Horizonte, Autêntica Editora, 2011.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **R. RA GA**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.

FARIAS, C. M. L. et al. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde em Debate* [online]. v. 43, n. spe5],

pp. 190-204. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516>.

FERNANDES, F., *A Integração do Negro na Sociedade de Classes*, São Paulo: Cia Editora Nacional, 1964.

\_\_\_\_\_. *O negro no mundo dos brancos*. Editora Global, São Paulo, [1972] 2007.

FERNANDES, F.; BASTIDE, R. *Negros e brancos em São Paulo*. Companhia Editora Nacional. 2ª ed, 1959.

FERNANDES, M. I. A. *Negatividade e Vínculo: a mestiçagem como Ideologia*. São Paulo, Casa do Psicólogo. 2005.

FIELDS, Barbara J. *Ideology and Race in America History*. In KOUSSER, J.; MCPHERSON, M.; JAMES, M. **Region, Race and Reconstruction**. New York, Oxford University Press, 1982.

FRANÇA, Danilo. *Desigualdades e segregação residencial por raça e classe*. In MARQUES, Eduardo Cesar Leão (Ed.). **A metrópole de São Paulo no século XXI: espaços, heterogeneidades e desigualdades na metrópole**. São Paulo: Ed.Unesp/CEM, 2015.

FRANÇA, D. “Desigualdades e Segregação Residencial por Raça e Classe”. In Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. de ., Almeida, P. F. de ., Escorel, S., Senna, M. de C. M., Fausto, M. C. R., Delgado, M. M., Andrade, C. L. T. de ., Cunha, M. S. da ., Martins, M. I. C., & Teixeira, C. P.. (2009). *Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.14, v. 3, 783–794. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>

GOLDENBERG, M. *A Arte de Pesquisar: Como Fazer Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais*. 12ª ed. Rio de Janeiro, Record. 2011.



GOMES, Ângela Maria de Castro. (2005) *A invenção do trabalhismo*. Rio de Janeiro, FGV.

GOMES, A. M. de C. *A invenção do trabalhismo*. Rio de Janeiro: Vértice/Iuperj, 1988

GOMES, F. S.; CUNHA, O. M. G. Introdução: Que cidadãos? Retóricas da igualdade, cotidiano da diferença. In GOMES, F. S. & CUNHA, O. M. G. (Org) *Quase cidadão: Histórias e antropologias da pós emancipação no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

GOMES, J. B. O uso da lei no combate ao racismo: direitos difusos e as ações civis públicas. In GUIMARÃES, A. S. A.; HUNTLEY, L. *Tirando a máscara: ensaios sobre racismo no Brasil*. São Paulo, Paz e Terra, 2000.

GUIMARÃES, A.S.A. A República de 1889: utopia de branco, medo de preto (a liberdade é negra; a igualdade, branca e a fraternidade, mestiça). **Contemporânea**, n. 2, p. 17-36, Jul–Dez, 2011.

\_\_\_\_\_. *Classes, raça e democracia*. Editora 34, 2002.

\_\_\_\_\_. Depois da democracia racial. **Tempo Social**, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 269-287, 2006.

DOI: 10.1590/S0103-20702006000200014. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/12525>.

\_\_\_\_\_. *Racismo e Antirracismo no Brasil*. 3ª ed. São Paulo, Editora 34, 2009.

GREEN, A. *O trabalho do negativo*. Porto Alegre, Artmed, 2009.

HASENBALG, C. *Discriminação e Desigualdades Raciais no Brasil*. 2ª ed., Rio de Janeiro, IUPERJ, 2005.

HASENBALG, C.; SILVA, N. V. *Estrutura social, mobilidade e raça*. São Paulo/Rio de Janeiro, Vértice – IUPERJ, 1988.

\_\_\_\_\_. Notas sobre desigualdade racial e política no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos**, v. 25, p.141-160, 1993.

HENRIQUES, R. Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90. Texto para discussão IPEA, n. 807. Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_. Raça e gênero no sistema de ensino – os limites das políticas universalistas na educação. UNESCO, Brasília, 2002.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Org.). Repensando o Estado Novo. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 173-193.

HOCHMAN, G.; LIMA, N.T. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: O Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (Org) **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica". In: LIMA, N.T., GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Org.). **Saúde e Democracia – História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Fiocruz/Organização Pan-Americana da Saúde, 2005, p. 27-58.

HODES, M. The Mercurial Nature and Abiding Power of Race: A Transnational Family Story. **The American Review**, v. 108, n.1, fev-2003.

Kalckmann S, Santos CG dos, Batista LE, Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde e sociedade* 2007; 16 (2): 146-55.

KRIEGER, N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2005; **59**:350-355.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Rev. Mex. Cienc. Pol. Soc**, v. 84, p. 131-157, 1976.

LIMA, M. As múltiplas abordagens sobre a temática racial no Brasil. **PLURAL**, Revista do Programa de Pós -Graduação em Sociologia da USP, São Paulo, v.23.1, 2016, p.5-8.

LIMA, M.; MILANEZI, J. et al. Desigualdades Raciais e Covid-19: o que a pandemia encontra no Brasil? Informativo Desigualdades Raciais e Covid-19, AFROCEBRAP, n. 1, 2020.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A Saúde na Construção do Estado Nacional do Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva. In Lima, N. T (Org) Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS no Brasil. Nísia Trindade Lima et al. (orgs.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 27-58.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Caderno de textos básicos do seminário nacional de saúde da população negra. Brasília, DF, 2004. p. 39-100.

LOPES, F. Experiências Desiguais ao Nascer, Viver, Adoecer e Morrer: Tópicos em Saúde da População Negra no Brasil. **I Seminário Nacional de Saúde da População Negra**. Brasília, 18 a 20 de agosto de 2004.

\_\_\_\_\_. Para além das Barreiras dos Números: Desigualdades Raciais em Saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, Set-Out. 2005.

LOPES, Fernanda; WERNECK, Jurema. Saúde da População Negra: da conceituação às políticas públicas de direito. In: WERNECK, Jurema. (Org.). **Mulheres Negras**: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Criola, 2009. p. 5-23.

LOPEZ, L.C. O Conceito de Racismo Institucional: Aplicações no Campo da Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 16, n. 40, p. 121-134, Jan-Mar, 2012.

LOURENÇO, L. C.; MANTOVANI, R. L. Cuidado ou crueldade: uma discussão sobre a Covid-19 nas prisões brasileiras. 2023

MACHADO, M. H. P. T. *Brasil a Vapor: Raça, Ciência e Viagem no Século XIX*. 2005. Tese (Livre Docência em História). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

\_\_\_\_\_. Crime a Escravidão. 2010.

\_\_\_\_\_. **O Plano e o Pânico: Os Movimentos Sociais na Década da Abolição.** 2ª ed., São Paulo, Edusp, 2010.

MARINHO, et al.

MARQUES, E. (org.). Espaços, Heterogeneidades e Desigualdades na Metrópole. Ed. Unesp/CEM, São Paulo, 2010, no prelo.

MARX, A. Race and Nation: A Comparison of the United States, South Africa and Brazil. Cambridge, University Press, 1997. 382p.

MATTOS, C. L. G. A abordagem etnográfica na investigação científica. In MATTOS, C. L. G. & CASTRO, P. A., orgs. Etnografia e educação: conceitos e usos. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 49-83

MATTOS, Marcelo Badaró. Escravizados e livres: experiências comuns na formação da classe trabalhadora carioca. Rio de Janeiro. Bom Texto, 2008.

\_\_\_\_\_. Trajetórias entre fronteiras: o fim da escravidão e o fazer-se da classe trabalhadora no Rio de Janeiro. **Mundo do Trabalho.** Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 51 – 64, jan-jun. 2009.

Melo, W. da C., & Schucman, L. V. (2022). Mérito e mito da democracia racial: uma condição de (sobre)vivência da supremacia branca brasileira. *Revista Espaço Acadêmico*, 21, 14-23.

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/59991>

MOTA, A. **Quem é Bom já Nasce Feito:** Sanitarismo e Eugenia no Brasil. Rio de Janeiro, DP&A, 2003.

\_\_\_\_\_. **Tropeços da Medicina Bandeirante:** Medicina Paulista entre 1892 – 1929. São Paulo, Edusp, 2005.

MOURA, C. O Racismo como Arma Ideológica de Dominação. **Princípios**, p. 28-38, 1994.

\_\_\_\_\_. **O Negro: de Bom Escravo a Mau Cidadão?** 1977.

\_\_\_\_\_. Particularidades do racismo brasileiro. **Fundação Maurício Grabois**, edição 32, fev/mar/abr, 1994, p. 62-64.

\_\_\_\_\_. Escravismo, colonialismo, imperialismo e racismo. *Afro-Ásia*, 14, 1983.

MOURA, E. S. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 114, jul 2013.

MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação, PENESB-RJ, 5 nov. 2003.

\_\_\_\_\_. **Rediscutindo a Mestiçagem no Brasil: Identidade Nacional versus Identidade Negra**. Autêntica. 3. Ed, Belo Horizonte, 2008.

OLIVEIRA, A. P. C. DE. et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1165–1180, abr. 2017.

OMI, M., WINANT, H. *Racial Formation in the United States*. Nova York/Londres, Routledge, 2015.

OSÓRIO, R. G. Desigualdade racial e mobilidade social no Brasil: um balanço das teorias. In THEODORO, M. (Org). *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição*. Brasília, Ipea, 2008.

PAIM, J. S. A Constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*. V. 29, n. 10, out-2013, pp. 1927-1953.

\_\_\_\_\_. **O que é SUS?** Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2009.

\_\_\_\_\_. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Tese de Doutorado. Salvador, 2007.

PAIXÃO, M. Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010. 2011

PASQUALINI, J.C.; MARTINS, L.M. Dialética singular-particular-universal: Implicações do Método Materialista Dialético Para a Psicologia. **Psicologia e Sociedade**, n. 27, v. 2, p. 362-371, 2015.

PEÇANHA, N. B. Que liberdade? Uma análise da criminalização das servidoras domésticas cariocas (1880 – 1930). *Estudos Históricos Rio de Janeiro*, vol 32, no 66, p. 287-306, janeiro-abril 2019.

PRADO JUNIOR, C. Formação do Brasil *Contemporâneo*. São Paulo, Brasiliense, 2000.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: *Colonialidade do saber: eurocentrismo e Ciências Sociais*. CLACSO, Buenos Aires, 2005.

RIBEIRO, Marcelo Gomes. Desigualdades urbanas e desigualdades sociais nas metrópoles brasileiras. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 18, n. 42, p. 198-230, maio/jun. 2016.

SANTOS, N. N. S. A voz e a palavra do Movimento Negro na Assembleia Nacional Constituinte (1987/1988): um estudo das demandas por direitos. 205f. Dissertação (Mestrado). Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2015.

SANTOS, S. B. Famílias negras, desigualdades, saúde e saneamento básico no Brasil. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 41-53, 2013.

SANTOS, W. G. Cidadania e Justiça – a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro. Campus, 1979.

SAWAIA, Bader Burihan. Transformação social: um objeto pertinente à psicologia social? **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. spe2, p. 4-17, 2014. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000600002&lng=en&nrm=iso)

[71822014000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000600002&lng=en&nrm=iso)

SILVA, N. G. et al. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 100-114, Mar. 2017. Available from

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100100&lng=en&nrm=iso)

[12902017000100100&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100100&lng=en&nrm=iso)

SILVA, P. V. B. O Silêncio como Estratégia Ideológica no Discurso Racista Brasileiro. **Currículo sem Fronteiras**, v.12, n.1, p. 110-129, Jan-Abr 2012.

SCHUCMAN, L. V. **Entre o Encardido, o Branco e o Branquíssimo**: Hierarquia, Branquitude e Poder na Cidade de São Paulo. São Paulo, Annablume, 2014.

SCHWARCZ, L. M. **O Espetáculo das Raças**: Cientistas, Instituições e Questão Racial no Brasil – 1870-1930. São Paulo, Cia das Letras, 1993.

SPINK, P.K. Pesquisa de Campo em Psicologia Social: Uma Perspectiva Pós Construcionista. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 18-42. Dez, 2003.

TAGUIEFF, A. P. *The Force of Prejudice*. Minneapolis. University of Minnesota Press. 2001.

TELLES, E. Em retrospectiva: uma revisão das políticas de inclusão racial do Brasil após dez anos. *Desigualdade & Diversidade – Revista de Ciências Sociais da PUC-Rio*, n. 6, janeiro-julho, 2010, pp. 129-142.

\_\_\_\_\_. *Racismo à brasileira: uma perspectiva sociológica*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, Fundação Ford, 2003.

\_\_\_\_\_. The Project on Ethnicity and Race in Latin America (PERLA). *Pigmentocracies: ethnicity, race and color in Latin America*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2014.

THEODORO, M. As Mudanças Sociais Mais Recentes e a Questão Racial. In Fundação Perseu Abramo; Fundação Friedric Ebert (Org) **Classes? Que Classes?** Ciclo de Debates sobre Classes Sociais. São Paulo, 2013. p. 163-172.

\_\_\_\_\_. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil** - 120 anos após a abolição. Brasília: Ipea, 2008

TODOROV, T. (1993). *Nós e os Outros. A Reflexão Francesa sobre a Diversidade Humana*. Jorge Zahar, Rio de Janeiro.

VAZ, André. Sobre outorgas e penas: Capitalismo, trabalho e punitivismo à brasileira.

DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social, v. 11, n. 1 – JAN-ABR 2018 – pp. 75-96.

VYGOTSKY, L. S. A formação social da mente. Martins Fontes. 1999.

VYGOTSKY, L. S. Pensamento e Linguagem.

WERNECK, J. Racismo Institucional: Uma abordagem conceitual. 2013.

\_\_\_\_\_. Racismo Institucional e saúde da população negra.

WERNECK, J., LOPES, F. Mulheres Negras: Um Olhar sobre as Lutas Sociais e as Políticas Públicas no Brasil. Jurema Werneck e Fernanda Lopes (org.). Rio de Janeiro: Criola; apoio Fundação Heinrich Böll; s/d.

WILLIAMS, D. R.; PRIEST, N. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 17, n. 40, p. 124-174, Dec. 2015.

Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222015000300124&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222015000300124&lng=en&nrm=iso)



WILLIAMS, D. R.; COLLINS, C. Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. **Public health reports**, 2016.

WINANT, H. (2001). *The word is a ghetto: Race and democracy since World War II*.  
Nova York, Basic Books.

## **ANEXOS**

### **Termo de Consentimento Livre Esclarecido**

Você está sendo convidado(a) para participar uma pesquisa como voluntário. Este documento tem por objetivo: (i) assegurar os direitos dos sujeitos envolvidos em atividade de pesquisa, especialmente os entrevistados e garantir a ética ao longo de todo o desenvolvimento do projeto, preservando os participantes; (ii) e esclarecer sobre os objetivos da pesquisa e assegurar o entendimento dos entrevistados sobre sua concordância em participar. Ele deve ser emitido em duas vias, sendo que uma delas deve permanecer com o participante.

#### **A – Identificação e Proposta**

Pesquisadora: Mônica Mendes Gonçalves, vinculada à Faculdade de Saúde Pública – USP. Desenvolve a pesquisa de doutoramento temporariamente intitulada

“Saúde e raça: políticas do negativo”, sob orientação da Profa. Dra. Maria Cristina da Costa Marques, em tramitação no comitê de ética desta instituição. O objetivo deste trabalho é observar a assistência oferecida a usuários do SUS a partir de sua trajetória e analisar a disposição e oferta do(s) serviço(s) de saúde. O objetivo dessa entrevista é estritamente acadêmico, não havendo finalidade financeira ou quaisquer outras além da educacional.

#### B – Convite e Recusa

A participação nesta pesquisa é absolutamente voluntária. Está assegurado o direito de se recusar a participar, desistir, retirar consentimento ou interromper a participação a qualquer momento deste estudo. Esclarece-se que a recusa ou desistência não implica penalizações de forma alguma.

#### C – Procedimentos e Sigilo

Para se atender aos objetivos da pesquisa, optou-se pela aplicação de entrevistas com os participantes, a ser realizada pela pesquisadora. Essas entrevistas transcorrerão no ambiente escolhido pelo entrevistado e serão gravadas por meio de aparelho eletrônico, além de posteriormente transcritas. As gravações e transcrições serão arquivadas com acesso restrito e sem identificação dos entrevistados. Os **dados pessoais são sigilosos, acessados somente pelo pesquisador** e envolvidos nesse processo (orientadores). O material coletado na entrevista poderá ser utilizado em publicações, em livro e/ou revista científica ou eventos acadêmicos e científicos, **preservado o absoluto sigilo da identificação do participante**. Os dados da entrevista serão usados exclusivamente para a pesquisa e fins acadêmicos e você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

#### D – Risco e Desconforto

O participante deve estar ciente de que, conforme os parâmetros éticos de classificação de risco em pesquisas, há um risco mínimo para a participação. Essa avaliação de risco é considerada a partir do entendimento da entrevista, enquanto instrumento, e do campo temático como sensíveis. Ainda assim, não são esperados efeitos prejudiciais antecipados ou posteriores.

#### F – Questões

Diante de qualquer dúvida, necessidade de esclarecimento ou questão, estou autorizado(a) a entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (11) 30617779, assim como no endereço Av. Dr. Arnaldo, 715. Estou autorizado(a) ainda a fazer contato com a Profa. Dra. Maria Cristina da Costa Marques, responsável por essa pesquisa no mesmo endereço, prédio principal.

### **Declaração de Consentimento**

Declaro ter conversado com a pesquisadora Mônica Mendes Gonçalves e estar esclarecido(a) acerca da pesquisa e dos termos deste documento, sobre os quais tive

minhas dúvidas respondidas. Declaro estar ciente do caráter voluntário de minha participação e da possibilidade de desistir a qualquer momento, sem prejuízos pessoais. Declaro ciência, ainda, sobre os objetivos e procedimentos a serem usados. Afirmo que uma via deste documento foi entregue a mim e autorizo o uso dos dados coletados pelo pesquisador em quaisquer produções acadêmicas ou de caráter educativo decorrentes desta pesquisa, mediante garantia do anonimato e sigilo absoluto de meus dados e identificação pessoais.

---

Participante – Entrevistado

---

Mônica Mendes Gonçalves – Pesquisadora  
Faculdade de Saúde Pública – FSP/USP

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

