

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLÍTECNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Danieli Naziazeno Saucedo

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA:
um “equilíbrio” coletivo?

Rio de Janeiro

2018

Danieli Naziazeno Saucedo

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA:
um “equilíbrio” coletivo?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marcela Alejandra Pronko

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S255p Saucedo, Danieli Naziazeno
Política Nacional de Saúde Integral da
População Negra: um "equilíbrio" coletivo? /
Danielli Naziazeno Saucedo. - Rio de Janeiro,
2018.

102 f.

Orientadora: Marcela Alejandra Pronko

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, 2018.

1. Política de Saúde. 2. Saúde da População Negra.
3. Raça. 4. Classe Social. 5. Gênero. I. Pronko,
Marcela Alejandra. II. Título.

CDD 362.8496981

Danieli Naziazeno Saucedo

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA:
um “equilíbrio” coletivo?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 28/03/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Marcela Alejandra Pronko (Fiocruz / EPSJV)

Prof. Dr. Abrahão de Oliveira Santos (UFF)

Prof^a. Dr^a. Carla Macedo Martins (Fiocruz / EPSJV)

Dedico esta dissertação á minha maior referênciã de mulher negra, minha mãe. E ao meu ancestral direto, que já fez o Sankofa, meu pai.

AGRADECIMENTOS

À Olodomarè, força criadora de vida e aos Orisàs, pela conexão energética.

Aos ancestrais, por toda herança de conhecimento, tradições, ritos e luta.

À minha família, em especial minha mãe, por todo amor, respeito e apoio.

Às todas as minhas irmãs/amigas/companheiras de vida e de luta que me fortalecerem enquanto Ser (mulher negra).

À minha orientadora, professora Marcela Pronko, por acolher e respeitar o meu tema e meus posicionamentos enquanto intelectual negra.

À professora e irmã Valéria Carvalho, por dar sentido político à minha passagem pela EPSJV.

A toda irmandade que compôs e construiu o Projeto Sankofa, movimentação política racial que propõe um novo devir para a EPSJV.

À coordenação da Pós-Graduação, e, em especial, a secretária Micheli, por todo apoio e carinho recebido durante esta trajetória.

Às professoras Angélica Fonseca e Márcia Valéria, e à turma (primeiro ano/2017) de Análise Clínica, que, através do estágio, me proporcionou desafios e grande aprendizagem.

Aos meus colegas mestrandos, por toda interação debate e diversão.

*“Honrar a nós mesmas, amar nossos corpos, é
uma fase avançada na construção de uma
autoestima saudável”.*

(Bel Hooks)

RESUMO

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), criada em 2006, é definida como um instrumento pró Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por objetivo promover a saúde integral da população negra, priorizando o combate ao racismo por meio da redução das desigualdades étnico-raciais e da discriminação racial nas instituições e serviços do SUS. Trata-se de uma mediação sociopolítica resultante de um processo de luta, em curso, contra a hegemonia de uma estrutura sistêmica que produz e reproduz inerentes contradições entre classes, gêneros e raças. Este estudo pretende analisar de que forma a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra vem sendo implementada nas práticas dos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde do território de Manguinhos. A referida política torna-se referência para a formação e educação continuada em saúde, a partir de uma das diretrizes que aponta a inclusão de temas como racismo e saúde da população negra nesses processos. Os profissionais de saúde lidam diretamente com a população, o que torna fundamental reconhecer os principais determinantes sociais de saúde-doença, e o racismo é um deles, impactando nas condições de vida da população, na forma de nascer, adoecer e morrer. O referencial teórico-metodológico utilizado foi o materialismo histórico dialético e a metodologia de pesquisa foi composta por entrevista semiestruturada, análise documental e observação na perspectiva qualitativa.

Palavras chave: Saúde da População Negra. Raça. Classe. Gênero.

ABSTRACT

Created in 2006, the National Policy on Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN) is defined as a tool for Unified Health System (SUS) which aims to promote the comprehensive health of the black population, focusing on reducing ethnic-racial inequalities, combating racism and reducing discrimination in SUS institutions and services. It is a sociopolitical mediation resulting from an ongoing process of fight against the hegemony of a systemic structure that produces and reproduces inherent contradictions between classes, genders and races. This study aims to analyze how the National Policy on Comprehensive Health of the Black Population is being implemented in the practices of health professionals of the Basic Health Unit of the territory of Manguinhos. This policy has become a reference for training and continuing education in health, from one of the guidelines that points to the inclusion of topics such as racism and health of black population in these processes. Health professionals deal directly with the population and need to recognize which are the main social determinants of health-disease, and racism is one of them, having impact on life conditions of the population, in the way they born, fall ill, and die. The theoretical and methodological background of this study is dialectical and historical materialism, the methodology of the research is a semi-structured interview, documentary analysis, and observation from a qualitative perspective.

Keywords: Health of Black Population. Race. Class. Gender.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área Programática
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EPS	Educação permanente em Saúde
ENJUNE	Encontro Nacional de Juventude Negra
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto de Geografia e Estatística
IDH	Índice de desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
LOAS	Lei Orgânica da Saúde
LGBTT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgênero
MT	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PMDB	Partido Brasileiro Democrático
PT	Partido dos Trabalhadores
PNA	Pesquisa Nacional de Aborto
PAISM	Programa de Assistência Integral á Saúde da Mulher
PNDH	Plano de Direitos Humanos
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNTN	Programa Nacional de Triagem Neonatal
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RENAFRO	Rede Nacional de Religiões Afrobrasileiras
SEPIR	Secretaria de Promoção de Políticas de Igualdade Racial
SIM	Sistema de Informação sobre a Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre os Nascidos Vivos
SINAM	Sistema Nacional de Atendimento Médico

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	11
2 RAÇA, RACISMO, CLASSE E GÊNERO: ESTRUTURAS DE DOMINAÇÃO.....	15
2.1 Gênero informa classe, logo, classe informa raça.....	15
2.2 A raça como uma categoria político-social.....	17
2.3 O racismo como um constructo social	22
2.4 Racismo institucional.....	26
3 SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: SINERGIA COM A NATUREZA.....	34
3.1 A Saúde da Mulher Negra e os processos de eliminação.....	38
4 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA.....	43
4.1 Movimentos Sociais Negros: uma luta histórica.....	44
4.2 A PNSIPN: objetivo, diretrizes e marca.....	52
4.3 Entraves na implementação da PNSIPN.....	57
4.4 A implementação da PNSIPN: um estudo de caso.....	64
4.5 Percurso metodológico e o campo de pesquisa.....	64
4.6 Resultados.....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
ANEXO.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente estudo é resultado do projeto de pesquisa de Mestrado em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica Joaquim Venâncio, cujo objetivo foi analisar de que forma a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra vem sendo implementada na prática dos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde localizada no território de Manguinhos.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), criada em 2006, é entendida como um instrumento pró Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por objetivo promover a saúde integral da população negra, priorizando o combate ao racismo por meio da redução das desigualdades étnico-raciais e da discriminação racial nas instituições e serviços do SUS. Trata-se de uma mediação sociopolítica resultante de um processo de luta sociorracial, em curso, onde categorias raciais, de classe e gênero formam a estrutura sistêmica que produz e reproduz desigualdades em todas as esferas da vida, sobretudo no campo aqui interessado, o da saúde.

A saúde da população negra aqui é compreendida como a busca por de um equilíbrio dinâmico com a vida e seus elementos. Nesta perspectiva, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que é um dos caminhos apontados pelos Movimentos Negros, representa uma ferramenta de intervenção com vistas a reduzir os impactos do racismo e as iniquidades em saúde da população negra. Tais impactos nos levam a pensar sobre a escolha do título da presente dissertação - *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: um “equilíbrio” coletivo?* Para as religiões de matriz africana o axé é a força propulsora de vida que se faz presente nos seres humanos e em todos os elementos da natureza. O axé como força vital pode aumentar ou reduzir, causando equilíbrio ou desequilíbrio em uma pessoa. Por “equilíbrio” entende-se a harmonia (de axé) individual e sinergia coletiva (entre elementos da natureza) em todos os ciclos de vida. Uma forma de atingi-lo é estabelecer modos saudáveis de vida, que tem relação direta com os determinantes sociais de saúde-doença, onde se inclui o racismo. Deste modo, se faz necessária a desconstrução do racismo, que pode ser realizada através da instauração de um conjunto de políticas que restaure as condições de vida da população negra, historicamente inferiorizada, o que possibilita atingir concretamente o equilíbrio coletivo.

A implantação da Política vai ao encontro do SUS, está inserida na dinâmica de estratégias de gestão solidária e participativa incluindo abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação

permanente, entre outros. Desta forma esta pesquisa buscou compreender elementos que expressem a efetivação da referida Política e suas implicações em termos qualitativos nos serviços e atendimentos da Unidade Básica de Saúde em prol da promoção da saúde.

O levantamento que fizemos ao longo da pesquisa aponta o racismo, a classe e o gênero enquanto fatores estruturantes e socialmente determinantes das condições de vida das populações, produzindo e reproduzindo desigualdades, que são demonstradas por meio de estudos e dados epidemiológicos. De acordo com a Secretaria Nacional de Promoção de Igualdade Racial (SEPPIR, 2011) a população negra equivale a 70% dos usuários do SUS e apresenta os piores índices em saúde. Estes dados registram a racialização da pobreza e as iniquidades em saúde-doença,

As pesquisas apontam a persistência do racismo por meio das instâncias do Sistema de Saúde, seja no acesso desigual, no tratamento e diagnóstico diferenciado, na negação de informações, nos óbitos precoces, especialmente de jovens negros, nos altos índices de morbimortalidade materno-infantil por razões evitáveis. Mesmo após a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, considerada um avanço político na luta pelo combate ao racismo, o fenômeno persiste no Sistema Único de Saúde. Sabe-se que a problemática do racismo não será resolvida por meio da política, no entanto, ela representa uma mediação importante para reduzir as iniquidades e as negligências em saúde da população negra.

A partir de um estudo acerca das dificuldades da implantação da referida Política, Monteiro (2010) sinaliza que uma das barreiras é a inclusão da temática étnico-racial na educação permanente em saúde. A referida autora conclui que apesar da Educação Permanente em Saúde representar uma real possibilidade de mudança nas práticas em saúde há uma desconsideração das relações raciais enquanto elemento fundante das interações sociais.

Nesta direção, os escritos, debates e pesquisas acerca da população negra especialmente nos campos da saúde e da educação vêm crescendo. Diante dos processos de desmonte nessas áreas impulsionados pelo neoliberalismo nas últimas décadas e as atuais reformas, são cabíveis estudos voltados para as populações historicamente estigmatizadas que, por suas condições, sofrerão ainda mais os impactos nocivos destas políticas de austeridade.

Esta investigação adquire relevância devido à contribuição que pode oferecer no âmbito acadêmico, devido a temática racial ainda ser um tabu frente à comunidade científica brasileira, que se configura enquanto um não lugar de negras e negros, principalmente quando se trata de escrevivência (negro é um agente da sua vivência e da sua escrita e não objeto). No debate político, pode colaborar com a reflexão acerca das estratégias de desconstrução do racismo

rumo à reorganização de uma sociedade antirracista. Além disso, pode contribuir para o aprofundamento dos estudos sobre Políticas Públicas, no sentido de debater a pertinência de um recorte racial na formulação e implementação de políticas neste setor, o que ainda acontece de maneira superficial neste contexto.

A pertinência de estudar esta temática vai ao encontro de um compromisso ético-político, social e profissional. A motivação surge da minha experiência enquanto uma mulher negra ativista do Movimento Social Negro, vivenciadora das Tradições de Matriz Africana, intelectual, usuária do sistema público de saúde, oriunda de uma família negra e pobre que tivera o direito de estudar negado. Entre quatro irmãos, sou a única a cursar o ensino superior e a primeira da minha geração, na família extensa, a cursar pós-graduação. Escolhi o curso de Serviço Social por acreditar que o processo de formação e militância estariam interconectados. Não estavam. Não na instituição em que me formei, mas eu os tornei. Sofri múltiplas práticas de racismo e diversas retaliações, no entanto, fui fortalecida pelo caminhar da comunidade negra com seus movimentos. Como resposta, produzi todos os trabalhos acadêmicos, sob a ótica de uma mulher negra, correlacionando o tema racial às disciplinas.

A categoria profissional à qual eu pertencço tem por objeto de sua ação a questão social, que é entendida como o conjunto das expressões das desigualdades sociais. Tais expressões podem incidir no trabalho, na habitação, na assistência, na família, nas interações raciais, de forma diversificada. Desta forma, a intervenção profissional está direcionada para a superação das injustiças sociais e a garantia de direitos. Portanto, pensar, articular, debater e escrever sobre a população negra em conjunto com as ações desenvolvidas fora da academia trouxe para a minha trajetória muitas reflexões, sobretudo, a possibilidade de uma nova ferramenta de luta.

É esta luta que me move na direção de novos saberes e desafios, talvez, não saberia discorrer sobre outro assunto, aqui, navego por mim em um transcurso de redescobertas de um vir a ser negra. Um círculo de (re)existência que se retroalimenta. Sinto isso como parte de uma missão sequente de vozes múltiplas de luta, herdada dos meus ancestrais.

A coerência de realizar este projeto na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio vai ao encontro do projeto político pedagógico da escola que está embasado na formação de sujeitos críticos com vistas à emancipação humana. Embora apresente diversas contradições, em meio ao sistema repleto destas, é um espaço transponível de diálogo, uma instituição que disputa outra proposta social concebendo a educação como objeto de práticas transformadoras.

O desenvolvimento desta dissertação está dividido em três seções. Em *Raça, racismo, classe e gênero: estruturas de dominação*, serão aprofundadas concepções de algumas categorias teóricas essenciais para esta pesquisa. Tais categorias são responsáveis pela

estruturação das relações sociais, são elas: raça, gênero e classe. O objetivo é compreendermos como a intersecção destes elementos determina e condiciona as desigualdades sociorraciais e suas implicações sistêmicas no cotidiano das interações de saúde.

Em *Saúde da população negra: sinergia com a natureza*, apresentaremos a conceituação de saúde segundo o pensamento das mulheres negras e suas próprias narrativas sobre cuidado e promoção de saúde. Abordamos alguns aspectos relevantes sobre a saúde da população negra e elementos que apontam para o processo de eliminação de vidas negras no campo da saúde, por meio de dados e análises que comprovam iniquidades no processo saúde – doença.

Na seção *A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*, apontaremos a luta histórica dos Movimentos Sociais Negros no debate e construção pela democratização da saúde. Apresentaremos a análise documental referente à Política, abordando aspectos como: o seu processo de construção, caracterização, contextualização política-econômica e social, e a historização da mesma. A definição dos Princípios, da Marca, das Diretrizes Gerais e dos Objetivos (Geral e Específico), bem como as estratégias estabelecidas para a sua implantação por meio das instâncias do SUS, são fundamentais neste estudo. Elencamos alguns estudos que tratam dos entraves desta implementação e apresentaremos o percurso metodológico e a contextualização do campo de estudo, o resultado e as análises da pesquisa de campo.

Por fim, as reflexões finais contemplarão os desafios e possibilidades reais e concretas da implementação da Política nos serviços ofertados pela Unidade Básica de Saúde, em meio as contradições impostas pelo sistema capitalistas. A dimensão dialética da referida Política, que representa o conjunto de lutas históricas dos Movimentos Sociais Negros, é compreendida como uma ferramenta de mediação no processo de disputas de um novo projeto social e racial. Ao mesmo tempo, representa a condensação material da correlação de forças e a manutenção de hegemonia burguesa e suas frações.

2 RAÇA, RACISMO, CLASSE E GÊNERO: ESTRUTURAS DE DOMINAÇÃO

As estruturas epistemológicas de dominações e opressões estão centradas em pelo menos três categorias principais, a saber: raça, classe e gênero. Fundamentadas historicamente em relações de poder, expressando-se nas interações sociais a cada tempo e lugar, estas categorias são centrais no presente estudo.

Raça, classe e gênero são considerados categorias determinantes de todo um processo histórico, político, econômico, cultural e social de dominações sistemáticas que produz e reproduz inerentes desigualdades sociorraciais. Suscita efeitos materiais que prejudicam o nascimento, o modo de vida, o processo de adoecimento e a morte das populações negras factualmente discriminadas, especialmente as mulheres negras.

Deste modo, a proposta, neste primeiro momento, é conceituar e analisar as categorias centrais da pesquisa, bem como compreender de que maneira a intersecção entre elas opera concretamente na vida da população negra, sobretudo, das mulheres negras, principalmente no campo da saúde, aqui interessado.

2.1 Gênero informa classe, logo, classe informa raça

Partimos de uma realidade social concreta e historicamente determinada, em que a intersecção entre as três categorias centrais, mencionadas anteriormente, estruturam sistematicamente as relações de dominação e exploração perpetuadas na sociedade brasileira. Raça, classe e gênero representam as interações estruturantes de um repertório de opressões vivenciadas compulsoriamente pelas populações não-brancas, em especial as populações negras, sobretudo, as mulheres negras em todas e quaisquer interações sociais – tendo-se em vista sua situação, mediante a divisão sociorracial e de gênero no trabalho.

As mulheres negras advêm de uma experiência histórica em que foram escravizadas, inferiorizadas e desumanizadas - assim como os homens negros. Nessa conformidade, elas representam o contingente de mulheres que durante séculos foram escravizadas nas plantações de algodão, tabaco, milho e cana-de-açúcar. Nas casas grandes realizavam todo serviço doméstico e, como escravas de ganho, ainda “ganharam” as ruas como vendedoras, quituteiras, prostitutas etc. Ainda no século XXI, de maneira predominante, elas estão sub-representadas na base da pirâmide sociorracial, ocupando as funções mais subalternizadas e recebendo salários mais baixos do que os homens negros e as mulheres brancas, sendo que os homens brancos possuem, praticamente, todos os meios de produção, compondo assim o topo dessa pirâmide.

A opressão da mulher negra durante o período da escravização, em relação ao trabalho, à sua capacidade de produtividade e sua resistência física, era idêntica a de seus pares: o homem negro era submetido, também aos violentos açoitamentos e mutilações. Entretanto, as mulheres negras eram ainda exploradas por sua condição feminina, que se fazia com punições, repressões e violências sexuais ordenadas, exercidas e permitidas pelos seus proprietários. “O estupro, na

verdade, era uma expressão ostensiva do domínio econômico do proprietário e do controle do feitor sobre as mulheres negras na condição de trabalhadoras” (DAVIS, 2016, p. 20). A autora afirma que, em um dado momento da expansão industrial do algodão, quando o tráfico internacional de escravizados já havia sido proibido, elas (mulheres negras), foram utilizadas como reprodutoras naturais no intuito de aumentar e procriar a mão de obra escravizada, garantindo assim a dominação e o lucro dos seus senhores (DAVIS, 2016).

A partir desta realidade dotada de materialidade e historicidade é que Davis, ainda que marxista, nos elucida sobre a não primazia da classe sobre outras formas de submissão:

As organizações de esquerda têm argumentado dentro de uma visão ortodoxa que a classe é a coisa mais importante. Claro que classe é importante. É preciso compreender que classe informa a raça. Mas raça, também, informa a classe. E gênero informa a classe. Raça é a maneira como a classe é vivida. Da mesma forma que gênero é a maneira como a raça é vivida. A gente precisa refletir bastante para perceber as intersecções entre raça, classe e gênero, de forma a perceber que entre essas categorias existem relações que são mútuas e outras que são cruzadas. Ninguém pode assumir a primazia de uma categoria sobre as outras (DAVIS, 2011)¹.

Tendo em vista o alcance e entendimento dessa realidade reportamo-nos ao materialismo histórico dialético tradicionalmente direcionado ao pensamento de esquerda. A perspectiva de raça e gênero aqui é estrutural, tanto quanto a classe, ou seja, elementos fundamentais para compreender a produção e reprodução de uma sociedade racista, classista e sexista.

Desta forma, torna-se relevante conceber a concretude das relações interseccionadas² e alicerçadas nessas estruturas hegemônicas, em suas dimensões objetivas e subjetivas - sobretudo no campo da saúde. Para tanto, iniciemos com a interpretação das categorias raça e racismo.

2.2 A raça como uma categoria político-social

Para refletir as relações sociais cotidianas, a categoria raça é primordial, não no sentido biológico, pois no que tange a espécie humana “as raças inexistem” (DIOP, 1983; PRAXEDES, 2005; MUNANGA, 2010), mas o conceito de raça será aqui utilizado enquanto uma categoria

¹ Artigo publicado no portal Geledés – Instituto da Mulher Negra. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/as-mulheres-negras-na-construcao-de-uma-nova-utopia-angela-davis/>

² O conceito de interseccionalidade foi criado para denominar a interação (não acumulação) de opressões entre raça e gênero na década de 90, por Kimberle Creenshaw - advogada e professora estadunidense, cujo trabalho esteve sempre voltado aos direitos de sujeitos marcados pela raça e pelo gênero.

sociológica. Segundo o professor Kabengele Munanga, raça "tem seu campo semântico e uma dimensão temporal e espacial" (MUNANGA, 2005, p. 17), assim, há uma etimologia da palavra que é acompanhada da evolução conceitual através dos tempos.

Durante os séculos XVIII e XIX, diversos conceitos de raça foram criados na tentativa de sustentar a afirmação de uma raça dominante. A teoria monogenista, por exemplo, defendia que a raça humana tinha uma única origem apresentando graus distintos de evolução. Nesse contexto, em que se tinha como ideal de civilização a Europa, os grupos sociais foram separados pela cor da pele, sendo a raça branca considerada superior e as "outras" ainda em estágio de evolução, portanto, consideradas inferiores - o que deu origem ao surgimento das três grandes raças: amarela, negra e branca (MUNANGA, 2005). A partir de então, houve uma hierarquia entre as raças em escalas de superioridade e inferioridade, por meio do racismo científico. Uma relação intrínseca entre o corpo, traços físicos, a cor da pele e as qualidades intelectuais, morais, culturais e estéticas foram estabelecidas. A pigmentação foi o critério principal para demarcar tal definição na escala hierárquica (MUNANGA, 2010).

A teoria poligenista defendia a existência de múltiplas origens da humanidade, por isso, havia grupos biologicamente diferentes e conseqüentemente com níveis diferentes de evolução. Com o decorrer dos séculos as ciências biológicas incluíram novos parâmetros físicos (crânio, nariz, lábios), químicos (frequência de grupos sanguíneos e doenças hereditárias e suas incidências) e genéticos, que foram acrescentados nos estudos de aperfeiçoamento e classificação das raças, com vista de explicar a diversidade humana. Por fim, conclui-se que a noção de raça não possui base científica, pois indivíduos pertencentes ao mesmo grupo racial podem apresentar características genéticas diferentes. De acordo com Munanga:

O conceito de raça tal como o empregamos hoje, nada tem de biológico. É um conceito carregado de ideologia, pois como todas as ideologias, ele esconde uma coisa não proclamada: a relação de poder e de dominação. A raça, sempre apresentada como categoria biológica, isto é natural, é de fato uma categoria etnosemântica. De outro modo, o campo semântico do conceito de raça é determinado pela estrutura global da sociedade e pelas relações de poder que a governam. Os conceitos de negro, branco e mestiço não significam a mesma coisa nos Estados Unidos, no Brasil, na África do Sul, na Inglaterra, etc. Por isso que o conteúdo dessas palavras é etno-semântico, político-ideológico e não biológico. Se na cabeça de um geneticista contemporâneo ou de um biólogo molecular a raça não existe, no imaginário e na representação coletivos de diversas populações contemporâneas existem ainda raças fictícias e outras construídas a partir das diferenças fenotípicas como a cor da pele e outros critérios morfológicos. É a partir dessas raças fictícias ou "raças sociais" que se reproduzem e se mantêm os racismos populares (MUNANGA, 2004, p. 6).

Enquanto elemento central de um processo de estruturação que estabelece relações de poder entre dominantes brancos e dominados negros, a raça fora construída por um viés

eurocêntrico e hegemônico. Isso permitiu a naturalização e a universalização da superioridade branca como se fosse uma verdade mundial incontestável, logo, ser branco tornou-se sinônimo de humanidade, de civilização. Para os europeus, os brancos não possuem raça, os demais grupos são quem a possui (negros, nativos, ciganos, judeus, orientais, etc.), mesmo que tais grupos sejam representados racialmente de maneira diferentes em países espalhados pelo globo.

Dessa forma, foi disseminada a crença de que a categoria raça diz respeito ao “outro” - aos negros - não ao “ser humano branco”, sob uma perspectiva que ignora que a condição (da raça) exista somente em relação a algo, assim sendo, só existe negros por que existem brancos e assim por diante. Portanto, raça é uma categoria relacional na qual “o maior privilégio do branco é não se perceber como grupo racializado, é se perceber como um indivíduo”, conforme SCHUCMAN (2015)³ menciona sobre a sua pesquisa, em uma entrevista à TV Folha, em que buscou entender o papel do branco e sua branquitude em uma sociedade racializada, que o beneficia do racismo brasileiro.

Esse ponto de vista acerca da raça enquanto uma categoria relacional evoca nossa atenção, podendo ser utilizado como pressuposto, de forma geral, para pensarmos também as relações de classe e gênero. O sexismo sustenta-se na reprodução das formas sociais existentes (relação desigual) elegendo uma identidade de gênero normativa superior, representado pelo homem heterossexual, e as outras identidades que incluem as mulheres, lésbicas, gays, transexuais, travestis, entre outros, seriam inferiores. As relações de classe são estabelecidas pela exploração e dominação da burguesia sob a classe trabalhadora que é inferiorizada (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2017⁴). Percebe-se a similitude dessas estruturas ideológicas dadas a sua dimensão relacional de poder: todas as formas de opressões e dominações existentes só são possíveis por dentro das interações sociais.

Ademais, retomando a categoria raça, a identidade branca implica à branquitude um espaço de poder e dominação que garantem privilégios no interior de sociedades pautadas pela raça e conseqüentemente pelo racismo (SCHUCMAN, 2014). A universalidade é representada pela humanidade civilizatória do branco, expressão concreta do seu poder hegemônico operando a variável raça, de modo a reproduzir seus privilégios por meio de um sistema racista

³ Entrevista com a Dra. Lia Vainer Schucman na TV Folha em 2015. Schucman (2015) é psicóloga e pesquisadora, é autora da tese e do livro: "Entre o Encardido, o Branco e o Branquíssimo: Branquitude, Hierarquia e Poder na Cidade de São Paulo".

⁴ O Conselho Federal de Psicologia apresenta o documento elaborado no âmbito de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Trata-se de uma resposta para as demandas do movimento negro: “a produção de teorias que contribuam com a superação do racismo, do preconceito e das diferentes formas de discriminação”.

em detrimento das demais populações, especialmente, as populações negras, parcela populacional focal desse estudo.

A branquitude e o branqueamento dialogam e estão fundamentados em divisões e hierarquias raciais que apresentam caráter dual, determinando conflitos sociais. Os privilégios são assegurados aos brancos por meio da branquitude, de maneira “natural”, ainda que eles desconheçam ou neguem essa condição, e o simples fato de pertencer ao grupo racial branco já indica tal prerrogativa. Ao mesmo tempo em que essas ideologias geram múltiplas desigualdades entre a população negra, o branqueamento abala suas subjetividades, fragmentando suas identidades raciais coletivas e individuais.

A política do branqueamento⁵ (NASCIMENTO, 2016) criada pela elite brasileira, cuja finalidade era branquear a nação, tivera início durante a constituição do Brasil República (1880-1920) e consistia na redução da presença negra no país, tornando-o mais branco. Estimulados por essa doutrina, os dominantes incentivaram políticas de imigração europeia impulsionando a vinda de brancos italianos e alemães para o país para assumir a mão de obra fabril e cafeeira nos postos de trabalho mais apreciados. Em 1850, Lei nº 601⁶, concede terras públicas e outorga títulos de propriedades para estrangeiros, favorecendo os imigrantes. Quanto aos negros libertos, nenhuma política reparatória foi instituída (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2017) restando a esses a margem, o periférico, as atividades degradantes.

O processo de branqueamento induziu e induz a mistura dos povos para obter uma população mais “clara” possível, o que deu origem ao tipo físico denominado “pardo” (de pele clara não ao ponto de ser branco, mas também distante do negro). A projeção era que cada vez mais a miscigenação embranquecesse a sociedade, para tanto, foi necessário fazer com que os negros acreditassem que poderiam destruir a sua “natureza inferior” desde que se aproximasse ao máximo do fenótipo e do comportamento do seu superior, do branco. Assim, o negro passou a negar sua identidade racial e tentou romper com a imagem simbólica que o próprio europeu construiu “do outro” (do negro). O mesmo queria deixar de ser o animal movido por extintos, o sujo, o feio, o bestial, marcados por uma sensualidade e virilidade inata das mulheres e homens negros, cuja sua habilidade natural está ligada unicamente aos corpos e os ritmos (não ao intelecto, a razão, a humanidade). Os negros buscavam o reconhecimento da sua humanidade

⁵ As políticas de branqueamento apontadas por Nascimento (2016) pretendiam aniquilar a população negra do Brasil, com a justificativa de estarem livrando o país da contaminação com o “sangue negro”. A negritude aqui é encarada como uma patologia que deve ser erradicada a qualquer custo.

⁶ BRASIL. Lei nº 601 de 18 de setembro de 1850. Dispõe sobre as terras devolutas no Império, e acerca das que são possuídas por título de sesmaria sem preenchimento das condições legais.

que perpassava pelo ideal da brancura, de adentrar no mundo branco, comportar-se como tal, tornar-se branco (FANON, 2008).

Essa ideologia operou/opera no imaginário social da população negra de modo a internalizar uma inferioridade, culminando no afastamento do grupo racial ao qual pertence, negando a sua cultura, a sua ancestralidade, agindo, pensando e se colocando no mundo como os brancos. O foco foi embranquecer a raça, seja por intervenções corporais, na tentativa de atingir determinados padrões estéticos ou apostando nas relações inter-raciais com objetivo de “clarear a família”, incorporando totalmente a cultura hegemônica.

Nessa direção, a cultura hegemônica enaltece a branquitude e o branqueamento, o ser branco se afirma subjetivamente, mesmo que inconscientemente, devido à falsa premissa calcada na sua “autêntica superioridade” e, mesmo que ele seja pobre, estabelece uma relação de sobreposição às pessoas negras. Por mais que ele não o deseje, será bem visto e alvo de melhores oportunidades, pois pertence ao grupo racial dominante e essa condição é assegurada pela estrutura racial.

Os impactos desse processo são nocivos para a população negra, que precisa lidar com toda complexidade de um sistema, que para manter-se perpetua a subalternidade dos dominados. Negras e negros não conseguem atingir o suposto ideal civilizado que, entre outros aspectos, inclui: beleza, intelectualidade, visibilidade, mobilidade e ascensão social - experiências subjetivas que tornam-se traumáticas gerando sentimentos de culpa, ansiedade, vergonha, solidão etc. Em inúmeros casos acarreta na autonegação e autodestruição material e simbólica, enquanto indivíduo negro pertencente ao determinado grupo racial (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2017). Novamente destacamos aqui a dimensão estrutural e relacional da categoria raça e seus efeitos reais no processo de formação dos sujeitos.

As pesquisas na área de ciências sociais e humanas com adoção da categoria cor/raça tornaram-se mais frequentes a partir da década de 1950, após a Escola Sociológica da Universidade de São Paulo ter constatado, em estudos, que as relações de classe e raça são pilares da sociedade brasileira (IANNI, 2004). Em meados da década de 70, no Brasil, a categoria raça, como atributo social elaborado, passou a ser tratada como um “esquema classificatório e um princípio de seleção racial que está na base da persistência e reprodução de desigualdades sociais e econômicas entre brasileiros brancos e não brancos” (SILVA, 1992, p.11).

Desde o início do século XXI, o termo raça - sua simbologia e uso - vem sendo debatido pelos Movimentos Sociais Negros, intelectuais orgânicos e acadêmicos, pela sua origem em teorias eurocêntricas racistas que sustentaram a inferioridade e a desumanidade dos povos não-

brancos, legitimando a escravização nativa e africana no Brasil. No entanto, a raça ainda se faz presente nos textos cotidianos e no imaginário social das populações, representando ainda peso político-ideológico. De acordo com Praxedes o termo permanece em uso, devido a sua associação com comportamentos sociais:

[...] embora biologicamente não existam raças humanas, os preconceitos que temos incorporados continuam-nos a julgar e avaliar pelas capacidades dos indivíduos e coletividades de acordo com a raça biológica na qual os classificamos. Na prática, sempre que associamos um comportamento social a uma característica biológica de um indivíduo ou grupos estamos raciocinando de forma racista. Em outras palavras, mesmo desmentidos pelas ciências os preconceitos raciais permanecem vivos nas mentes de muitos indivíduos e coletividades (PRAXEDES, 2005, p.10).

Assim, em concordância com Stuart Hall (2003, p. 69 apud PEREIRA, 2013, p. 52) “raça é uma construção política e social. É uma categoria discursiva em torno da qual se organiza um sistema de poder socioeconômico, de exploração e exclusão - ou seja, o racismo.”

Dessa forma, construídas sistematicamente, as desigualdades e as exclusões sociorraciais ao longo da história estiveram alicerçadas nas divisões raciais de classe e gêneros, provocando e organizando a movimentação em torno das lutas da classe trabalhadora (majoritariamente negra). Nesse processo de disputas, entre dirigentes e dominados, a classe trabalhadora negra trouxe para si o termo raça assumindo outro caráter discursivo. Desde então, raça, passou a produzir um novo efeito de sentido, o que Gramsci (2011) chamaria de contra-hegemônico, pois, a hegemonia não é absoluta e está sujeita a pressões e tensões contrárias as suas (Gramsci, 1968 apud MELLO, 1997). O lugar social foi/é demarcado pelas posições discursivas ideológicas em meio aos conflitos diversos e também constantes. O que permite elaborar significados distintos, já que o sentido da palavra não pertence a ela, mas sim a cada discurso ideológico (PECHÊUX, 1988 apud FLORENCIO, 2009). Em outras palavras, todo o discurso é ideológico e demarca a posição social dos sujeitos ou coletivos perante a luta de classe.

Nessa direção, a raça fora ressignificada no interior das interações sociais que envolvem poder e suas divergentes posições ideológicas (MUNANGA, 2004). O referido termo é utilizado enquanto uma categoria epistemológica que abre perspectiva para uma análise crítica a respeito das permanentes desigualdades econômicas, sociais e raciais derivadas de estruturas e práticas excludentes. “Quando a gente fala de raça, não é para legitimar esse discurso, mas para apontar a existência do racismo e mostrar a necessidade do seu enfrentamento” (WERNECK, 2014, p. 23). Além do mais, destaca a variável enquanto uma ferramenta indispensável para as pesquisas e debates das ciências sociais e políticas:

O argumento de que cientificamente não existem raças é frágil porque, na verdade, biologicamente não existem raças. Mas do ponto de vista das ciências sociais e políticas, elas existem sim. Então cientificamente existem raças, ainda que não sejam amparadas na biologia e na genética. (WERNECK, 2014, p. 23).

Na era moderna, para grande parte das organizações negras, movimentos populares e intelectuais, a raça simboliza um dispositivo de luta contra o racismo. O seu uso se faz necessário pela constância da ideologia racista na estrutura das relações, determinando lugares e classificações sociais “alguém só pode ter cor e ser classificado se existir uma ideologia em que a cor das pessoas tenha algum significado. As pessoas têm cor apenas no interior de ideologias raciais” (GUIMARÃES, 1999, p. 44). Vejamos agora o conceito de racismo e em quais dimensões ele se expressa.

2.3 O racismo como um constructo social

A palavra racismo deriva da palavra raça, e elas estão interligadas não somente pela estrutura da língua, mas, também, pela produção de seus respectivos sentidos e efeitos sociais. Portanto, as tensões entre diferentes perspectivas sobre práticas sociais que partem de um princípio de seleção racial - que distribui desigualdades e privilégios sociais, culturais, econômicos e outros, dentre as populações nativas, negras e brancas - apontam que o racismo é complexo e nos exige um olhar atento.

Dissemelhante da maioria dos pressupostos epistemológicos sobre o racismo, as teorias de Carlos Moore afirmam que o racismo apresenta uma profundidade histórica, que antecede a hegemonia ocidental e não surge, portanto, das noções de raças desenvolvidas durante os séculos XVIII e XIX, nem mesmo do processo de escravização africana (MOORE, 2007). O mesmo autor defende a tese de que “o racismo é uma construção social e não ideológica, é determinado pela história e não pela ideologia” (MOORE, 2007, p. 21). Para ele, o ponto que demarca o racismo são as diferenças fenotípicas (tonalidade da pele, textura do cabelo etc.) e comportamentais. Além disso, a população fenotipicamente racializada dominante vive de forma superior, possuindo/mantendo privilégios.

Sobre o fenótipo representar o aspecto que serve como ponto de partida para as discriminações raciais, o pensamento de Moore (2007) faz concordância com o pensamento de Schucman (2014). Ambos referem ser o sistema de branquitude um lugar de poder exclusivo dos brancos, que admite privilégios somente entre os seus pares, incluindo o branco pobre.

Entende-se que esse critério seletivo racial é baseado na cor da pele, ou seja, no fenótipo que demarca quem terá privilégios e/ou desigualdades em uma sociedade racista.

No presente estudo, o racismo é compreendido como um fenômeno ideológico que atribui significado social negativo a grupos com características fenotípicas diferentes do grupo racial dominante (branco), justificando o tratamento desigual aos demais (negros, nativos, ciganos). Trata-se de uma programação hegemônica social em que todos estão submetidos, reproduzindo-o de forma consciente ou inconsciente (LOPES, 2004, p. 54). Ele próprio constitui socialmente a estrutura das relações dos sujeitos e coletividades. No dizer de Almeida⁷ “a noção de racismo estrutural constitui as relações no seu padrão de normalidade” (ALMEIDA, 2016,). Nessa perspectiva, a forma de compreensão das relações e formação dos sujeitos e coletividades é estruturada pelo racismo enquanto modo de funcionamento normal do dia a dia. Essa noção de racismo estrutural, segundo o autor, engloba três dimensões: econômica, política e subjetiva.

Referente ao aspecto econômico, a exemplo da carga tributária brasileira, os empresários mais ricos são os que mais reclamam, mesmo sendo os que menos pagam e menos dependem dos serviços públicos. Não obstante, as mulheres negras são o grupo social mais afetado pela contribuição tributária. Para Almeida (2016) o funcionamento do sistema tributário, em sua normalidade, é capaz de reproduzir as condições de desigualdades que colocam as mulheres negras na base da pirâmide social. Em uma escala hierárquica as mulheres negras recebem menores salários, enquanto os mais altos são dos homens brancos, seguidos pelas mulheres brancas, abaixo delas os homens negros e por último as mulheres negras (ALMEIDA, 2016). Considerando-se que a tributação é definida para incidir sobre consumo e salário, as pessoas que ganham menos são aquelas que vão pagar proporcionalmente mais, ou seja, as mulheres negras.

É de suma importância observar que a intersecção entre raça, classe e gênero incide sob a existência de mulheres negras e seus modos de vida, aprofundando suas múltiplas vulnerabilidades, que recaem sobre a maior probabilidade de sofrerem violações e violências.

De acordo com Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) no ano de 2013 o Brasil era constituído por 59.4 milhões de mulheres negras, o que equivale a 51.8% da população feminina e 27.7% da população brasileira. As mulheres negras retratam, por conseguinte, o grupo relevante em situação de pobreza, representando a maioria: 63.4% das empregadas domésticas (negras) recebem 86% dos rendimentos das mulheres brancas com a

⁷ Silvio Almeida é filósofo do direito e presidente do Instituto do Luiz Gama Silvio Almeida (SP). Organizou o dossiê “Marxismo e a questão racial” (2016).

mesma função e aquelas ainda representam 26,5% do contingente do setor de trabalho informal que permanece desprovido dos direitos trabalhistas. Dentre as famílias lideradas por mulheres negras somam-se 53.6%, que residem em ambientes insalubres (com menos acesso a água encanada, coleta de lixo, saneamento etc.), o que potencializa a exposição às causas patogênicas ambientais e sociais, como tensões e violências diversas (PINHEIRO, 2008).

Nesta linha, o *Dossiê A situação dos direitos humanos das Mulheres Negras do Brasil: violências e violações* (WERNECK & IRACI, 2015) aponta que 56.000 pessoas foram assassinadas em 2012, destas, 77% eram negras e 30.000 são jovens (homens) na faixa de idade mais produtiva, entre 15-29 anos, configurando um genocídio de jovens negros. No período de 2002-2013 o feminicídio negro aumentou 54.2%, concomitante a isso, os assassinatos de mulheres brancas reduziram 9.3%. O levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) de 2014 afirma que o Brasil permanece o quarto país, em nível internacional, com a maior população carcerária, totalizando 622.2002 presos, destes 61.6,% são negros (CARTA CAPITAL, 2016).⁸

Nesse contexto, mesmo as pessoas que são contrárias a esses tipos de violências, na grande maioria das vezes, não se motivam em prol de políticas efetivas para enfrentar tal situação. Isso implica dizer que, esses tipos de violências (os assassinatos, encarceramento em massa, etc.) contra as populações negras no Brasil são permitidas e não causam nenhum espécie de comoção social, sendo automaticamente naturalizadas.

A sociedade brasileira naturaliza também a ausência de pessoas negras em certos espaços, como, por exemplo, no Supremo Tribunal Federal, no Congresso Nacional, nas Universidades, dentre outros espaços de decisão e poder. Tais espaços são compostos por pessoas brancas, quase que na sua totalidade, sem causar espanto algum. Não existem informações oficiais sistematizadas com relação aos organismos públicos sobre a presença feminina negra. Dados extraoficiais informam que em 2014, somando 32 ministérios, havia apenas uma mulher negra na liderança do Poder Executivo. Entre os 11 ministros do Supremo Tribunal Federal duas são mulheres brancas, o que mostra a ausência de negras e negros.

A partir das eleições de 2014 o Congresso Nacional passou a coletar dados sobre raça/cor de todos os candidatos, no entanto, é nula a difusão oficial referente ao gênero feminino. De acordo com as investigações de organizações da sociedade civil, em 2015 foram eleitas 45 pessoas negras dos 567 candidatos, e as mulheres negras estão representadas em apenas 1%, o que equivale a 6 parlamentares (WERNECK & IRACI, 2015). A naturalização

⁸ Notícia disponível em: <<http://justificando.cartacapital.com.br/2016/04/26/populacao-carceraria-brasileira-cresceu-270-nos-ultimos-catorze-anos/>>.

desses fenômenos ocorre na trama diária das interações sociorraciais, em rumos opostos: para os negros significa um não lugar e para os brancos espaços quase que delimitados, criados e ocupados por e para eles.

Logo, desde cedo, os mecanismos hegemônicos, como as escolas, os meios de comunicação, as igrejas, os livros e outros, introduzem suas ideias classistas, machistas, homofóbicas, racistas etc. no imaginário das crianças que apreendem⁹ de maneira prática. Ao ver em suas casas, e em outros espaços de convivência social, pessoas majoritariamente negras trabalhando sempre nos mesmos cargos - exercendo serviços domésticos, como faxineiras, babás, cozinheiras, porteiros, jardineiros e lixeiros - passam a assimilar que tais funções são específicas desse grupo. Admite-se socialmente a naturalização da subalternidade negra, dadas a sua “inferioridade e a sua incapacidade”, inventadas pela classe dominante, assim, transmite-se o mito de que “negros são serviçais, serviçais são negros” (DAVIS, 2016, p. 101).

Assim como os dominantes estipularam cargos subordinados para os negros, definiram funções dirigentes para serem exercidas por eles próprios. Os brancos, por terem se auto-intitulados superiores, ocupam os cargos de mais alto escalão, exercendo poder e decisões sobre os demais, além disso, encarregam-se das profissões de maior prestígio social - tais como: cientistas, astrônomos, médicos, juizes, empresários, entre outras tantas - e de, respectivamente, receberem melhor remuneração pelas mesmas.

Neste sentido, o racismo é um sistema de aprendizado, as pessoas não nascem racistas, mas são ensinadas a se tornar: “brancos aprendem a ser racistas por construção social” segundo SHUCMAN (2014, p. 90.). Esse fenômeno é uma questão social atual e não apenas um resquício histórico, ele “atravessa todas as formas sociais (partidos, religiões, ideologias, culturas), resiste por que está arraigado na consciência histórica e na prática social suportando pressões” (MOORE, 2007, p. 286). O imaginário social é construído e alimentado diariamente por um conjunto de ensinamentos orais, visuais e simbólicos. Trata-se de uma estrutura isenta de escolhas individuais, a apreensão, bem com a reprodução, desse funcionamento ocorre de modo interpessoal e institucional.

2.4 Racismo institucional

Partindo do pressuposto que o racismo está enraizado na estrutura social, reproduzido de maneira sistemática, a cada tempo e lugar, permeando todas as relações sociais, considera-

⁹ O “aprender” é demarcado por um peso psicossocial sobre o aprendizado, é um processo de assimilação que se difere do ato de aprender determinado conhecimento.

se que a sua efetividade perpassa também pelas práticas das organizações e instituições. No intuito de denunciar isso, em 1967, nos EUA, os ativistas Stokely Carmichael e Charles Hamilton, do Grupo Social e Político Panteras Negras, definiram e evidenciaram o termo racismo institucional: “trata-se da falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (CARMICHAEL; HAMILTON, 1967 apud WERNECK & IRACI, 2015, p. 39).

No Brasil, a pesquisadora do campo da saúde, atual diretora executiva da Anistia Internacional, Jurema Werneck foi responsável por difundir o conceito. A seu ver, o racismo institucional é o meio pelo qual há precarização subordinada pelo racismo no tocante ao direito e a democracia dos povos historicamente discriminado (WERNECK, 2016). Percebe-se que a gestão das instituições negligenciam os grupos vulneráveis, gerando resultados negativos ou desiguais aos mesmos. Este grupos são submetidos à condições desfavoráveis de vida, impedindo-os de acessar integralmente seus direitos, reduzindo suas possibilidades em relação a bens e serviços. “Refere-se ao nível político-programático das instituições, a ações amplas, voltadas à coletividade, cujo impacto no sujeito é posterior à ação maior, como consequência desta” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2017, p. 48).

O racismo institucional extrapola as relações interpessoais podendo ser observado por meio de normas discriminatórias, medidas disciplinares, reprodução de estereótipos racistas que reforçam as disparidades raciais, a negação de informações, entre outros (LOPES, 2004). Geralmente ele é expresso em violência simbólica como, por exemplo, o uso de linguagens codificadas incompreensíveis (não costumeiras/ não usuais) pelos grupos vulneráveis ou, até mesmo, a repetição de informações, por estar implícito o desconhecimento destas acerca das mesmas. O grau desse tipo de manifestação é muito maior do que a abrangência das ofensas individuais, pois as instituições públicas e privadas reproduzem a lógica estrutural.

A professora de direito da PUC-Rio Pires (2011)¹⁰ chama a atenção para a reflexão a respeito dos fatores estruturais e institucionais, presentes no campo da saúde, que ainda permitem uma realidade diferenciada para as mulheres negras, com implicações nos serviços e atendimentos prestados, situação que é recorrente nas redes de saúde. O sistema público de saúde opera de maneira insuficiente, negligente e ineficiente sob as demandas específicas da

¹⁰ Doutora em direito, atualmente professora nos cursos de Graduação e Pós – graduação do Departamento de Direito da PUC- Rio e coordenadora adjunta no mesmo curso. Autora de: Racismo Institucional e Acesso a Justiça: uma análise da atuação do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro nos anos de 1989-2011. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=7bf570282789f279>

população negra, em todos os aspectos que envolvem a garantia de direitos e o exercício da cidadania, em especial das mulheres.

Do mesmo modo, o racismo institucional está enunciado nas ações da polícia civil e militar, em seu funcionamento normativo: o uso da repressão e da violência contra as populações marginalizadas é gritante. A população negra é alvo frequente de abordagens truculentas, intervenções opressoras e confrontos violentos sob a ação de agentes policiais, seguindo os regulamentos institucionais. Tudo isso ocorre com base em mitos discriminatórios, que reforçam estereótipos racistas, por exemplo, o pressuposto de que negros são inerentemente violentos e criminosos, portanto, suspeitos que refletem uma ameaça social. A socióloga Julita Lemgruber acredita que a polícia refere-se ao negro como suspeito por ele apresentar as características do “elemento suspeito: cor padrão” (informação verbal).¹¹ Nessa perspectiva, o elemento suspeito, de “cor padrão”, - representado, sobretudo, por jovens negros - é visto pela polícia como um criminoso que deve ser abatido.

O Sistema penitenciário é composto racialmente de maneira desproporcional, pois os jovens negros de baixa renda e baixa escolaridade representam a maior parcela da população carcerária brasileira (INFOPEN, 2014). Podemos perceber que a interlocução entre raça e classe através da política de encarceramento em massa, executada no mundo, é, também, utilizada para fins de controle populacional e lucratividade. Um dado que pode evidenciar isso é o fato de que, em diversos países, empresas multinacionais investem na privatização e extensão de penitenciárias.

Similar ao que ocorre no Brasil, em 2006 a população negra presidiária estadunidense era de 700 mil e um terço de todos os jovens negros estavam encarcerados ou estavam sob o domínio do sistema jurídico nos EUA (Estados Unidos da América). O complexo industrial de segunda linha, formado por detentos jovens negros e pobres, oferece (situação permanece) total exploração da mão de obra barata em regime análogo a escravidão e é altamente lucrativo às grandes empresas internacionais (DAVIS, 2000) pelo baixíssimo custo e pela livre expropriação da mais valia, apresentando-se perfeito para a reprodução do sistema econômico capitalista.

¹¹ O documentário Zumbi Somos nós propõe uma reflexão sobre questões raciais na sociedade brasileira e a criação de estratégias artísticas para responder a tais questões. É um desdobramento da linguagem da Frente 3 de Fevereiro, grupo que aborda o racismo por meio de intervenções artísticas. Ano 2007. Direção: Frente 3 de Fevereiro. Coprodução: Idem, Gullane Filmes, Fundação Padre Anchieta (TV Cultura), Associação Brasileira das Emissoras Públicas Educativas e Culturais (Abepec). Disponível em: <http://tvbrasil.ebc.com.br/doctv/episodio/zumbi-somos-nos>

A mesma população quando não privada de sua liberdade é igualmente assassinada pela polícia em sua idade mais produtiva entre 15 – 29 anos de idade. O relatório *Você Matou Meu Filho* (ANISTIA INTERNACIONAL, 2015) apontou 244 assassinatos no Brasil por atos de resistência, o que para Lemgruber (2007) “são atos de execução sumária” (informação oral)¹². No Brasil, em 2014, na cidade do Rio de Janeiro, 68 dessas execuções ocorreram na região do 41º Batalhão da Polícia Militar, correspondente a região de Irajá, que abrange a Favela do Acari (conhecida pela chacina de 11 jovens na década de 90), local onde 10 dos assassinatos ocorreram. Dentre estes 9 pessoas, no momento da execução pelos policiais já se encontravam rendidas ou feridas. O referido batalhão é responsável pelo maior número de homicídios decorrentes de operações policiais efetuados em 2015 na capital, de acordo com registros do relatório *Você Matou Meu Filho* (ANISTIA INTERNACIONAL, 2015). No mês de novembro de 2015 cinco jovens negros que estavam a passeio foram fuzilados pela Polícia Militar em uma suposta investigação ao furto de carga no subúrbio do Rio de Janeiro, segundo o relato da própria polícia, foram disparados 111 tiros contra o veículo que as vítimas estavam.

Seguindo esses dados, o Mapa da Violência de 2016 (WAISELFISZ, 2016) Homicídios por armas de fogo, demonstrou que, no Brasil, em 2014, foram mortas quase 45 mil pessoas por arma de fogo, e ratificou-se que a grande maioria de pessoas assassinadas no país é negra e pobre. Entre os anos de 2003 e 2014 houve queda de 26,1% no número de brancos mortos por arma de fogo, entre a população negra houve aumento de quase 47%. A morte de pessoas negras em 2003 era de 71,7% passando para 158,9% em 2014. Como não houve aumento no número de mortes de pessoas brancas, este dado representa a porcentagem de negros que foram assassinados a mais do que os brancos. Embora não conste a informação sobre quem cometeu os assassinatos, considera-se que a polícia no país mata mais do que alguns países em guerra.

Homens e mulheres negras além de serem vistos como bandidos são hipersexualizados, como corpo-objeto. Por consequência, mulheres negras são as mais associadas à imagem de prostitutas e amantes, sendo as mais violentadas (Ministério da Saúde apud GOES, 2016). Ainda de acordo com dados do Ministério da Saúde, que foram sistematizados por GOES (2016, p.13) mulheres negras são mais acometidas por estupros, meninas e adolescentes até 19 anos foram as principais vítimas (72%), sendo que 40% passaram por repetidas experiências deste tipo de violência sexual e 61% eram negras. Nesse quadro, as mulheres negras estão mais suscetíveis a inúmeras situações de violências diversas, devido ao seu estado de pobreza, opressão de gênero e dominação racial. As estatísticas observadas anteriormente constataam que

¹² Idem a nota anterior.

os índices dessas violências são crescentes e díspares. Igualmente, são as agressões físicas e o feminicídio negro: 64% das agressões e espancamentos resultam em homicídios (WERNECK & IRACI, 2015), tornando evidente a racialização das tantas manifestações de violências. Para exemplificarmos ainda mais, a demasia dessas violações, salientamos duas situações emblemáticas (não isoladas) intercorridas na cidade do Rio de Janeiro, envolvendo o descaso para com a vida de mulheres negras, que chocaram a opinião pública. A primeira foi em 2014, o assassinato de Claudia Ferreira da Silva, 38 anos que, após ser alvejada pela polícia militar em uma operação, teve seu corpo removido da cena do crime e colocado na parte traseira de uma viatura, que durante o percurso abriu, deixando o corpo de Claudia exposto e pendurado pelas roupas, sendo arrastado em uma via, por aproximadamente 350 metros. Conforme alguns relatos, mesmo tendo sido avisados, os policiais não pararam. A outra situação de violação aconteceu na penitenciária feminina Tavalera Bruce, no ano de 2015, quando uma detenta (negra) apesar de gritar por socorro, em vão, acabou por realizar seu próprio parto na solitária.

O racismo institucional desenrola-se também nos sistemas de contratação para o mercado de trabalho. Os processos seletivos preterem pessoas negras em relação às brancas devido à falta de “boa aparência”, que por sua vez, é alcançada pelos fenótipos marcados como socialmente brancos. Em geral, negros não passam ou nem chegam às entrevistas, pois está presente no imaginário de contratantes e nas normas da empresa que a vaga em questão não é para ser ocupada por pessoas negras (SHUCMAN, 2014). Logo, as candidatas e candidatos negros, mesmo que atendam ao perfil desejado, são eliminados e os escolhidos são brancos, prevalecendo o critério de inclusão/exclusão pela raça/cor.

A priori, inexistem dados oficiais a respeito de pessoas negras em cargos de decisão e poder em órgãos públicos e privados no país, porém, uma pesquisa realizada entre 2014-2015 nas 500 maiores empresas brasileiras, pelo Instituto Ethos, revela que havia 119 mulheres e de 1.162 diretores negros e não negros de ambos os sexos, nos cargos executivos, apenas 6 eram mulheres e na diretoria somente 0.5% (Instituto Ethos, 2016)¹³.

Faz-se necessário atentar para a similitude de intersecção de opressões de classe e gênero vivenciadas por mulheres. A exploração que demarca as relações de classe e as opressões de gênero no mundo do trabalho exclui as mulheres de ocupar cargos de chefias, posições socialmente respeitadas que são preenchidas, preponderantemente, por homens, em geral, brancos. Quando exercidas por mulheres, além de receberem salários inferiores

¹³ Perfil Social, Racial e de Gênero das 500 maiores empresas do Brasil e suas Ações Afirmativas. Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Perfil_social_racial_genero_500empresas.pdf>.

equiparados aos dos homens na mesma função, tendem a sofrer preconceitos. Outra questão é a acumulação de funções em duplas e/ou triplas jornadas de trabalho, com a responsabilização das tarefas domésticas ainda recaindo sobre as mulheres.

Quando a categoria raça interage com as demais formas de opressão, essa relação de exploração é ainda mais aprofundada. Isso explica por que os dados referidos anteriormente, acerca de mulheres negras exercendo ocupações de diretoria, são tão inexpressivos diante do montante da classe trabalhadora, que inclusive é formada em maior número por mulheres negras. Contudo, a reprodução material das mulheres negras permanece subordinada á base da pirâmide social, principalmente, por ocuparem funções desqualificadas, recebendo menor remuneração, como já foi mencionado.

Nesta direção, torna-se essencial e pertinente enfatizar que, quando mulheres brancas, companheiras de luta das mulheres negras, comparam sua condição enquanto mulheres como semelhante a condição de mulheres negras - sem pesar que para além das relações de poder que envolvem sexo e classe, estas, também são racialmente oprimidas - estão não apenas camuflando o fato de serem racialmente privilegiadas dentro da sociedade racista, como também, rejeitando que mulheres negras são mulheres e que suas construções como indivíduos nesta mesma sociedade são diferentes. Em decorrência, algumas mulheres brancas ausentam-se de sua corresponsabilidade na manutenção do racismo (HOOKS, 1995; DAVIS, 2016; KILOMBA, 2010).

Uma das principais teóricas negras comprometidas com o objeto de estudo que entrelaça as interações entre classe, gênero e raça é a ativista Angela Davis¹⁴. Explorando o seu pensamento e as histórias de mulheres comunistas inclinadas à luta de classes nos Estados Unidos no século XIX, transportamos para este trabalho um pequeno trecho da obra da autora, no intuito de compreendermos tais relações. Nele, Davis (2016) expressa o relato de uma escravizada, Sojourner Truth, na convenção de mulheres em Akron, Ohio, em 1851, cujo discurso ficou conhecido como “Eu não sou uma mulher?”:

Com uma voz que soava como um eco de um trovão, ela disse: “Olhem para mim! Para o meu braço”, e levantou a manga para revelar a extraordinária força muscular de seu braço. Areei a terra, plantei, enchi os celeiros, e nenhum homem podia ser igual a mim! Não sou uma mulher? Eu podia trabalhar tanto e comer tanto quanto um homem – quando eu conseguia comida – e aguentava o chicote da mesma forma! Não sou uma mulher? Dei a luz a treze crianças e vi a maioria ser vendida como escrava e, quando chorei em meu sofrimento de mãe, ninguém, exceto Jesus, me ouviu! Não sou uma mulher? (DAVIS, 2016, p. 71).

¹⁴ Angela Yvone Davis é ativista dos Movimentos Sociais Negros e Feminista, intelectual, filósofa, ex – integrante do Partido Comunista Panteras Negras e Movimento Black Power nos EUA.

A fala de Sojourner Truth implica a intersecção de classe, gênero e raça vivenciada por ela e pelas demais mulheres negras que estavam representadas na sua voz, enquanto a única negra a participar da convenção. Ela demarca um posicionamento político, social e racial na luta de classes em oposição a uma série de questões. São elas: universalização das mulheres brancas, machismo dos homens defensores da ideologia do sexo frágil, denúncia da exploração da sua força de trabalho igualada a de homens negros durante a escravização e o racismo impregnado (consciente ou não) em todos os brancos, homens e mulheres presentes durante seu discurso. Davis (2016) sublinha duas questões: 1) o fato de um contingente de mulheres negras estarem sub-representadas apenas por Truth, em um espaço que se apresentava como propício para se debater os direitos das mulheres e, 2) o fato da maioria das outras companheiras, mulheres brancas, serem contrárias a narrativa da mesma durante a convenção, o que intensificou o problema.

Desse modo, raça, classe e gênero estão interligados, porém, a luta de classes ainda é entendida por muitos socialistas como homogênea, no sentido de que a exploração de classe se realiza de maneira igual para todos os trabalhadores. Todavia, a produção e a reprodução do capitalismo se estabelecem por meio de tal exploração (todos os trabalhadores) que provoca inerentes desigualdades, expressas em dados desproporcionais, para a maioria da classe trabalhadora que é negra e feminina, pois então, a categoria raça determina quem são, sistematicamente, os oprimidos e opressores na sociedade brasileira.

Negras e negros sofreram um processo de aniquilamento tão profundo, de modo que a sua força de trabalho representa a principal fonte concreta de exploração pelo capital. Diante desse contexto, os movimentos anticapitalistas não serão capazes, sem a luta antirracista e de igualdade de gênero, de promover a emancipação total da classe trabalhadora. Por outro lado, não haverá liberdade e igualdade racial e de gênero sem a devida emancipação da classe trabalhadora.

À vista disso, é relevante para este estudo referir que o racismo no Brasil tem um caráter bem específico e se expressa no conjunto das relações de opressões raciais de maneira diferente do que ocorre nos EUA e na África do Sul, por exemplo. Esses dois países passaram pelo Regime de Apartheid Racial, que consistia na segregação de espaços sociais, legalmente determinados, exclusivos para os brancos e proibidos para os negros. O Brasil não institucionalizou a segregação racial, o que deu margem para a criação do mito da democracia racial:

Pode ser compreendido, então, como uma corrente ideológica que pretende negar as desigualdades raciais entre brancos e negros no Brasil, como fruto do racismo, afirmando que existem entre esses dois grupos raciais uma situação de igualdade de oportunidade e de tratamento. Este mito pretende, de um lado, negar a discriminação racial contra os negros no Brasil e, de outro lado, perpetuar estereótipos, preconceitos e discriminações, construídos sobre esse grupo racial (GOMES, 2005, p. 56).

O mito da democracia racial mascara as tensões e conflitos raciais existentes em uma sociedade multirracial, transmitindo uma falsa sensação de igualdade de oportunidades, garantia de direitos e convivência pacífica. O mito reforça que as disparidades sociorraciais existentes entre os negros, os nativos e os brancos correspondem a uma suposta falta de mérito individual, sem prejuízo no convívio harmônico, igualmente idealizado.

Outra questão a ser observada é o fenótipo, linha de demarcação real e concreta do racismo no Brasil, ou seja, as características como: tipo de cabelo, tonalidade da pele, espessura do nariz e lábios etc. A resposta social a essas características implica mais ou menos desigualdades, maior ou menor discriminação e/ou acesso. No caso da população negra, quanto maior for a concentração de melanina mais violações a pessoa poderá sofrer, quanto mais clara for a pele (mesmo pertencente ao grupo racial negro) terá acesso aos mínimos recursos, benefícios e garantias. Isso acontece devido a uma espécie de subclassificação dentro das próprias hierarquias raciais já instauradas sócio-culturalmente.

Nesse sentido, Shucman (2014) declara que a mesma população que é classificada como branca no Brasil é considerada latina nos EUA, assim como os árabes e judeus não entram no grupo branco na Europa. A própria categoria branca se auto-hierarquiza: os brancos vindos da Suíça, que não sofreram misturas étnicas, são mais organizados; já os brancos de Portugal e da Itália são mais “bagunçados” (“são brancos menos brancos”), conforme descreveu um entrevistado da sua pesquisa (SHUCMAN, 2014). Diferentemente do Brasil, a identificação de negros nos EUA está pautada em sua árvore genealógica. Assim sendo, caso um indivíduo tenha algum ancestral negro ele será considerado pertencente a esse grupo, por ter o que chamam de “sangue negro”. No Brasil, a população negra é classificada, preferencialmente, pelo fenótipo, tanto que pardos (frutos da miscigenação) entram para o grupo preto. Vale lembrar que a tonalidade da pele foi o principal marcador de inferioridade/superioridade, segundo MOORE (2007) nas teorias raciais dos séculos XVIII e XIX.

3 SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: SINERGIA COM A NATUREZA

Falar sobre saúde da população negra neste trabalho é partir do meu lugar enquanto (Ser) mulher negra, ativista, iniciada e vivenciadora do culto às religiões de Matriz Africana, intelectual, pesquisadora, usuária do Sistema Único de Saúde... Significa partir de uma perspectiva, de uma cosmovisão, que possibilita a preservação e a recriação de valores civilizatórios de conhecimentos e saberes milenares, transmitidos por meio de uma oralidade carregada de afetividade e energia. Portanto, um modo específico de ser/estar, tornar-se e relacionar-se com o corpo-mente-espírito que co-habitam e coexistem numa mesma unidade, formando um Ser, considerando suas dimensões individuais e coletivas de existência.

Essas dimensões individuais e coletivas de existência permitiram que mulheres negras rompessem barreiras impostas pela intersecção das opressões a que estão submetidas, demarcando suas visões, muito particulares, de conexão com o seu próprio Ser “corpo-estético-político” (CARNEIRO, 2000, p 90.) atravessado por supressões e a sua relação com as doenças e seus modos de cuidar e promover saúde.

Um referencial epistemológico produzido nesse sentido foi a literatura organizada por mulheres negras¹⁵: *O Livro da Saúde das Mulheres Negras: Nossos Passos Vêm de Longe*, 2000, que contou com a colaboração de diversas mulheres negras nascidas no Brasil e nos EUA. As escritas negras que compõem esse livro nos provocam a refletir acerca da complexidade que envolve a saúde da população negra e a própria percepção de saúde a partir da ótica dessas mulheres negras.

Vale salientar que a definição de saúde da qual nos aproximamos nesse texto está distante de uma visão hegemônica científica, talvez até envolva profundidades imensuráveis. Todavia, a definição utilizada dialoga com algumas perspectivas presentes no debate sobre o tema, tais como; saúde como bem estar, como um valor social e ausência de doenças (CRUZ, 2014)¹⁶. Compreende-se, a partir disso, que a saúde da população negra abarca pelo menos três noções fundamentais, são elas: 1)Política: diz respeito ao enfrentamento do racismo sistêmico em todos os âmbitos da vida social, principalmente no Sistema de Saúde; 2)Ciência e Tradição: trata da confluência entre a medicina ocidental e tradicional dos povos africanos e seus descendentes; e por último, 3)Vulnerabilidade Diferenciada: especificidades da referida população, garantindo o cuidado baseado em evidências e centrado na pessoa, bem como a defesa incondicional e plena da implementação do SUS (CRIOLA, 2007; 2010).

Posto isso, concordamos com CARNEIRO (2003, p. 124) que “falar sobre saúde é dar expressão ao corpo”, a partir de vozes de corpos femininos afro-brasileiros e afro-americanos, que interligados produziram narrativas relativas à concepção de saúde. Aqui, concordamos com a definição traduzida no pensamento de Jurema Werneck:

Saúde aqui é mais que um pretexto. É um lugar privilegiado de explicitação do que somos. Para nós, saúde vai além da oposição a doença e aproxima-se do conceito de bem estar geral, físico e psicossocial, definido pela Organização Mundial da Saúde. Num passo adiante, propomos uma definição de saúde que inclui a busca de equilíbrio dinâmico com a vida e seus elementos, seres vivos e mortos, humanos, animais, plantas, minerais. E essa busca traduz-se numa responsabilidade individual e coletiva (WERNECK, 2000, p. 10).

A partir dessa concepção podemos afirmar que a saúde da (e para) a população negra está muito além de conceitos biológicos, tratam-se de experiências humanas negras e de seus

¹⁵ WERNECK, J. MENDONÇA, M. WHITE. EC. (org.). *O Livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe*. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2000.

¹⁶ CRUZ. Isabela C. Fonseca. “O conceito de saúde e (bem estar) da população negra” extraído da literatura do curso à distância “Saúde da População Negra”, produzido pela Secretaria Executiva da UNA – SUS em parceria com Ministério da Saúde, por meio das secretarias de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde e de Gestão Estratégica e Participativa. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/matriculas-abertas-para-curso-saude-da-populacao-negra>

corpos carregados de culturas, ancestralidade e de seus territórios (quilombos, terreiros de umbanda, de candomblé, do batuque, Tambor de Mina e outros). Espaços que mantiveram vivas as tradições africanas, garantindo assim a sobrevivência desses povos e seus descendentes. Portanto, saúde tem a ver com o histórico de luta das populações negras - africanas e descendentes - suas formas de existência, de cuidar, (re)existir e re(significar) a vida, que transcende o físico. A saúde se apresenta como uma sinergia comunitária e singular, entre todos os elementos da natureza.

Contextualizar a saúde das mulheres negras sob as condições político-sociais em sua materialidade é um passo interessante. Ainda que, para elas (nós), o entendimento sobre saúde esteja primordialmente equacionando as relações entre a vida e o equilíbrio com a natureza, a existência (corpo-mente-espírito) não deixa de ser atravessada por situações de ordem física. Nossa saúde é, sem sombra de dúvidas, assolada por forças naturais que na maioria das vezes fogem ao nosso domínio (DAVIS, 2017), atingindo nossos corpos, tal quais as enfermidades. O equilíbrio só pode existir se esse corpo (estético e político) estiver saudavelmente alinhado com os outros dois segmentos que o compõe.

Embora nossa condição de bem estar físico e emocional esteja regularmente atrelada a aspectos sociais e políticos (DAVIS, 2017), sabemos que existem doenças ou fatores de risco de maior prevalência para a população negra, em decorrência de fatores biológicos ou genéticos. Dentre esses, se destacam a hipertensão arterial, hipertensão na gravidez, diabetes melitus e anemia falciforme, doença genética mais comum no Brasil. Essas doenças são agravadas pela insuficiência de investimentos em políticas de saúde associada à ineficiência das políticas existentes.

Grande parte das questões que afetam a saúde da população negra são sequelas das péssimas condições sociais históricas a que esta população está subordinada (BARBOSA, 2004) e o racismo é um dos fatores principais que impulsiona essas condições. Concomitantemente, a conjunção dos fatores sócio-políticos e biológicos acentua a ausência de bem estar físico, emocional e espiritual da população negra. Nesse sentido, a compreensão das desigualdades em saúde por meio da perspectiva sócio-histórica está centrada no conceito de saúde enquanto produto social, em que variados arranjos sociais refletem relações mais saudáveis do que outros. “Assim, os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade são aqueles que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença” (BARATA, 2009, p. 23).

As inúmeras desigualdades em habitação, trabalho, renda, violência e educação, oriundas da estruturação social baseada em segmentação de classes, raças e gêneros (DAVIS,

2016; ALMEIDA, 2016) determinam o modo de vida das pessoas acarretando iniquidades no processo saúde-doença. As populações negras são as mais atingidas nesse processo de interação de opressões e dominações e, proporcionalmente, as mulheres negras são as mais atingidas, ainda mais por conta da invisibilização de gênero, como demonstram as estatísticas apresentadas outrora. De modo que “essas experiências desiguais de viver acarretam diferentes formas de nascer, adoecer e morrer” (LOPES, 2004, p. 47). Em outras palavras, viver, sobreviver e se reproduzir enquanto indivíduos sociais e coletivos são sistemáticas, condicionando o binômio saúde/doença, em concordância com Barata (2009) e Barbosa (2017). Então, a partir de denúncias dos Movimentos Negros, a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde reconhecem publicamente o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde. Esses são fatores econômicos, culturais, políticos, raciais, tecnológicos e psicológicos que estabelecem a saúde das pessoas. O racismo institucional como já vimos, se apresenta por uma série de protocolos definidos via gestão das instituições de saúde, que são reproduzidos pelos profissionais da área. Por conseguinte, as ações e os serviços de saúde não têm assegurado o mesmo nível de acesso, qualidade de atenção e perfil de saúde quando se verifica os dados desagregados, segundo raça/cor, em detrimento da saúde da população negra. Expressas no acesso desigual, no tratamento e diagnóstico diferente entre os brancos e não-brancos, nos óbitos precoces de jovens negras e negros, nos altos índices de morbimortalidade materno-infantil.

Tais informações podem ser percebidas em uma pesquisa realizada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, de acordo com informações do Canal Saúde/Fiocruz¹⁷ (Nov. 2012), que demonstrou que mulheres negras, mesmo com ensino superior, realizam em sua história clínica menos exames do que mulheres brancas. Isso implica menos acesso a exames preventivos, como mamografia, pré-câncer uterino, pré-natal etc. O protocolo indica 7 consultas de pré-natal para gestantes, no ano de 2012 apenas 55% das mulheres negras brasileiras realizaram todas as consultas, estando em número inferior a média nacional de 62.4% do total de mulheres.

A literatura (acadêmica) aponta que existe uma crença fundamentada em bases escravagistas de que corpos de pessoas negras seriam mais fortes e mais resistentes, inclusive, suportariam mais dor do que as demais populações. Essa crença permanece cristalizada na sociedade brasileira e continua sendo reproduzida de maneira recorrente no Sistema de Saúde.

¹⁷ Regido pela Política de Acesso Aberto ao Conhecimento, que busca garantir à sociedade o acesso gratuito, público e aberto ao conteúdo integral de toda obra intelectual produzida pela Fiocruz. Disponível em: <<http://www.canal.fiocruz.br/>>.

Com base em estereótipos racistas como estes as mulheres negras recebem menos anestésias na hora do parto, baixa qualidade nos atendimentos, tempo reduzido de consultas, menor número de consultas no pré-natal, menos orientações sobre aleitamento materno - enquanto 78% das mulheres brancas receberam a informação, entre as mulheres negras 62% tiveram acesso ao mesmo serviço -, maior dificuldade de conseguir vaga nas maternidades e outras disparidades (WERNECK & IRACI, 2015).

A intersecção das opressões raciais, de gênero e classe desperta certas iniquidades em saúde, conceito elaborado pela Margaret Whitehead: “Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social” (WHITEHEAD, 1992 apud FLEURY, 2011). Dessa maneira, as iniquidades interagem com as negligências dos serviços de saúde, impactando negativamente na vida e na morte de mulheres negras. Um exemplo, extremamente preocupante, é o elevado índice de mortalidade materna entre as mesmas. Segundo a Secretaria Estadual da Saúde/RJ, 2015 só no Estado do Rio de Janeiro a cada dois dias morre uma mulher por parto. O Relatório Anual Socioeconômico da Mulher do mesmo ano elaborado pelo Governo Federal (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2015) aponta que mulheres negras morrem mais por causas obstétricas, equivalentes a 62,8% contra 35,6% das mulheres brancas. O somatório nacional dos óbitos atribuídos a gravidez, parto e puerpério chegam a 92%, dos quais as mulheres negras chegam a 60% (WERNECK & IRACI, 2015), dados que refletem o nível de qualidade de assistência destinada a essas mulheres.

A baixa qualidade de assistência, na opinião da Mônica Oliveira, gestora na época (2013), da Secretaria Especial de Políticas Promoção de Igualdade Racial, se repete por que o racismo segmenta o atendimento nos serviços de saúde (TV Abrasco. Nov. 2012)¹⁸. Para a Dra. Lígia Bahia, o racismo na saúde interfere na relação profissional/paciente - o profissional exerce sua função não tocando o corpo da pessoa negra, considerando esse corpo mais forte, mais resistente, tratando mal o paciente por ser negro e pobre - conforme relato ao Canal Saúde/Fiocruz (Nov. 2012).

Em suma, todas as práticas relatadas anteriormente espelham o racismo institucional nas instituições e serviços de saúde, disponíveis para acesso da população. A população negra acessa o seu direito universal à saúde de forma tão restrita que inúmeras vezes os indivíduos chegam a óbitos que poderiam ser evitados. Podemos relacionar essas mortes ao processo

¹⁸ A TV ABRASCO é o canal da Associação Brasileira de Saúde Coletiva no YouTube. Disponível em: <<https://www.youtube.com/channel/UCZsVg7kvQGv7-fuoGsWKyuw>>.

genocida que as populações não-brancas são submetidas desde o período escravista até os dias de hoje no país. Nitidamente, a população negra sofre “um genocídio institucionalizado e sistemático, embora silencioso” (FERNANDES, 1978.). No campo da saúde esse extermínio se realiza através de esterilizações, propagadas como programas de política pública, índices alarmantes de mortalidade materna, realização de abortos clandestinos e o crescimento da epidemia HIV/AIDS na população negra, sobretudo, entre as mulheres (DAVIS, 2016; CARNEIRO, 2003; WERNECK, 2005).

3.1 A Saúde da Mulher da Negra e os processos de eliminação

A perpetuação da intersecção entre raça, gênero e classe na saúde pública é notória, a luz dos projetos de eliminação das populações negras e pobres no Brasil. No século XIX, a política de branqueamento (NASCIMENTO, 2016) pensada e organizada pela elite dominante, baseada na crença da sua superioridade geneticamente branca, acreditava que em 100 anos os fenótipos de outras raças, consideradas inferiores, desapareceriam do território brasileiro. O Estado estabeleceu políticas de incentivo a imigração europeia, o controle da imigração africana e a miscigenação entre os povos, com vistas a aniquilar as populações negras e indígenas do país. No entanto, aos poucos se percebeu o fracasso dessa política e outros mecanismos de controle populacional foram sendo implementados.

O controle da população negra e pobre por meio do corpo feminino pode ser identificado como um desses mecanismos, posto em prática através das esterilizações em massa de mulheres negras, assim, eliminando o nascimento de populações indesejáveis. Para Emanuelle Goes, enfermeira e coordenadora do Programa de Saúde das Mulheres Negras - Odara Instituto da Mulher Negra:

No mundo, a esterilização de populações negras foi uma realidade. O surgimento de tecnologias reprodutivas na década de 60 ampliou as ações eugênicas e estratégias de controle das populações indesejáveis com a limitação compulsória da fecundidade das mulheres negras, indígenas e asiáticas (GOES, 2016, apud MARTINS, 2017.)¹⁹.

O controle populacional é efetivado por meio dos avanços tecnológicos, muitas das vezes, imposto mesmo que de maneira extraoficial. Organizações internacionais como A International Planned Parenthood Federation (IPPF) e a Agência dos Estados Unidos para o

¹⁹ MARTINS, Vinícius. “Genocídio na saúde: da esterilização às mortes maternas”. Editorial Alma Preta. Disponível em: <<https://googleweblight.com/i?u=ttp://almapreta.com/editoriais/realidade/racismo-na-saude-da-esterilizacao-as-mortes-maternas&hl=pq-BR&tg=143&tk=17267016565301276407>>.

Desenvolvimento Internacional (USAID) atuaram no Brasil desenvolvendo programas e projetos de controle de natalidade, não oficiais, voltados para os países subdesenvolvidos. Além disso, os financiamentos estrangeiros para o país estão muitas das vezes atrelados à acordos obrigatórios, visando conter a reprodução populacional rejeitada.

No caso das mulheres negras, como são as mais vulneráveis devido à situação de pobreza extrema, violências e outras questões já mencionadas, são consideradas “reprodutoras do crime e da pobreza” (DAVIS, 2006, p. 69). De forma que elas e suas famílias são vistas como desestruturadas, como se não apresentassem condições, tanto econômicas quanto psíquicas para tomarem decisões sobre seus corpos e isso inclui planejar, ou não, mais filhos. Em diversas situações as esterilizações dessas mulheres foram e vêm sendo distribuídas de forma impositiva e irresponsável. Ocorre o uso de métodos inadequados que não adotam critérios de saúde, como é o caso de métodos que se utilizados em longo prazo ocasionam infertilidade ou que podem até aumentar a incidência de doenças sexualmente transmissíveis, etc. Assim como, ocorrem também, cirurgias de laqueaduras oferecidas e realizadas pelos serviços públicos, privados e por organizações não governamentais para mulheres negras e nativas, em regiões paupérrimas, que desconhecem qualquer informação adequada sobre o uso de métodos contraceptivos, ou, ainda, situações nas quais se omitem informações a respeito dos potenciais riscos (WERNECK, 2016). Nesse panorama, as políticas de controle de natalidade não oferecem autonomia às mulheres negras, pelo contrário, se apresentam como obrigação. DAVIS (2016) aponta que as políticas de controle de natalidade são conservadoras e forçadas e se utilizam da ciência tecnológica para anular a população negra e pobre, mesmo antes de seu nascimento. Percebe-se um forte viés autoritarista e racista sob as políticas de saúde reprodutiva no mundo, privando o direito de mulheres negras pobres de decidirem sobre suas vidas, seja na escolha de gerar famílias ou na opção de interromper a gestação. O Brasil já esterilizou 12 milhões de mulheres, sendo conhecido como “o país da esterilização em massa” (DAVIS, 2000, p. 68). Durante os anos que antecederam a descriminalização do aborto no estado de Nova York, a maioria dos abortos ilegais era realizada por mulheres negras e porto-riquenhas, em torno de 80% das mortes estavam relacionadas a essa causa (DAVIS, 2017).

Diante dessa realidade, ressaltamos as experiências femininas que envolvem percepções distintas, levando em consideração a interseccionalidade entre classe e raça. No século XIX o Movimento Feminista, composto em grande parte por mulheres brancas intelectuais de classe média, nos EUA, reivindicou o controle de natalidade como forma de emancipação das mulheres, porém, o debate não contemplou raça e classe. As mulheres brancas de classe média apresentavam uma perspectiva totalmente diferente sobre a descriminalização do aborto do que

das mulheres negras trabalhadoras. Davis (2016) analisa esse movimento e informa que as trabalhadoras eram as que em maior número cometiam abortos. Naquela condição, o debate era sobre situação de pobreza e discriminação, as quais estariam submetidos seus filhos caso não fizessem aborto.

As trabalhadoras negras eram contrárias a esterilização voluntária defendida pelas feministas enquanto direito reprodutivo, pois, a compreendiam como política de extermínio, tratando-se de uma violência, já que cometiam os abortos clandestinos por falta de opção devido as suas condições de miserabilidade. As mulheres de classe média defendiam a legalização do aborto sob a perspectiva da libertação do seu corpo e a liberdade de escolha e não compreendiam as demandas e os posicionamentos das mulheres não-brancas. Para Davis (2016) o movimento feminista tinha uma posição extremamente elitista, colocando as mulheres negras como subdesenvolvidas e incapazes de compreender a centralidade do sexismo. “A verdade está escondida nas bases ideológicas do próprio movimento pelo controle de natalidade” (DAVIS, 2016, p. 106) uma vez que, compactuavam com os interesses do capital.

No Brasil, o índice de abortos provocados é o dobro entre as mulheres negras (3,5%) em comparação com as mulheres brancas (1,7%)²⁰. Elas seguem realizando mais abortos através de métodos caseiros ou clínicas clandestinas populares, onde muitas vezes os procedimentos são realizados por pessoas inábeis, aumentando os riscos potenciais de complicações e desastres “campeãs de morte, violências e infecções” conforme XAVIER, 2017 (informação verbal)²¹. Questões de ordem financeira são determinantes na tomada de decisão sobre onde e como realizar tal procedimento. O perfil apontado pela Pesquisa Nacional de Aborto (PNA, 2016) como o mais comum na procura pelo aborto é o de uma jovem de até 19 anos, negra e já com filhos que não está em condições de optar por um dispositivo seguro, por ser dispendioso. Nessa configuração, mulheres pobres e negras têm duas vezes mais chance de morrer por aborto do que as mulheres brancas, já que estas, normalmente, os realizam em clínicas com profissionais habilitados e aquelas que vão à busca de atendimento, em decorrência de condutas mal sucedidas, tem dificuldades de acessar os serviços de saúde ou são mal atendidas (XAVIER, 2017).

Diversos fatores influenciam a desassistência nos atendimentos do SUS diante dessas situações e estão relacionados ao fato do aborto ter sido ou não provocado, a essas mulheres

²⁰ Canal Saúde. Tudo sobre aborto indica necessidade de políticas públicas voltadas a mulheres com baixas renda e escolaridade. Disponível em: < <http://www.canal.fiocruz.br/destaque/index.php?id=524>>.

²¹ XAVIER, Lucia. ONG CRIOLA. Encontro organizado pela Agenda Jovem Fiocruz discute racismo, saúde e gênero reuniu movimentos sociais e organizações da sociedade civil. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/index.php/component/content/article/8-noticias/401-fiocruz-e-organizacoes-sociais>.

negras apresentarem “boa aparência” - o que pode interceder na prioridade dos atendimentos - ou ainda, o fato de estarem sozinhas ou acompanhadas, por exemplo. A indução ao receio de serem mal tratadas prolonga a procura delas pelos serviços, aumentando a sua exposição aos riscos provocados pelo aborto. Todas essas circunstâncias provocam ações discriminatórias e violências institucionais no âmbito do SUS (MARTINS, 2017)²².

Sendo assim, o racismo institucional é um dos fatores que contribui para o alarmante índice de mortalidade materna (incluindo aborto), conforme dados do Ministério da Saúde (2016). Os dados apontam que o número de mulheres que morreram em decorrência da gestão foi de 64.265, destas, 41% eram brancas e 53% negras, por causas de hemorragia e hipertensão. No Estado de São Paulo as mulheres negras morreram quatro vezes mais do que as mulheres brancas, foram mais de 1.700 mortes entre as negras com idade de 25 a 39 anos no período de 2002 - 2004 (MARTINS, 2017).

A análise dos dados nos indica a ininterrupta interação entre as categorias centrais dessa pesquisa, todos os índices afirmam iniquidades em saúde das mulheres negras. A conjunção de negligências, a falta de atendimentos, discriminações, dificuldades no acesso, negação de informações e, particularmente, os óbitos das trabalhadoras negras, poderiam ser evitados nos serviços de saúde. Isso nos dá sinais de que existe uma política implementada de extermínio da população negra, vislumbrada aqui pelo corte de gênero, que vem sendo operacionalizada por dentro do Sistema Público de Saúde, uma vez que tal sistema as deixa morrer. Lúcia Xavier, coordenadora da Organização de Mulheres negras, refletindo sobre esse panorama, descreve:

Nós consideramos a morte materna a partir do processo de genocídio. No caso da mulher negra, algumas dessas mortes poderiam ter sido evitadas, desde o momento que ela entra no pré-natal até o parto, a falta de informação, a negligência o uso dos sinais vitais para o acompanhamento, a definição da complexidade ou não da sua maternidade, se ela é de risco ou não (XAVIER, apud MARTINS, 2017.)²³.

Diante de tantas evidências, acreditamos que a política de extermínio da população negra acontece por meio de diversificados mecanismos de eliminação, disseminados socialmente, e o campo da saúde é um contemplador/suporte desses mecanismos. A subjugação, o confinamento de negros e de negras nas camadas sociais e econômicas mais baixas, a violação de seus direitos, as violências múltiplas, a negação da sua condição de humanidade, a privação de liberdade, as iniquidades em saúde, o repúdio de seus conhecimentos e contribuição para formação social vêm se perpetuando em processos nocivos.

²² Idem ao 17.

²³ Ibidem.

O dismantelar imediato dessas estruturas que envolvem relações de poder não é factível. Entretanto, isso não significa que a construção de medidas que objetivem a humanização e a crítica constante aos instrumentos de destruição da existência negra - e em específico, da existência feminina negra - sejam irrelevantes. Longe disso, são, em verdade, urgentes. Dessa forma, não é somente possível, mas necessário que se façam transformações na ordem social vigente para que haja a “democratização” de todos os âmbitos da vida (NASCIMENTO, 2016).

4 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

A intersecção entre as três estruturas de dominação identificadas na seção *Raça, racismo, classe e gênero: estruturas de dominação* nos possibilita compreender de que forma essas relações de poder operam socialmente no Brasil, determinando as condições atuais de vida das populações, sendo as mulheres negras, em múltiplos aspectos, as mais vitimadas. Ressaltamos a dimensão relacional das opressões raciais, de gênero e classe, tendo em vista que elas só existem à luz das interações que organizam as contradições de uma totalidade social. O racismo estrutural, enquanto um sistema de dominação, por exemplo, estabelece a relação entre a suposta superioridade branca e inferioridade negra. Ao mesmo tempo em que, o poder hegemônico dos brancos lhes garante a continuidade de seus privilégios e, também, produz diversas desigualdades sobre os negros. Os dominados permanecem subalternizados e a burguesia permanece dominante.

No âmbito da totalidade social observamos as várias desigualdades de ordem econômica, social, política, cultural etc. expressas, no país, em condições de habitação insalubre, precariedade das relações de trabalho, baixa renda, alimentação precária, educação de baixa qualidade, violências diversas, entre outras. Identifica-se que, submetida a uma estruturação social legitimada por ideologias opressoras e de dominações, a população negra, principalmente, as mulheres negras, experimentam cotidianamente um repertório de explorações, acarretando vivências desiguais. São estes contrastes sociais que interferem no binômio saúde/doença, já que a saúde é um produto social, parafraseando Barata (2009). Tais

desigualdades, já pontuadas por meio de estudos e dados epidemiológicos anteriormente, registram a racialização da pobreza e as iniquidades em saúde.

Soma-se, a tudo isso, pesquisas que apontam que a população negra é equivalente a 70% dos usuários do SUS (SEPIR, 2011), apresentando os piores índices em saúde. A reprodução do racismo através das instâncias do Sistema de Saúde evidencia a necessidade de se investir em políticas públicas. A Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 (LOAS) em seu artigo 7º diz que os dados epidemiológicos é que devem fundamentar o planejamento nessa área. Logo, tanto o conceito de iniquidade, antecipadamente anunciado, quanto a epidemiologia são indispensáveis para compreender a relevância da formação e conjunção de políticas que visem uma forma mais equânime de vida. Torna-se imprescindível a criação de políticas anti-universalistas, que apresentem corte econômico, racial, e de gênero, com vistas a intervir na realidade, de modo que atenda as demandas da diversidade populacional, incluindo as camadas sociais mais pobres, historicamente discriminadas.

No campo da saúde, a luta popular pela democratização de acesso aos serviços e atendimentos alcançou alguns avanços legais. Como exemplo, podemos citar a elaboração das seguintes políticas: a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (oficializada em 2002), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (2011), a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde Da Mulher (2009), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (oficializada em 2009), entre outras.

4.1 Movimentos Sociais Negros: uma luta histórica

O debate, a construção e a implementação de políticas públicas na esfera da saúde no Brasil estão inseridos em um contexto histórico social, político, econômico, cultural e tecnológico que é atravessado por uma arena de lutas. Um processo em constante mutação que implica distintas visões de mundo e projetos societários antagônicos. Essas correlações de forças estão presentes desde o período colonial e se estendem até a contemporaneidade, traçam a construção das relações sociorraciais constituídas por variados arranjos e conflitos enunciados a cada tempo e lugar.

No capitalismo, a classe trabalhadora se organiza contra as classes dominantes e suas frações por meio dos diversificados Movimentos Sociais, são eles: Movimento de Mulheres Negras, Movimento Feminista, Movimento Negro, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, Movimento dos Povos Nativos, Movimento LGBTQ+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgênero, Movimento em Defesa da Saúde Pública etc. Em oposição às

desigualdades geradas pela exploração do capital, tais movimentos exigem do Estado a formulação de políticas públicas que produzam mudanças reais, que sejam capazes de alterar a realidade social.

Para compreender as políticas de saúde sob uma perspectiva crítica é necessário atentar ao seu caráter dialético. Se, de um lado, são fruto de mobilização sociopolítica da classe trabalhadora, e do outro, concomitantemente, refletem as fissuras de um Estado de classe e suas frações. É o espaço da materialização das correlações de forças, através do qual a burguesia atende parcialmente as reivindicações dos trabalhadores, sem o compromisso de transformação social. Trata-se de um conjunto de compromissos provisórios por parte da burguesia, no qual consagra a sua hegemonia. (POULANTZAS, 2000).

Nesse contexto de disputas, o Movimento de Reforma Sanitária, pautando a democratização da saúde, se fortaleceu na década de 1980, criando condições para que a atenção à saúde perpassasse por alterações semióticas quanto à própria concepção, atingindo o caráter universal presente no modelo de saúde que temos hoje. A conjuntura de contradições da época permitiu a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto expressão democrática, que constitucionalmente responsabiliza o Estado pela garantia de acesso universal, público e igualitário a todos os brasileiros. Porém, as ações e serviços não têm assegurado o mesmo nível de acesso, qualidade de atenção e perfil de saúde quando se verifica os dados desagregados segundo raça/cor em detrimento da saúde da população negra.

A luta dos povos africanos, seus descendentes e da população nativa no Brasil, em direção às conquistas de direitos fundamentais, como a vida, liberdade, saúde, educação, terra, alimentação etc. é histórica. E, deve ser compreendida no tempo e no espaço, considerando dimensões político-econômicas, socioculturais, raciais, tecnológicas e outras. A democracia que abrange a luta antirracista é um projeto societário em construção, protagonizado, sobretudo, pelos Movimentos Sociais, em que o Movimento Social Negro está inserido no âmbito da sociedade civil.

O Movimento Social Negro, segundo Pinto (2013) pode ser conceituado enquanto um movimento político de enfrentamento racial. Em conformidade, para Araújo (2015):

O termo “Movimento Negro” refere-se à luta dos negros e negras através da criação de organizações políticas, associativas, não governamentais, culturais e religiosas, visando enfrentar os problemas que vivenciam na sociedade, em particular os provenientes do racismo, preconceito e das discriminações raciais, que os marginalizam no/do mercado de trabalho, no sistema educacional, político, social, cultural e religioso”. (ARAÚJO, 2015, p. 38.).

Desvela-se uma luta coletiva que denuncia e combate o racismo em suas múltiplas expressões - que se perpetuam em desigualdades raciais e sociais no Brasil - sob um cunho contra hegemônico, com foco na efetiva garantia de direitos historicamente negados. Os Movimentos Negros foram construídos e se (re)organizando perante as conjunturas político-econômicas ao longo da história, incluindo como suas demandas e ações a arena de luta de classes. Destacaremos, em seguida, algumas das organizações que demarcaram importantes intervenções nesse cenário de conflitos.

O Movimento de Mulheres Negras teve início por volta de 1820, com a confraria religiosa Irmandade da Boa Morte, formada exclusivamente por ex-escravizadas e/ou alforriadas; a Sociedade de Socorros Mútuos Princesa do Sul, no Rio Grande do Sul, criada em 1908; a Frente Negra Brasileira, estabelecida em 1931 e reconhecida como Partido Político, no ano de 1936; o Teatro Experimental do Negro, instituído no ano de 1944, na cidade do Rio de Janeiro; a União dos Homens de Cor, fundada em 1949 na capital de Porto Alegre/RS; o Feminismo Negro, organizado entre final da década de 70 e início dos anos 80; e o Movimento Negro Unificado, constituído em 1978, em um manifesto nas escadarias do Teatro Municipal em São Paulo. Entre as organizações contemporâneas elencamos: o Fórum de Juventude Negra, formado a partir do ENJUNE - Encontro Nacional de Juventude Negra -, no ano de 2007 na Bahia e o movimento Reaja ou Será Morta, Reaja ou Será Morto, que surgiu em 2005 no mesmo estado.

Nessa arena, durante a década de 80, o enfraquecimento da Ditadura Militar e a abertura para democracia propiciaram o fortalecimento e as movimentações de organizações Populares, Sindicais, Reforma Sanitária, Movimento Negro, Movimento De Mulheres Negras Feministas etc. E com isso, o debate racial ganhou mais espaço e visibilidade (ARAÚJO, 2015). No ano de 1980, o Movimento Feminista reivindicando sexualidade, envelhecimento, saúde mental e aborto, em conjunto com o Movimento de Mulheres Negras, questionava os direitos reprodutivos da época, “denunciando o racismo e o sexismo que sustentavam as propostas de controle de natalidade nas políticas de saúde” (ARAÚJO, 2015, p. 58). Essas reivindicações propiciaram uma das primeiras políticas públicas a respeito da saúde da mulher e do direito reprodutivo, com o recorte raça/cor, no estado de São Paulo (MAHER, 2005). No ano de 1983, a articulações entre essas ativistas abriu espaço para formular o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), trazendo uma mudança importante para a concepção da saúde da mulher, reconhecendo-a como agente ativa no cuidado da sua saúde.

A luta pela democracia no âmbito da saúde no país é fruto das reivindicações dos diversos organismos populares da sociedade civil. As atuações do Movimento da Reforma

Sanitária levaram a democratização da saúde tornando-a pública e para todos os cidadãos brasileiros, sem distinção. Em meio às diversificadas contradições, o cenário sociopolítico e econômico permitiu a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto expressão democrática, que, constitucionalmente, garante acesso para todos de forma igualitária, gratuita e de responsabilidade do Estado. Ao mesmo tempo, a Constituição de 1988 reconhece o racismo como crime inafiançável e imprescritível, sujeito a pena de reclusão. O artigo 68, da mesma constituição, assegura a propriedade definitiva das terras aos remanescentes de quilombos que estivessem ocupando as mesmas e o direito à preservação da cultura dessa população também é defendido, nos artigos 215 e 216.

Nos anos de 1990 e 2000 o Movimento Social Negro concentrou esforços na intenção de ocupar espaços socialmente negados historicamente, por meio de acesso à postos de trabalho, ensino superior, serviços públicos de saúde, qualificação da assistência na área e inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informações em saúde. (RABELO, 2008 apud ARAÚJO, 2015). O referido movimento percebeu a emergência de reivindicar políticas públicas em todos os setores com recorte de raça/cor pela ineficiência das políticas apresentadas para a redução das desigualdades raciais no Brasil (PNUD, 2001).

Um marco histórico dessa militância social refere-se à realização da Marcha Zumbi dos Palmares organizada pelas diversas instâncias dos Movimentos Negros, articulados aos movimentos populares, aos sindicatos, a alguns parlamentares, a intelectuais e a outros movimentos que ocorreram em Brasília, no ano 1995. Apresentou-se um documento sobre a descrição do racismo e um planejamento de ações denominado “Por uma Política Nacional de Combate ao Racismo e a Desigualdade Racial”, endereçado ao Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), do Partido da Social Democracia Brasileiro, que tivera resultado imediato. O governo federal instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra/GTI, formado por integrantes dos Movimentos Negros e representantes do governo (MONTEIRO, 2010; ARAÚJO, 2015). Essa ação governamental, juntamente com as intervenções dos ativistas propiciou a formulação e implantação de políticas de combate às desigualdades raciais geradas pelo racismo, atendendo a algumas solicitações do próprio movimento social, que já vinha sinalizando essa necessidade de implementação das mesmas.

Dentre as ações motivadas à época, fez-se a implementação do quesito raça/cor nos Sistemas de informações, tais como, no Sistema de Informação sobre a Mortalidade (SIM), no Sistema de Informação sobre os Nascidos Vivos (SINASC) e no Sistema Nacional de Atendimento Médico (SINAM). Do mesmo modo, o recorte raça/cor também se configurou

como um quesito na criação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), que identifica a anemia falciforme (doença geneticamente determinada, prevalente em pessoas negras) e outras hemoglobinopatias. Todas essas progressões permitem desagregar os dados em saúde, qualificando a coleta em prol dos planejamentos e intervenções na área.

Em 2001, o Programa Nacional de Ações Afirmativas sob a coordenação da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça foi criado pelo governo, recolocando em pauta central o debate racial, no que diz respeito ao sistema de reserva de vagas nas universidades e concursos públicos. Nesse mesmo ano o debate dos Movimentos Negros sobre o tema “combate ao racismo, à discriminação e às desigualdades” durante a 12^o Conferência Nacional de Saúde fortaleceu a sua participação nas instâncias do SUS, aprovando diversas deliberações relativas à equidade de gênero, raça/etnia na política de saúde no Brasil (FIGUEROA, 2004; MONTEIRO, 2010).

Em 2003 o Presidente Luís Inácio Lula da Silva foi eleito, representando o PT (Partido dos Trabalhadores) assumindo, parcialmente, alguns compromissos com as classes populares que o elegeram. Em seu governo, criou-se a Secretaria de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (SEPPIR), órgão que passou a ser responsável pelo assessoramento direto e imediato ao Presidente da República, na coordenação de políticas para a promoção da igualdade racial, bem como, na articulação e coordenação das políticas para, segundo os documentos da própria Secretaria, a superação do racismo e promoção da igualdade racial (LIMA, 2010).

A implantação da SEPPIR e as articulações institucionais e políticas realizadas por ela, associadas às contínuas pressões dos Movimentos Negros, viabilizaram um passo ao encontro da promoção de políticas para a população negra. Dentre as estratégias que se destacaram, está a assinatura do Termo de Compromisso entre a Secretaria e o Ministério da Saúde, ainda em 2003, que implicou na formulação de uma política de saúde específica para população negra, baseada no seguinte documento: “Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de Equidade”, produzido por pesquisadores negros e outros atores (FIGUEROA, 2004).

Outra ação de destaque foi a realização da I e II Conferência Nacional de Promoção da Igualdade em 2005 e 2007, organizadas em parceria com o Conselho Nacional de Promoção de Igualdade Racial, configuradas como espaços que deram prosseguimento ao diálogo entre governo e sociedade civil e ao acolhimento de propostas e novas projeções (ARAÚJO, 2015).

No plano Internacional, ocorreu a realização da III Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, em Durban, África do Sul, no ano de 2001. O encontro foi um marco na trajetória de construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), resultando em um leque de

desdobramentos. As mobilizações dos Movimentos Negros, principalmente, as organizações de mulheres negras se intensificaram, cobrando dos Governos e corporações estrangeiras o comprometimento com a equidade étnico/racial (BENTES, 2002). A partir de então, o racismo passou a receber maior visibilidade enquanto fator decisivo no modo de vida das pessoas negras e nos principais problemas de saúde e acesso aos serviços públicos (LOPES, 2005).

O segundo Plano de Direitos Humanos (PNDH) foi efetivado no Brasil, após a Conferência na África do Sul, e passou a admitir a escravização e o tráfico de escravos como violações graves aos direitos humanos, reconhecendo a marginalização econômica, social e política a que fora submetida a população negra no país, expandindo o empenho por subsídios financeiros para o financiamento de políticas afirmativas. Tratava-se de um momento fundamental para o posicionamento do Brasil perante as outras nações, já que o mesmo foi pressionado a pactuar formas de reduzir e sanar as desigualdades (TRAD, 2012).

A partir da Conferência de Durban, outras deliberações sobre o tema passaram a fazer parte do Plano de Ação da Conferência Regional das Américas contra o Racismo. Por exemplo, a proposição, por parte dos governos dos países da América do Sul, de que a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) realizasse ações na direção do reconhecimento de raça/etnia e gênero como variáveis significantes para a saúde, desenvolvendo projetos direcionados para prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas negras (OPAS, 2001). Além disso, os governos da Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano da OPAS em Washington propuseram um Plano de Ação para reduzir as iniquidades em saúde que atingiam, majoritariamente, a população negra.

Ainda em 2001, especialistas brasileiros a convite das Nações Unidas no Brasil (ONU) elaboraram um documento com propostas para uma política nacional de saúde voltada à população negra brasileira (RIBEIRO, 2012). No mês de dezembro, naquele mesmo ano, em Brasília, por iniciativa do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), realizou-se um Workshop Interagencial sobre Saúde da População Negra. Esse evento contou com a presença de profissionais representantes de organizações internacionais, agentes dos movimentos negros e pesquisadores negros. O produto final fora a elaboração do documento já citado anteriormente: *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*, que deu sustentação a formulação da política de saúde para população negra (PNUD, 2001).

O Ministério da Saúde reconheceu, oficialmente, a existência do racismo institucional nas instâncias do SUS, durante o II Seminário Nacional da Saúde da População Negra, organizado pelo Comitê Técnico de Saúde em outubro de 2006. Esse comitê da Secretaria de

Promoção de Igualdade Racial foi o responsável pela elaboração da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, aprovada por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde em novembro de 2006.

O Sistema Único de Saúde passou a ser o responsável por fomentar ações que promovam a saúde da população negra, sem esquecer que o racismo, como condição histórica, acentua a vulnerabilidade dessa população (BRASIL, 2007). Contudo, a referida política só foi instituída pela portaria 992/2009, em 13 de Maio no ano de 2010, tornando-se parte da lei 12.288/10, que instituiu o Estatuto da Igualdade Racial, em que a problemática da saúde da população negra passou a ser de responsabilidade do complexo de instituições do Estado brasileiro e não, somente, uma regulamentação setorial do Ministério da Saúde (ARAÚJO, 2015).

O processo de construção da supracitada política vem sendo percorrido por meio da sistematização do ativismo negro, realizando-se através de redes, em que a militância local e regional é potencializada pela rede nacional (CRUZ et al., 2008). As redes nacionais - tais como: a Rede Lai Lai Apejo (Aids e População Negra), criada em 2002; Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde (RENAFRO), criada em 2003; Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra, lançada em 2007, durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde; Rede Nacional de Promoção e Controle Social de Saúde das Lésbicas Negras (Sapatá), criada em 2008”, (LOPES, 2010) - são compostas por organizações de mulheres negras, Movimentos Negros atuantes no campo da saúde e outros organismos sociais.

Salienta-se o papel relevante da RENAFO, que é uma instância de articulação da sociedade civil que envolve os povos da tradição de matriz africana, gestores/profissionais de saúde, integrantes de organizações não-governamentais, pesquisadores e lideranças do Movimento Negro. A mesma foi criada durante o II Seminário Nacional Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (São Luís/MA).

Os objetivos da Rede têm articulação direta com as diretrizes da PNSIPN, são eles: valorizar e potencializar o saber dos terreiros em relação à saúde; estimular práticas de promoção da saúde; monitorar e intervir nas políticas públicas de saúde, exercendo o controle social; potencializar as lideranças dos terreiros enquanto detentores de saberes e poderes para exigir das autoridades locais um atendimento de qualidade, em que a cultura do terreiro seja reconhecida e respeitada; reforçar a importância de interligar as práticas de saúde realizadas nos terreiros com as práticas de saúde no SUS; contribuir para uma reflexão sobre diferentes aspectos da saúde da população dos terreiros; estabelecer um canal de comunicação entre os adeptos da tradição religiosa afro-brasileira, os gestores/profissionais de saúde e os conselheiros de saúde.

A RENAFRO Saúde promove uma sucessão de capacitações, seminários e encontros nos estados e municípios com o objetivo de instrumentalizar os conhecimentos das lideranças de terreiros para o exercício do controle social de políticas públicas de saúde, bem como, sensibilizar os profissionais e gestores da área sobre os impactos do racismo e do racismo religioso na saúde. É relevante sinalizar as ações mais recentes (2011), desenvolvidas pela rede, pois se relacionam a execução da Política:

- I Seminário Nacional Religiões Afro-Brasileiras e Tecnologias em Saúde: ocorrido no ano de 2011, em Rondônia, teve como meta qualificar as informações sobre tecnologias em saúde para a população de terreiros, ampliar a participação das lideranças de terreiros nos espaços de controle social de políticas públicas de saúde e fortalecer as ações da RENAFRO e Saúde em parceria com o Sistema Único de Saúde.

- III Encontro Nacional de Mulheres de Axé: realizado no Rio de Janeiro, em 2012, com apoio do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) buscou incentivar a participação das mulheres de terreiro na defesa dos direitos humanos e no controle social de políticas públicas.

- Diálogos de Axé - Saúde e Direitos Humanos em comemoração aos 10 anos da RENAFRO: aconteceu em 2013, no Maranhão. Propôs a reflexão sobre temas relacionados à saúde e aos direitos humanos dos povos das comunidades tradicionais de matriz africanas. Assim como, foi um espaço de análise para os avanços conquistados pela rede ao longo de sua criação.

- II Encontro Nacional de Homens de Axé: realizado no Maranhão em 2014, desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde, Secretarias de Estado da Saúde (SES) e Igualdade Racial (Seir), Secretaria Municipal de Saúde (Semus) e Centro de Formação para a Cidadania (Akoni). O evento tivera a finalidade de ampliar as discussões sobre as interfaces da Política Nacional de Saúde do Homem e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com vistas ao fortalecimento da participação dos homens de terreiros nos espaços de controle social de políticas públicas de saúde.

- Lançamento do Projeto Terreiro Legal: aconteceu na Bahia, em 2014, de abrangência nacional, com o objetivo de informar e capacitar os sacerdotes e praticantes das religiões afro-brasileiras sobre os aspectos legais importantes, relacionados ao livre exercício do direito à liberdade de crença e de religião garantidos pela legislação brasileira. Esses aspectos são necessários para que as pessoas pertencentes às Comunidades de Terreiro possam exercitar e defender a sua cidadania, assim como combater as diversas formas de intolerâncias e discriminação.

- III Encontro sobre Saúde nos Terreiros do Recôncavo da Bahia: realizado em 2015, que tivera como objetivo dar visibilidade aos terreiros como espaços promotores de saúde e valorizar a presença das mulheres negras de terreiros na preservação da Irmandade da Boa Morte.

- Documentário “O Cuidar nos Terreiros”: aborda o conhecimento sobre o poder curativo das plantas, um dos muitos saberes das comunidades de matriz africana, lançado no terreiro de candomblé Ilê Gantois na Bahia, em 2016. Obra que foi organizada pela comunidade do Ilê Iyá Omi Asé Iamasé. O documentário é resultado da parceria entre a Rede e o Departamento de DST-AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, com o propósito de demonstrar que existem diferentes maneiras de fazer saúde e, que, as práticas terapêuticas dos terreiros e os modelos de cuidado devem ser respeitados pelo SUS.

- VIII Seminário Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde - Dialogando com as Políticas Públicas de Saúde: promovido com intento de ampliar a participação dos povos de terreiros nas políticas públicas de saúde, aconteceu no Piauí em 2016.

Cabe enfatizar que a formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra resultou das articulações e disputas decorrentes de um processo de luta contra-hegemônico, que ainda está em curso. Tal processo não se restringe unicamente ao campo da saúde, essa luta está inserida em um contexto de diferentes mobilizações pertinentes a pauta de promoção da igualdade sociorracial. Trata-se de uma mediação sociopolítica concreta, uma conquista do Movimento Negro, perante a dimensão estrutural sistemática que produz e reproduz inerentes contradições e desigualdades de gênero, de raças e de classe, envolvendo um novo projeto societário, livre de opressões, explorações e dominações.

4.2 A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: objetivo, diretrizes e marca

Com o objetivo de historicizar, caracterizar, contextualizar o processo de construção da PNSIPN em suas dimensões político-econômicas e sociorraciais, realizou-se análise documental que, segundo Bardin (2009) é um conjunto de procedimentos técnicos de caráter investigativo das comunicações, trata-se da trama que envolve as técnicas de interpretação e descrição das mensagens. Os documentos oficiais foram:

- Cartilha: A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra 2007/2012;
- Resolução n° 2 de setembro de 2014 – Dispõe sobre o Plano Operativo 2013 - 2015 da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é efeito de articulações e reivindicações históricas dos Movimentos Negros. Os principais atores políticos desse processo forjaram resistências, imputando o racismo enquanto produtor de desigualdades em todos os âmbitos da vida social brasileira. O debate, a formação e a implantação da política estão inseridos em um contexto amplo de conquista pela igualdade e pela democracia, com o exercício da cidadania garantindo a efetivação de direitos civis, sociais e políticos. Para tanto, um longo caminho foi trilhado, ora de avanços, ora de retrocessos, que foram e vêm sendo desconstruídos e reconstruídos no ímpeto de criar possibilidades reais de pequenas mudanças socioculturais.

Nessa direção, o objetivo principal da PNSIPN é promover a saúde integral da população negra, com prioridade para a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS. Em linhas gerais, são definidos os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltada para melhorias das condições de saúde da população negra. Incluem-se as ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, bem como de gestão participativa, controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra. E, busca-se garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde. Compreende-se enquanto uma Política pró SUS, inserida na própria dinâmica do sistema de saúde, além de auxiliar na implantação e efetivação dos seus princípios através de estratégias de gestão solidária e participativa. Reforça-se que é por intermédio das próprias instâncias do SUS que o objetivo da PNSIPN deve ser alcançado.

As ações desenvolvidas pelo Sistema de Saúde Público, consideradas sob a perspectiva promovida pela PNSIPN, incluem a utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas. Isso contribui para qualificar e definir as prioridades em saúde e tomada de decisões, ampliando o fortalecimento do controle social e o desenvolvimento de ações e estratégias que identifiquem, combatam e previnam o racismo institucional na gestão e no exercício profissional nas entidades do SUS. Como resultado dessas ações, soma-se, também, a contribuição nos processos de formação e Educação Permanente dos trabalhadores e a implementação de ações afirmativas, com o intuito de se alcançar a equidade em saúde e a promoção da igualdade racial.

A gestão da Política, assim como no SUS, é compartilhada entre União, estados e municípios. Ao governo Federal cabe oferecer suporte financeiro e técnico de instâncias que

promovam equidade em saúde da população negra. Aos estados compete potencializar serviços de informação, comunicação e educação com objetivo de desconstruir estereótipos, estimulando o fortalecimento da identidade negra e minimizando suas vulnerabilidades. O papel da gestão municipal, por sua vez, é junto à educação popular, em ações voltadas a promoção integral de saúde da população negra.

É de responsabilidade do SUS em todos os níveis das três esferas de governo enfrentar o racismo institucional, cabendo ao Ministério da Saúde mediar e apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, para todos os gestores e trabalhadores de saúde do país,

Os princípios da PNSIPN dialogam diretamente com os do SUS presentes na Lei nº 8.080/1990: universalidade (acesso para todos, sem custo), integralidade (atendimento integral na promoção, prevenção e recuperação da saúde) e equidade (tratamento diferente às necessidades específicas para atingir igualdade) (Brasil, 1990). Outro princípio fundamental da PNSIPN é a participação popular e o controle social indispensável para a formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde. A transversalidade é o princípio organizativo, marcado pela complementaridade com as demais políticas públicas, resgatando a visão integral do sujeito enquanto um Ser. Nesse conceito, o sujeito é o agente corresponsável no processo de seu bem estar físico-mental-espiritual, que abarca a tomada de decisões e a promoção do cuidado em suas especificidades sociais, que podem estar relacionadas a questões de gênero, de orientação sexual, a ser portador de alguma patologia grave e/ou porte de deficiência temporária ou permanente.

O princípio de equidade fundamenta e propicia a igualdade, por meio do tratamento diferenciado às pessoas que apresentam necessidades diferentes, de modo a atender demandas específicas de saúde, distribuindo, assim, um serviço e atendimento equânime. A marca da referida política é respaldada neste princípio: “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (PNSIPN, 2003, p. 18).

A PNSIPN apresenta seis diretrizes gerais que conduzem o conjunto de práticas estratégicas que visam à implementação, efetivação, monitoramento e avaliação da mesma. São elas:

I – Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da Saúde e no exercício do controle social na Saúde;

- II – Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro, nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;
- III – Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;
- IV – Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;
- V – Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo;
- VI – Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades (PNSIPN, 2003, p. 37/38).

Destacamos os itens I, III e IV não por entendê-los como mais importantes, mas pelo fato de conciliar com tópicos da pesquisa de campo que fez parte deste estudo e será retratado no próximo capítulo.

O item I diz respeito ao processo de formação e educação continuada dos profissionais de saúde com a inclusão de temas sobre racismo e saúde da população negra. Os profissionais da área lidam diretamente com esta população e precisam, então, reconhecer que o racismo é um determinante de saúde-doença para compreender de que maneira ele opera nas condições objetivas e subjetivas na vida da população negra. A formação, treinamento e capacitação adequados oferecidos aos gestores e demais profissionais da saúde objetiva promover mudanças comportamentais na gestão e no processo de trabalho, possibilitando mais atenção as peculiaridades de pessoas negras e maior qualidade nos serviços e atendimentos prestados aos mesmos. Logo, a Educação Permanente em Saúde tem papel central na operacionalização do SUS porque essa “deve ser um instrumento de disseminação do conteúdo da política de saúde da população negra” (MONTEIRO, 2010 p. 8).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposição ética, política e pedagógica, com o objetivo de modificar e qualificar a atenção à saúde e promover a formação e as práticas de educação nesse campo. Faz parte da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) uma estratégia, criada pelo Ministério da Saúde, para que haja articulação entre o processo de formação e o desenvolvimento das ações dos trabalhadores do SUS. A construção do conhecimento é elaborada a partir da vivência dos trabalhadores, considerando as questões que se apresentam em seu cotidiano nos serviços e atendimentos de saúde compreendida como prática de ensino aprendizagem.

Dessa maneira, a integração entre o trabalho em saúde e a educação contínua dos trabalhadores apresenta relevância devido à capacidade de promover mudanças dos conhecimentos técnicos – científicos e no processo de trabalho dos mesmos. Os conflitos e

questionamentos presentes no dia a dia do fazer profissional são imprescindíveis para o seu aprendizado, trata-se de um projeto político-pedagógico: “será educação permanente em saúde o ato de colocar o trabalho em análise, as práticas cotidianas em análise, as articulações formação-atenção-gestão-participação em análise” (CECCIM, FERLA, 2009)²⁴, com vistas a transformações das práticas profissionais.

O item III dispõe sobre apoio e fomento da produção de conhecimento científico, que compreende sistematizar os conhecimentos existentes e promover novas produções acerca da saúde da população negra, com objetivo de responder as dúvidas frequentes, e impulsionar descobertas que podem auxiliar positivamente nos diagnósticos, tratamentos e atendimentos, além de potencializar a divulgação dos resultados de estudos sobre esta população.

No que lhe concerne, o item IV trata dos saberes e práticas populares que incluem o conhecimento das religiões de matriz africana. Consiste-se na relevância do SUS e de seus trabalhadores reconhecerem e respeitarem diferentes formas de cura e cuidado, tanto em tratamentos como na promoção da saúde. Acentuamos esse ponto por estar em conexão imediata com a visão de saúde da população negra concebida por mulheres negras, que tem a ver com o jeito específico de lidar com seu próprio corpo e o modo de olhar a saúde, tratar a doença e promover o cuidado.

No Brasil, o modelo de medicina hegemônico está arraigado nos currículos e nas ações do sistema de saúde público e privado. Apesar disso, a medicina tradicional africana foi resguardada e preservada pelos povos negros e comunidades de terreiros (tambor de mina, candomblé etc.) que oferecem um conjunto de cuidados em saúde, tais como: acolhida, banho de ervas, rezas, rituais, cultos, infusões, escuta, adornos de proteção, entre outros. Esses saberes e práticas milenares vivenciados no dia a dia dos terreiros devem ser respeitados e os territórios de matriz africana reconhecidos enquanto espaços promotores de saúde, sendo, inclusive, integrados à rede.

Por fim, a referida política traça seus objetivos específicos, os quais citamos abaixo em caráter descritivo:

- I – Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde;
- II – Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde;
- III – Incluir o tema *Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual*, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de

²⁴ CECCIM, Ricardo Burg. FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>

formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;

IV – Identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;

V – Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados pelo SUS;

VI – Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;

VII – Identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades;

VIII – Definir e pactuar, com as três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde;

IX – Monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais;

X – Incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar;

XI – Monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antirracistas e não discriminatórios;

XII – Fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra. (PNSIPN, 2003, p. 38/40)

A formulação da Política Nacional de Saúde da População Negra, considerada como um avanço político estratégico no combate ao racismo neste trabalho, se refere a um dos caminhos ou uma das possibilidades percorridas na luta pela promoção de igualdade racial, indispensável para a transformação social. Sabemos que as políticas sociais são instrumentos que minimizam as desigualdades, e que tão somente a criação de políticas de saúde como essa que estamos tratando não será suficiente para romper com a estrutura do racismo (BARBOSA, 2015). Embora a história (protestos, articulações e conquistas dos Movimentos Negros) aponte algumas progressões sobre as relações raciais no sistema de saúde as problemáticas persistem. Um dos desafios enfrentados é a implementação da própria política.

4.3 Entraves na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

A partir de um estudo acerca das dificuldades de implantação da PNSIPN Monteiro (2010) sinaliza que uma das barreiras é a inclusão da temática étnico-racial na educação permanente em saúde. A autora conclui que apesar da Educação Permanente em Saúde representar uma real possibilidade de mudança nas práticas em saúde, desconsidera-se que as desigualdades raciais sejam um elemento determinante das interações sociais, que “estão intrinsecamente forjando as relações no processo de trabalho, ou seja, desconhece que o racismo se produz e reproduz no interior do fazer saúde” (MONTEIRO, 2010, p. 157).

Outro dado relevante é a falta de conhecimento da maioria da população usuária do SUS sobre a existência da referida política, fator que pode vir a influenciar os desfechos sobre discriminações raciais sofridas e/ou ainda direcionar essa parcela populacional a não pautar seus direitos. Uma pesquisa quantitativa²⁵ realizada na cidade de Juiz de Fora investigou o conhecimento da população negra acerca da política, seus potenciais benefícios e as dificuldades de acesso à saúde. O estudo demonstrou que do total de 391 entrevistados (pretos e pardos) cerca de 90% relataram não saber da existência da política de saúde para a população negra, sendo que maioria considera que existem obstáculos no acesso do negro à saúde. Após serem informados sobre os objetivos da política, 60,9% da amostra cogitou a sua importância (CHEHUEN NETO et al., 2015).

No Distrito Federal, Santos e Santos (2013) realizaram uma investigação com a finalidade de compreender os sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde da atenção primária sobre a PNSIPN. O resultado revela que a maioria dos entrevistados desacredita que a população negra apresente iniquidades em saúde que legitimem a necessidade de uma política específica. Os profissionais se posicionam contra a existência da mesma por acreditarem que todos os cidadãos são iguais, como se não existisse diferença no acesso, e que a política oferece privilégios aos negros (SANTOS & SANTOS, 2013). Informações como essas refletem a falta de conhecimento acerca das desigualdades raciais no Brasil, especialmente, no campo da saúde pública, bem como a negação do racismo e seus impactos nocivos na forma de nascer, adoecer, cuidar e morrer das populações negras. As mesmas evidenciam a urgência nos processos de formação e Educação Continuada, no tocante aos temas racismo e saúde da população voltada aos profissionais e gestores da área.

Podemos observar que muitas são as barreiras para a efetivação da PNSIPN. Em vistas de tais obstáculos, evidenciados por pesquisas e manifestações dos movimentos negros no sentido de exigir a implementação concreta da política, foram formuladas estratégias que buscam atingir a efetivação da lei.

Em conformidade com essas estratégias, o II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra 2013-2015, apresentado pelo Ministério da Saúde, teve por objetivo construir procedimentos para efetivar a política de saúde para população negra, no sentido de melhoria na condição do acesso aos serviços de qualidade. A inclusão da política nos organismos de saúde abriu caminhos para o reconhecimento do preconceito e do racismo, tal como, do racismo institucional, como fatores determinantes da má qualidade do atendimento

em todas as instâncias de saúde, seja particular ou pública. Uma das exigências do plano é apresentar aos organismos de saúde a importância dos recortes de gênero, raça e etnia como temas orientadores de construção de políticas que fortaleçam os debates sobre as doenças prevalentes, que acometem o povo negro e o torna vulnerável diante das fragilidades de atendimento imposto pelos organismos de saúde.

Para pensar a promoção da equidade em saúde, como preconizado pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída pela Portaria nº 992/2009, foi preciso estabelecer prioridades gerais, retomando a significância dos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde, e no exercício do controle social na saúde. A formação precisa mostrar para esses profissionais a necessidade de atendimentos e olhares específicos para as populações negras, pois o preconceito, o racismo e as intolerâncias correlatas, determinam o modo de nascer, adoecer e morrer, parafraseando LOPES (2004). De modo semelhante, faz necessário ampliar o fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, através dos comitês técnicos de saúde da população negra, para garantir de fato a implementação das políticas em todas as secretarias de saúde nos municípios brasileiros.

O objetivo desses comitês é dialogar com as comunidades negras e as instituições de governo. Em consequência, essas interlocuções garantem o fortalecimento e a garantia das políticas em saúde com os recortes necessários para a reconstrução de um atendimento humanizado. Sendo assim, o II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra apresenta como proposta o estabelecimento de cinco eixos, com várias estratégias e um problema. Os cinco eixos propostos são:

1. Acesso da população negra nas redes de atenção à saúde;
2. Promoção e Vigilância em Saúde;
3. Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra;
4. Fortalecimento da participação e do controle social;
5. Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população negra. Problema: Dificuldade de acesso da população negra à atenção à saúde.

A seguir, descrevemos as estratégias formuladas para cada eixo no II Plano Operativo:
Eixo 01:

- Qualificar a atenção integral as pessoas com doença falciforme, garantindo o acesso e a qualidade dos programas estaduais de triagem neonatal, na fase 2, em todos os estados da

federação e atenção especializada às gestantes e ao parceiro com diagnóstico de doença falciforme, conforme os protocolos da Rede Cegonha.

- Garantir o acesso das gestantes negras aos exames essenciais durante a gestação (exames laboratoriais e ultrassonografia), assim como a realização de consultas de pré-natal, de acordo com os protocolos da Rede Cegonha.

- Garantir o acesso ao exame de mamografias na faixa etária preconizada (50-69 anos) em mulheres negras, até 2015.

- Incluir e promover a temática de Saúde da População Negra e enfrentamento do racismo como tema transversal a Saúde Mental, nos processos de capacitação e formação da Rede de Atenção Psicossocial, assim como, nos materiais de formação da rede.

- Introduzir o tema do racismo institucional como aspecto relevante para a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com foco no desenvolvimento de linhas de cuidados, visando o acolhimento e atenção ao sofrimento mental, desencadeado pelo racismo.

Eixo 02:

- Apoiar intersetorialmente a implementação de ações para prevenção de violência nas Unidades Federadas, observando os municípios com mais altos índices de homicídios, de agressões e de vitimização da população negra.

- Fomentar junto à União, Estados e Municípios a implementação de ações e serviços de saneamento básico, para comunidades quilombolas.

- Fomentar o papel social das comunidades tradicionais de terreiro enquanto espaço privilegiado de promoção da saúde.

- Incluir a análise do recorte raça/cor nas informações epidemiológicas especialmente nas doenças e agravos de notificação compulsória, divulgadas pelos gestores do SUS.

Eixo 03:

- Incluir a temática étnico-racial nas capacitações, assim como na política nacional, estadual e municipal de educação permanente de trabalhadoras/es do SUS, especialmente para o combate ao racismo institucional, interpessoal e racismo internalizado, fortalecendo processos de humanização no SUS e a emancipação de negras e de negros.

- Contribuir com a produção do conhecimento em saúde da população negra.

- Fomentar o desenvolvimento de pesquisas com foco nas prioridades de saúde da população negra.

- Incluir princípios e políticas de Ação Afirmativa, de acordo com a Lei 12.288/2010, em concursos e seleções públicas para trabalhadoras/res da área da saúde.

- Promover ações e estratégias de vigilância em saúde do trabalhador que considerem o impacto do racismo nas relações de trabalho e inclusão do quesito raça/cor para garantia de dados desagregados, em relação a esses agravos nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

- Promover a articulação intra e intersetorial nas diversas esferas de gestão visando a valorização e o reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo os preservados pelos povos e comunidades tradicionais.

Eixo 04: • Fomentar a implementação e o fortalecimento dos comitês técnicos estaduais de saúde da população negra e/ou de promoção da equidade, áreas técnicas, grupos de trabalho, entre outras instâncias, de Saúde da População Negra.

- Apoiar a participação dos movimentos sociais negros nos espaços de controle social e gestão participativa da saúde.

- Apoiar a formação dos movimentos negros referente ao exercício da cidadania, a saúde e defesa do SUS por meio de cursos, oficinas, encontros e formações.

Eixo 05:

- Estabelecer mecanismos institucionais de gerenciamento e monitoramento da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

- Qualificar a coleta do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde do SUS, nas três esferas de governo, até 2015.

O referido plano está em consonância com o Plano Nacional de Saúde (2012-2015) e, da mesma forma, com as demais políticas do SUS devido a sua dimensão transversal e interseccional. Esse plano é encarregado por viabilizar a PNSIPN através da gestão compartilhada do sistema de saúde, sendo que a prioridades das ações, o financiamento, monitoramento e avaliação devem ser inseridos nos Planos de Saúde de cada ente federado e nas Programações Anuais de Saúde. Embora todos os pontos abordados pelo II Plano Operativo visem efetivar, monitorar e a avaliar a Política de Saúde da População Negra, a sua fase atual tem sido marcada pela descontinuidade das ações e o descompromisso dos governos para com a sua implementação, devido as suas estratégias governamentais reacionárias citadas mais à frente.

Portanto, os inúmeros avanços advindos de reivindicações dos Movimentos Negros, que foram determinantes para que o Estado produzisse uma legislação contra o racismo e seus efeitos, vêm sendo desconstituídos. As políticas de natureza antirracistas, as ações afirmativas e as leis que davam visibilidade aos avanços, fruto de luta coletiva, não foram suficientes para garantirem as suas próprias permanências, gerando um processo de desmonte. No panorama

atual, o Governo imposto pelas elites conservadoras a partir de 2016 agravou ainda mais a fragilidade da gestão democrática, participativa e inclusiva, silenciou as vozes e os avanços propostos pelos movimentos de luta.

O programa de Governo do atual Presidente da República, Michel Temer, do PMDB (Partido Brasileiro Democrático), vem provocando reformas administrativas no intuito de minimizar a estrutura estatal, para além de diminuir os números de ministérios. Tais reformas promoveram grandes cortes orçamentários que impossibilitaram a continuidade das políticas específicas para as populações historicamente marginalizadas, e assim, organismos importantes para a luta antirracista (SEPPIR, Fundação cultural Palmares e outros) perderam o caráter de expressão de luta e passaram a atuar como simples espaços de representação negra.

A SEPPIR com seu papel de articuladora e indutora de atuação de outros ministérios e órgãos de governos, promovendo a interlocução com organismos internacionais e nacionais, na busca de garantir as políticas de igualdades de oportunidades, perdeu o seu caráter de intervenção. E, conseqüentemente, todas as políticas antirracistas que dialogavam com os demais ministérios sofreram retaliações e perderam a força de atuação de base. Sobretudo as políticas de saúde das populações negras, que estão impossibilitadas de atuação devido aos cortes orçamentários do Governo Federal. Outra questão, que sofre suspensão nesse contexto, trata da ampliação dos comitês técnicos de saúde da população negra, no território nacional, que dependem de técnicos e infra-estrutura para funcionamento. Esses seriam espaços de participação relevantes para operacionalizar a gestão local e a implantação da PNSIPN.

Nesse quadro, os processos de desmonte nas áreas sociais, que foram impulsionadas pelo avanço das políticas neoliberais no Brasil, ocorridos nas últimas décadas, tem se intensificado. As últimas Reformas aprovadas pelo atual governo Temer, tais como a Reforma do Ensino Médio, Reforma Trabalhista e a Reforma da Previdência Social (em processo de tramitação, ainda não aprovada) restringem mais os direitos da classe trabalhadora. Outro exemplo desse quadro de precarização foi a aprovação da PEC 241/2016 que trata do congelamento de alguns gastos públicos, dentre eles, a educação, saúde e salário mínimo, que estarão sem chances de aumentos reais durante os próximos 20 anos.

Especificamente no âmbito da saúde, podemos citar a abertura do capital internacional para oferta dos serviços de saúde, o aumento das parcerias público-privado, bem como, a eclosão das privatizações de hospitais públicos justificados pelo sucateamento dos organismos do SUS e pela ineficiência da gestão pública. Mais um retrocesso que completa esse quadro é a redefinição do caráter universal de saúde para a “cobertura universal” proposta pelo Relatório Mundial da Saúde “Financiamento dos Sistemas de Saúde - O caminho para a cobertura

universal, 2010” (OMS, 2010). A saúde pública passa então por um processo de retrocessos e tem sido dominada pelos monopólios de corporações internacionais, que preveem a obtenção de lucros. A marca universal e gratuita do SUS vem sendo desmantelada. Nessa conjuntura a saúde passou a ser uma mercadoria “a saúde tem sido insensivelmente transformada em mercadoria” (DAVIS, 2017, p. 54).

A demolição dos direitos sociais, civis e políticos, conquistados por meio de muitas lutas, vêm sendo orientadas pelo neoliberalismo e as políticas aplicadas nesse paradigma são extremamente conservadoras e antidemocráticas. Suas práticas estão voltadas para a desregulamentação da economia, para uma maior flexibilidade em torno dos acordos de atividades econômicas e políticas, para a isenção da concorrência entre os mercados, para manutenção do livre comércio, para a privatização de empresas estatais e/ou para administração por meio de parcerias público-privadas. Esta doutrina é a via de organicidade social e política dominante há algumas décadas em diversos países do mundo (PRONKO, 2015).

Esse contexto econômico, político e social rígido presidido por um Governo altamente elitizado e reacionário que estamos vivenciando é nocivo a saúde. As estratégias governamentais que estão sendo efetuadas atingirão avassaladoramente negras e negros, porque esses já se encontram às margens e suas condições sociais serão agravadas, logo, conseqüentemente sua saúde também. Com o desmonte do SUS caminhando a passos largos, o acesso das populações marginalizadas aos serviços de saúde se tornará uma questão especialmente urgente.

Não podemos finalizar este capítulo, sem sobressaltar a gravidade do racismo religioso com o aumento das frequentes perseguições e ataques sofridos pelos terreiros de matriz africana no cenário nacional nos últimos tempos. A integridade e o direito dos povos negros são ainda mais feridos não somente por serem impedidos de expressar a sua visão de mundo, mas também, pela sua correlação com os cuidados em saúde. Diante desta realidade social é que a pesquisa de campo foi realizada, buscando responder algumas questões:

1. Como as relações raciais são abordadas e tratadas na formação e atuação dos profissionais integrantes da equipe multiprofissional de saúde?
2. Os temas racismo e saúde da população negra no processo de formação e Educação Permanente têm contribuído para melhorias qualitativas nas práticas dos profissionais de saúde?
3. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra desperta alguma mudança nas ações e gestão das instituições, com relação à atenção e o cuidado, oferecidos a população negra nos atendimentos e serviços de saúde?

No próximo capítulo apresentaremos as análises do campo efetuadas através de entrevistas semiestruturadas e observações desempenhadas na sala de espera de uma unidade de saúde.

4.4 A implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: um estudo de caso

Este subcapítulo é o resultado da pesquisa de campo realizada em uma determinada Unidade Básica de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde, situada no complexo de Manguinhos, território popular predominantemente negro, no município do Rio de Janeiro. Com o objetivo de analisar a implementação da PNSIPN, efetuamos a coleta de dados através de entrevistas semiestruturadas e observações (sala de espera). Apresentamos aqui, o percurso metodológico da investigação, as informações gerais sobre a organização, funcionamento e localização da UBS e, por fim, o resultado das reflexões e análises do material empírico coletado e analisado.

4.5 Percurso metodológico e o campo de pesquisa

O presente estudo buscou analisar de que forma a PNSIPN vem sendo implementada na prática dos profissionais de saúde de uma determinada UBS da Cidade do Rio de Janeiro. Diante do contexto político-social e econômico que atravessamos, as populações historicamente estigmatizadas, sofrerão, por sua condição, com maior intensidade os impactos nocivos do processo de desmonte social. Deste modo, entendemos a pertinência e relevância de estudos que situem as relações raciais no centro dos debates acadêmicos, populares e políticos.

Esta investigação adquire importância pela contribuição que pode oferecer no âmbito acadêmico, devido a temática racial ainda ser um tabu frente à comunidade científica brasileira, que se configura enquanto um não lugar de negras e negros, especialmente quando se trata de escrevivência (escritas de si)²⁶, onde os negros são agentes pesquisadores e não como mero objeto de estudo. No debate político, por colaborar com a reflexão acerca das estratégias de desconstrução do racismo rumo à reorganização de uma sociedade antirracista. Pode contribuir também para o aprofundamento dos estudos sobre Políticas Públicas, no sentido de inserir o

²⁶ Escritas a partir da vivência enquanto mulher negra: “eu sempre tenho dito que a minha condição de mulher negra marca a minha escrita, de forma consciente inclusive. Faço opção por esses temas, por escrever desta forma. Isso me marca como cidadã e como escritora também” (EVARISTO, 2017). Disponível em: <https://oglobo.globo.com/cultura/livros/conceicao-evaristo-literatura-como-arte-da-escrevivencia-19682928>

recorte racial na formulação e implementação de políticas neste setor, um debate ainda superficial neste contexto.

A pesquisa de campo proporciona uma maior aproximação com a realidade estabelecendo uma interação com os seus agentes, o que permite sistematizar um conhecimento empírico sobre valores, atitudes, crenças, e hábitos relevantes para este tipo de abordagem que compreende as relações e as representações (MINAYO, 2007). O estudo é de abordagem descritiva e perspectiva qualitativa, a coleta do material empírico foi operacionalizado por meio de entrevistas semiestruturadas e observações (sala de espera) na UBS.

A Unidade Básica de Saúde pertence à rede de saúde da Atenção Primária do SUS, localizada no território de Manguinhos, uma região onde negros e pobres são dominantes, correspondente à Área Programática (AP) 3.1 do Município do Rio de Janeiro. A Atenção Básica foi reorientada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que está fundamentada nos pressupostos do SUS. É através da Estratégia que a UBS reorganiza as prioridades com relação às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, tendo como objetivo redirecionar a prática da atenção à saúde em novas bases, levando a saúde para mais perto da família para melhorar a qualidade de vida da população. A UBS conta com equipes da ESF e multiprofissional.

Os trabalhadores das equipes realizam consultas individuais, atividades em grupos, apoio diagnóstico e terapêutico, práticas voltadas ao cuidado em saúde prioritariamente na unidade e no domicílio quando necessário. Na comunidade, mapeia o território de atuação, identifica a população exposta a riscos, vulnerabilidades etc. A triagem dos usuários que chegam na UBS é efetuada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que são responsáveis pelos agendamentos de consultas e/ou direcionamento para os atendimentos de demanda livre.

A população adscrita do território de Manguinhos, atendida prioritariamente na UBS de acordo com a regionalização do sistema, apresenta baixos índices sociais, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (2000), por exemplo, que avalia as condições de vida da população a partir da educação, da renda e da saúde, aponta Manguinhos como o quinto pior índice dentre 126 bairros do Município. Segundo dados gerais do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) o complexo de Manguinhos apresenta um total de 36.160 moradores. De acordo com critério de raça/cor a população do território se autodeclara: branca - 12.443; preta - 5.752; parda - 17.464; amarela - 481 e indígenas (nativos) - 20.

A entrevista, enunciada como uma das técnicas utilizadas na coleta de dados, segundo Pinheiro (2004, p.157), é compreendida como “prática discursiva, ou seja, entendê-la como ação - intenção - situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se

constroem versões da realidade.” Buscou-se alcançar os sentidos das realidades sociorraciais que se apresentam na área da saúde, sobre questões correlacionadas a implementação efetiva da referida Política, objetivo geral do estudo. Este método buscou obter informações dos interlocutores a respeito da sua vivência profissional, sua percepção e atuação frente às questões que envolvem a saúde da população negra e as relações raciais envolvidas no processo de trabalho seja através dos atendimentos e serviços prestados à população, seja na interação com a equipe e com comunidade, levando-se em consideração que a população dominante no território é negra e pobre.

No projeto de pesquisa estava previsto entrevistar 8 trabalhadores da Unidade Básica de Saúde (UBS) da Atenção Primária das seguintes categorias: médico generalista, assistente social, psicólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, agente comunitário, e um docente da área de ensino/pesquisa. A priori, o único critério estipulado de inclusão era a correspondência com as categorias previamente definidas.

A chegada ao campo nos deparou com a diferença entre as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a equipe multiprofissional, no que diz respeito a sua composição e as relações de trabalho. Os trabalhadores que compõem a ESF respondem a gerência da instituição e estabelecem vínculos por contratos de trabalho seguindo a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). Já os integrantes da equipe multiprofissional são servidores públicos e estão ligados à chefia do UBS. Assim, os trabalhadores da ESF foram indicados e abordados pela gerência, recorrendo ao critério de disponibilidade de cada um. A abordagem da gerente era feita na minha presença, não houve nenhuma recusa e as entrevistas foram realizadas no mesmo dia. Os trabalhadores da equipe multiprofissional foram abordados por mim, chegamos a eles através de uma lista fornecida pela unidade, que continha seus respectivos nomes e profissões, para cada categoria havia pelo menos dois trabalhadores, ou seja, no mínimo dois nomes. Neste caso o critério estabelecido foi de entrevistar o primeiro que fosse localizado, respeitando o seu interesse, tempo e agenda. No decorrer desta trajetória nos defrontamos com uma das estagiárias da UBS, estudante do Ensino Médio integrado, e entendemos que a sua contribuição enquanto interlocutora seria de relevância para o estudo. Com exceção da estagiária as entrevistas ocorreram na própria UBS.

Todos os sujeitos entrevistados tiveram espaço e oportunidade de expor seus olhares e percepções, que ora se interligavam, ora se distanciavam acerca das relações raciais vivenciadas por eles no campo estudado. Apesar disso, percebemos que em alguns momentos durante a entrevista nem todos se sentiram a vontade para responder à todas as questões. Em geral, relacionamos este fato à resistência que a sociedade ainda apresenta em abordar temas que

dizem respeito às relações raciais e de gênero e/ou um possível receio de comprometer suas relações de trabalho frente a instituição, mesmo cientes da ocultação de suas identidades nos resultados. Dois interlocutores da equipe multiprofissional expressaram uma série de questionamentos a respeito do estudo, desde o tema, a metodologia, à comprovação escrita (parecer do CEP) e verbal (confirmação com setor responsável) antes de aceitar e agendar sua participação. Entretanto, as contribuições foram altamente significativas para compreender as interações raciais, de classe e gênero na UBS. O método de exploração das entrevistas realizou-se pela transcrição e análise das mesmas, o primeiro passo após a transcrição foi a conferência da sua fidedignidade. O material empírico foi lido/revisto/interpretado durante todo o processo de análise à luz dos pressupostos teóricos. Com o objetivo de garantir o sigilo das identidades dos interlocutores da pesquisa cada um deles recebeu uma identificação numérica aleatória de 1 a 9.

As diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitadas a contento da integridade e bem estar dos participantes. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi entregue e assinado com o objetivo de afirmar a anuência do participante e o compromisso de corresponsabilidade sobre aspectos primordiais como sigilo, potenciais riscos, benefícios, retorno do resultado, entre outros. É interessante apontar o denso processo burocrático percorrido para a autorização desta pesquisa que fora avaliada por três instâncias diferentes para então ser consentida. O projeto foi submetido para avaliação de dois Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), da EPSJV e da instituição que o serviço de saúde está subordinado, por fim, pela própria Unidade Básica de Saúde. O CEP da EPSJV apresentou observações sobre itens do TCLE, alguns questionamentos sobre o roteiro de entrevista, como por exemplo, a pergunta relacionada à identidade de gênero, no qual tivemos que discorrer uma justificativa sobre a necessidade da mesma e surpreendentemente a “indicação” da não identificação da UBS com fins de garantir e proteger os próprios trabalhadores de saúde. Para garantir a realização do estudo acolhemos a “orientação” do CEP, porém, enquanto ativistas e intelectuais orgânicas que somos não deixamos de lado a crítica às regras e regimentos alinhados a ideologias normativas e conservadoras que regem os Comitês de Ética em Pesquisa. Neste caso, a não divulgação de um dado considerado essencial no resultado como um todo, maquiando a realidade da implementação de Políticas Públicas em Saúde na Cidade do Rio de Janeiro. O resultado da presente investigação poderia contribuir para uma avaliação coletiva das Unidades de Saúde do município no que tange a saúde da população negra, inclusive, servir como um instrumento para os movimentos e trabalhadores que lutam pela defesa e garantia de acesso

universal à saúde como meio de pressionar a gestão municipal, estadual e federal sobre a emergência de melhorar a equidade nos serviços e atendimentos do SUS por meio da PNSIPN.

A observação, também utilizada na pesquisa de campo, é definida por Minayo (2007) como “um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica” (Minayo, 2007, p. 70). Esta técnica provém uma maior proximidade com o campo, uma espécie de convivência informal com os participantes e não participantes do estudo e com a população local atendida pelo serviço permitem a livre captação e registro de situações concretas no momento em que estão acontecendo. As observações foram realizadas na sala de espera da UBS, aqui, considerou-se sala de espera os locais que os usuários costumam aguardar por atendimentos, agendamentos, consultas e retirada de medicação, ou seja, o salão oficial de espera, os corredores onde ficam localizados os consultórios, o local em frente a farmácia e o pátio da unidade. As observações duraram aproximadamente entre 1h e 30 min. às 2h, em horários, dias e turnos diversificados, durante os meses de setembro a novembro, em caráter de exceção, um dia no mês de dezembro, enquanto aguardava um dos trabalhadores para realizar a última entrevista.

O processo de observação ocorreu concomitante as entrevistas de maneira que possibilitaram a confrontação e análise entre as duas abordagens. A coleta de dados teve início por meio das observações e na medida em que as entrevistas foram executadas se complementavam as observações, possibilitando a captura de aspectos de ordem comportamental, cultural, discursiva, relacional, emocional, até mesmo a interação visual e verbal estabelecida entre a pesquisadora (eu) e as pessoas (usuários, trabalhadores) que circulavam pela instituição. Toda e quaisquer situação correlacionada, mesmo que indiretamente, ao objeto de estudo foi registrada no diário de campo. A finalidade das observações era de olhar atentamente situações sociais que envolvessem a intersecção entre as relações raciais e de gênero, sobretudo, a questão da raça durante a rotina dos trabalhadores e a dinâmica de trabalho na UBS. Observar se as relações raciais são percebidas no exercício do fazer profissional, de que forma se expressam, se os usuários demandam tais questões de que maneira elas aparecem e como são tratadas. Atentar para as práticas que estão envoltas nesta trama de relações bem como perceber se estão ou não de acordo com os princípios da PNSIPN.

4.6 Resultados

A etapa final de investigação consiste na análise, mesmo que este seja um processo em andamento ao longo da trajetória do estudo. Trata-se do fechamento do ensaio embasado no material empírico coletado e nos pressupostos teóricos. Desta forma, esta etapa da pesquisa efetuou-se pelo método de análise de conteúdo que para Bardin significa:

conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, apud MINAYO, 2007, p. 83).

Como parte do processo de análise de ambas as técnicas utilizadas na coleta do material empírico identificamos diversas situações que retratam tanto similitudes quanto contradições indicando a complexidade de análises de estudos que se referem às questões raciais como temática central. Organizamos a análise em torno dos seguintes núcleos temáticos: *a) Saúde e acolhimento da população negra e pobre do território de Manguinhos; b) Raça e Classe categorias de intersecção; c) Equivalências entre racismo e outras formas de sofrimento; d) Terreiros de Matriz Africana como espaços promotores de saúde; e) Saúde da População Negra e Racismo elementos fundamentais na formação em saúde; f) Implementação da PNSIPN*

Os registros do campo e as entrevistas apontam que a maior parte das trabalhadoras da UBS é feminina:

“no nosso ambiente aqui eu acho que é 90% feminino” (E1)²⁷.

“no centro de saúde a presença da mulher é muito grande, muitas mulheres são trabalhadoras também tem homens, mas um percentual pequeno” (E7).

Observamos que apesar das mulheres realmente serem a grande maioria das trabalhadoras da unidade, inclusive ocupando os cargos de chefia, a racialização deste fenômeno é imperceptível para a maioria dos interlocutores. Os cargos atendem ao padrão hierárquico pré-definido pela estrutura racial, onde as funções desempenhadas por mulheres negras são de baixo ou nenhum prestígio social, menor exigência de qualificação e remuneração bem inferior. Nos serviços gerais, por exemplo, elas são quase a totalidade, existem homens negros neste cargo, mas são poucos e o número de mulheres brancas nesta categoria é ínfimo (identificamos apenas uma mulher branca durante as observações):

²⁷ Identificação numérica aleatória de 1 a 9.

[...] alguns cargos que são mais valorizados socialmente são mais bem remunerados. A quantidade de mulheres negras é praticamente inexistente, em contrapartida, em cargos como serviços gerais e auxiliar de limpeza as mulheres negras são dominantes, mais até que os homens negros, no caso. (E9)

O entrevistado reconhece a existência da reprodução hegemônica baseada em estruturas de dominações raciais expressas, aqui, na naturalização da divisão sociorracial do trabalho, na qual está explícita a subalternidade e a invisibilidade das mulheres negras construídas historicamente enquanto um dispositivo de dominação, cristalizada através das relações de opressão racial e exploração da sua força de trabalho que, por conseguinte, a mantém na base da pirâmide social por mais de um século. Ainda com relação aos apontamentos sobre o quadro de trabalhadores na UBS, não identificamos nenhuma médica ou médico negro, é inexistente a presença de profissionais do Programa Mais Médicos, bem como pessoas com deficiência (visível), não notamos e também não soubemos informações sobre a existência de profissionais transexuais. Reparamos que diferentemente dos demais espaços onde as mulheres são predominantes, os dois recepcionistas são homens negros. Entre os agentes comunitários de saúde as mulheres negras e brancas são dominantes, as exceções apenas confirmam a regra:

[...] agentes de saúde vários são negros outros são brancos, mas economicamente, por exemplo, a gente tem até enfermeiros negros como eu falei né, mas nossos médicos não tem nenhum negro, verdade,...enfermeiro até chefe, a enfermeira é negra, a gente tem técnico de enfermagem negro, talvez até mais do que brancos [...]. (E2).

Fica explícita a falta de expectativa do trabalhador não ter uma chefia negra. A manutenção do privilégio racial fica distribuída entre os cargos e funções na UBS que, em geral, é naturalizada pelos trabalhadores que na maioria não notam ou se mantém neutros devido à “naturalidade” dessa relação em diversos outros espaços: torna-se comum a ausência de médicos negros na equipe, uma categoria superestimada e, ao mesmo tempo, banal a frequência negra massiva nas áreas de serviços gerais. Trata-se do racismo estrutural seguindo o seu padrão de normalidade, utilizando os termos de Almeida (2016).

Neste sentido, foi possível ratificar, concretamente, a realidade denunciada por intelectuais negras como Davis (2000; 2016; 2017) e Crenshaw (2004), conforme demonstrado anteriormente, no que diz respeito ao processo de intersecção entre raça, classe e gênero, como é o caso, por exemplo, da perpetuação de atividades subalternas serem destinadas às mulheres negras, como vimos acima, e pela constatação de que os moradores são pobres e negros na região de Manguinhos. Diante disto, definimos o primeiro o primeiro núcleo temático:

a) Saúde e acolhimento da população negra e pobre do território de Manguinhos:

[...] população da comunidade 99% da população gente, são negras ou são descendentes ou são pardos, entendeu?! (E3).

[...] “as pessoas que moram aqui em Manguinhos então a gente vai tratar todo mundo mal né porque 80% da população imagino que seja considerada parda, negra né, não branca [...] a gente acaba relacionando a raça a questão social também né, menos estudo, emprego né precário e aí a necessidade do SUS” (E7).

“Pois é o que eu vejo que aqui é todo mundo preto” (E1).

As estatísticas apresentadas anteriormente sobre a composição racial dos moradores do território referido puderam ser verificadas tanto nas observações como nas entrevistas, no entanto, os interlocutores acreditam que a população negra, por ser maioria, é tratada de maneira igual aos demais usuários do serviço. Aqui, o recorte de gênero aparece, mas não é dominante, ao contrário do que os relatos demarcam sobre a divisão de gênero no quadro de trabalhadores da UBS, o que sobressai mesmo é o caráter racial dos moradores. Nossas observações apontam para a intersecção entre raça, gênero e classe. Conforme as autoras citadas, tais opressões estão interligadas. Assim, a grande maioria das usuárias que buscam atendimento são mulheres pobres e negras, elas se fizeram presentes em todos os momentos observados buscando atendimento para si, levando seus filhos para consultas e vacinação, realizando pré-natal, acompanhando outros usuários tanto os homens, como idosos e até mesmo outras mulheres. São elas também que vão até a unidade retirar a medicação quando necessário e fazer os agendamentos para seus familiares.

[...] se você olhar na fila ou pelo Centro de Saúde que a maioria dessas pessoas são do território de Manguinhos são homens e mulheres negras, principalmente, as mulheres negras que acabam sendo as que levam os seus filhos e mães etc., além delas mesmas (E9).

[...] a gente atende boa parte da nossa população, talvez até de mulheres negras por que as mulheres negras vêm mais aos serviços ou pra elas mesmos ou pra trazerem seus filhos então frequentam o SUS de maneira geral né (E7).

Nesta perspectiva, a pobreza é um agravante na situação de vulnerabilidade das mulheres negras aumentando seu grau de stress e potenciais riscos para desenvolver patologias de ordem psíquica, emocional e física tais como depressão, hipertensão, doenças cardiovasculares e o uso prejudicial de álcool e drogas (WHITE, 2000). Avistamos dois usuários negros que davam indícios de transtornos mentais, a primeira era uma senhora negra

idosa com ferimento na perna (curativo) que andava pela unidade falando sozinha carregando sacolas aparentemente pesadas “Sra. mais velha de blackinho²⁸ todo branco já passou diversas vezes, de um lado para outro, pela sala de espera falando sozinha” (Diário de campo, registro de 29 de setembro de 2017). O segundo, um homem negro alto, de meia idade, muito frequente na unidade de saúde. Notamos por diversas vezes sua presença durante as observações, tanto no período da manhã como pela tarde. Ele estava sempre sentado no mesmo banco no pátio da sala de espera, em alguns momentos vimos o mesmo recebendo lanche, ele comia e ali permanecia sentado. Seu comportamento era quieto e calado “não interage, não conversa, realiza movimentos com as mãos lentos e repetitivos em direção à cabeça” (Diário de campo, registro de 18 de setembro de 2017). Na entrevista os interlocutores apontaram a presença cotidiana deste usuário na unidade associando a sua permanência ao acolhimento que é oferecido pela instituição, o que justificaria a qualidade dos serviços e atendimentos prestados para todos os usuários sem distinção de tratamento mesmo sendo um paciente de outro serviço do SUS:

[...] ele vem pra cá todo dia, ele é o primeiro a chegar o último a sair, o pessoal já levou pro Caps, mas volta. [...] sempre tem uma pessoa, uma família que fica aqui acho que isso mostra um acolhimento aí no serviço, tratando as pessoas, no geral, pelo menos estes dois que to lembrando, um atual e uma antiguiinha que os dois são negros, acho que tem um ambiente acolhedor [...] (E7)

[...] um paciente psiquiátrico que passa o dia aqui com a gente e não é nosso paciente, ele vem de manhã e quando fecha ele vai embora, toma o café da manhã, almoço e passa o dia com a gente é negro, é cuidado, acolhido pelo centro sem ser paciente do centro [...] e do SUS então ele é acolhido, na verdade ele é um paciente do Caps seria, então assim, tá aqui há anos já virou funcionário e é negro (E2).

A partir da análise do material empírico sinalizamos uma contradição entre o discurso dos profissionais e as práticas que puderam ser observadas dentro deste aspecto. Como já dissemos, é real e constante a presença de usuários negros na UBS tanto quanto a assiduidade deste usuário com transtornos psíquicos. Entretanto, pelo que foi possível capturar durante as observações, percebemos pouca movimentação de interação com este usuário ainda que receba certa assistência, o mesmo passa o dia inteiro sozinho calado no mesmo lugar e, as vezes que vimos algum trabalhador se dirigir a ele foi apenas para entregar-lhe a alimentação.

²⁸ Black Power (poder negro) movimento conhecido mundialmente que evidencia a cultura e a resistência negra em uma sociedade predominantemente racista. O cabelo Black Power é um dos principais símbolos deste movimento cultural que começou a ganhar destaque nos anos 1960 e 1970, principalmente nos Estados Unidos com ideia de desconstruir a referência de beleza eurocêntrica e fortalecer a identidade e raízes africanas por meio da estética negra, entre outras questões. Cabelo Black cabelo crespo natural “blackinho”. Para saber mais acessar: <<https://www.geledes.org.br/tag/cabelo-black-power/>>.

Queremos ressaltar que não descartamos a possibilidade da unidade, em geral, proporcionar um ambiente acolhedor e serviços de qualidade, percebemos que há certa acolhida por parte dos trabalhadores e esforço para oferecer qualidade nos atendimentos. Porém, o fato por si só, deste usuário negro passar o dia na instituição não garante o compromisso na acolhida e qualidade nos serviços. Indica uma movimentação para este fim, no entanto, os determinantes sociorraciais que levam o mesmo a desenvolver esse tipo de patologia não é levado em consideração:

“Então o discurso do Centro de Saúde é de trazer sempre melhorar e inovar o serviço de saúde e trazer um serviço de saúde que seja de qualidade, então, os discursos que são ditos para nós são esses...eu vejo...(é complicado) eu vejo na postura de muitos profissionais essa tentativa de fazer o melhor só que, ao mesmo tempo, eles não consideram pra que seja... para um sistema de saúde que seja de qualidade, eles não consideram as relações étnico/raciais, eles não consideram as particularidades, eles não consideram como relações relevantes. Então, fica na minha cabeça ao mesmo tempo, o discurso dos profissionais e do centro de Saúde, mas também eu percebo que é o que eles não fazem, então há o que eles acreditam fazer e o que eu sei que eles não estão fazendo” (E9).

Destacamos neste texto a preocupação da UBS para com a melhoria dos serviços visando à qualidade e o empenho dos trabalhadores para este fim, por outro lado, não compreendem as relações raciais como parte essencial na construção dessa qualidade. O entrevistado refere, e concordamos, sobre a diferença entre os trabalhadores pensarem estar fazendo, mas sem de fato realizar porque as questões raciais sofrem o processo sistemático de invisibilização, assim, não compreendidas como relevantes na qualidade dos serviços. Lançamos a nossa inquietação: Quando tais relações são desconsideradas é possível acolher e oferecer qualidade desconhecendo os impactos do racismo na vida dos usuários?

Neste sentido, embora o processo de observação tenha ocorrido em momentos pontuais, não em longo prazo, elencamos algumas reflexões cabíveis, a nosso ver, baseado nestas contradições identificadas entre observação versus entrevistas (prática x discurso). Um ambiente democrático como o sistema de saúde universal e gratuito considerado acolhedor e de qualidade proporciona espaço para que as pessoas minimamente possam exercer sua liberdade, seu direito de escolha, interagir expressando-se ao seu modo, independente de suas limitações físicas, mentais e intelectuais. Acolher é um compromisso não é simplesmente o oposto de não afastar, tem a ver com a qualidade dos serviços e atendimentos prestados pelas instâncias do SUS, o acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH): “é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu

protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes” (PNH, 2013)²⁹.

A outra reflexão trata-se de um questionamento: a forma como este e outros usuários são acolhidos e tratados na UBS não estaria apenas reproduzindo o modelo médico-assistencialista hegemônico? Trazemos tais reflexões com a intenção de contribuir com o avanço da qualidade dos serviços que são ofertados á comunidade, trata-se de uma alternativa de repensar as relações e as práticas que provavelmente olhares distraídos com outras demandas não deem conta de atentar para questões que parecem pequenas, mas que formam o todo.

B) Raça e Classe categorias de intersecção

Raça é uma categoria que estrutura as relações de opressões raciais na sociedade brasileira, essenciais para os estudos e debates acerca de questões que abordem a realidade social na perspectiva de transformação. No campo da saúde vem ocupando espaço central no processo de luta, construção e efetivação da PNSIPN.

As observações nos possibilitaram registrar questões raciais que se apresentam de forma velada, o que não significa que tais questões não façam parte do conjunto das relações cotidianas da UBS, apenas estão implícitas. Registramos todos os apontamentos considerados de extrema importância com recorte específico de raça feito até aqui e que irão prosseguir ao longo da análise. O que percebemos é que as relações raciais são manifestadas de maneira silenciosa como a naturalização dos postos de trabalho, por exemplo, e a negação da categoria raça enquanto componente primordial no campo da saúde já que, determina as condições sociais de saúde e maior ou menor qualidade nos serviços. De acordo com os entrevistados, os usuários recebem a mesma acolhida e qualidade nos atendimentos e serviços oferecidos pela instituição independente de sua religião, identidade de gênero e raça:

“Não aqui por que aqui são todas tratadas iguais não há diferença se é branco se é preto [...] as orientações as informações são dadas da mesma forma pra qualquer pessoa, não importa a raça, a religião a opção sexual é uma coisa que a gente dá por igual, não tem diferença” (E3).

“[...] teoricamente isso está nas pesquisas, enfim, mas eu não vejo isso aqui porque a informação que é passada pelos profissionais, eu acredito que seja passado. ..comigo eu faço assim, se você for negra, parda, branca, amarela, eu vou te atender da mesma forma como atendo qualquer um” [...] (E7).

²⁹ Política Nacional de Humanização, 2013. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

De maneira geral, a categoria raça é suprimida pela categoria de classe, os entrevistados negam a raça como um agente que potencializa ações discriminatórias no serviço de saúde. Deste modo, as discriminações acontecem por razões estritamente classistas, isto é, segundo relato, a partir de uma espécie de hierarquização da pobreza, em determinadas regiões dentro do próprio território:

“[...] a gente percebe que por serem de comunidade, algumas áreas da comunidade são tratadas, moradores de algumas áreas são tratados diferentemente, independente etnia, da raça, da opção sexual e tudo... Eles são tratados diferente pelo local em si, isso ainda percebo. [...] Por exemplo, a saúde da família trabalha com áreas que são atendidas por cada equipe, então, a gente tem áreas que são um pouco melhores, socialmente falando, e tem áreas que são bastante pobres e tudo, nessas áreas que são mais ricas, a gente não vê tanto tráfico, geralmente é nas áreas mais pobres que você encontra um poderio maior do tráfico. Então talvez, por isso, as pessoas sejam tratadas um pouco diferente, de uma maneira mais seca, com menos proximidade, sem haver uma relação tão íntima entre o povo da equipe e todo mundo desde o agente de saúde até o médico que é o topo da cadeia alimentar, infelizmente, não falo isso com orgulho mas, a gente sabe que é assim, ne” ?! (E8).

O interlocutor nos chama atenção para uma questão pertinente sobre a não homogeneidade do território de Manguinhos, no qual existem áreas onde a pobreza é mais acentuada do que outras e, justamente nestes locais, a relação de poder do tráfico de drogas é hegemônica, o que pode contribuir na relação de distanciamento entre trabalhador - usuário. As discriminações de cunho racial são despercebidas, os trabalhadores não compreendem raça como uma categoria que determina desigualdades sociais, para eles, as situações de vulnerabilidades sociais históricas, que estão submetidos os moradores do território, impactam da mesma forma na vida tanto dos negros como dos os brancos gerando dificuldades iguais:

[...] por aqui não eu não vejo isso, que assim, aqui na instituição a gente trabalha com essa população Manguinhos a gente sabe historicamente, que tem essa coisa mais vulnerável, é histórico isso, varias dificuldades só que, assim, aqui em Manguinhos a dificuldade é pra todos moradores, eu acho que é branco e negro sabe?! Eu, assim, não consigo diferenciar ver essa coisa discriminatória no serviço em relação a nossa população usuária (E6).

De encontro às prevalentes afirmativas, onde todos os usuários recebem a mesma acolhida e qualidade igual nos atendimentos e serviços oferecidos pela instituição, independente de religião, identidade de gênero e, sobretudo, raça, e/ou a questão de classe representar o principal marcador de discriminações na UBS houveram posições discordantes, mesmo que minoritárias:

“Eu vejo presente o racismo, existe preconceito com pessoas diferentes, classe diferente, gênero diferentes as pessoas não são tratadas iguais. [...] você percebe que a pessoa atende diferente uma mulher que chega aqui e é branca ou que é mais parda de cor de pele mais clara e a diferença quando chega uma negra, principalmente, se estiver mal vestida se for de uma classe menor, você percebe essa diferença mais marcante” (E5).

Neste trecho notamos a presença de pontos significativos, tais como a intersecção entre raça e classe e a hierarquização que se estabelece dentre as próprias raças, resgatando o pensamento de Schucman (2014) referente ao funcionamento concreto da racialização na sociedade brasileira. Isto significa dizer que, quanto maior a concentração de melanina de pessoas negras maior o grau de discriminação e menor acesso a bens e serviços, e quando a pessoa negra está mais precarizada devido à exploração de classe, vivenciando a pobreza ou miséria (maioria das vezes), o potencial discriminatório se agrava ainda mais.

Nossas análises apontam que raça permanece uma categoria invisível para a maioria dos trabalhadores da UBS que foram entrevistados, devido ao longo processo de apagamento e negação da raça e do racismo no Brasil (por parte dos dominantes) levando a população acreditar que o país é uma democracia sociorracial e que as vulnerabilidades existentes são de ordem econômica mesmo com múltiplas disparidades raciais e a existência estrutural do racismo. As relações raciais não são compreendidas como necessárias para tratar as especificidades da população negra, os trabalhadores assumem uma postura de “neutralidade” diante de tais questões, possivelmente, por que não conseguem perceber as diferenças dos usuários negros e negras, que grande parte de suas demandas sociais e de saúde são consequências desse processo de racialização e, além disso, estão em uma posição racialmente privilegiada (mesmo sem saber), se tratando de maioria branca. Os trabalhadores assumem o discurso da opressão de classe onde há primazia sobre a dominação de raça, entende-se que somente classe é importante sem atentar que raça informa classe e vice versa, parafraseando Davis (2016). Um interlocutor identifica tal questão:

[...] a questão da classe eu acredito que eles sobreponham, a questão da classe acima da questão racial como se fosse uma coisa só, então você resolvendo a questão de classe em se tratando do território de Manguinhos, então a questão racial seria uma coisa dentro e não uma estrutura igualmente complexa” (E9).

A partir das falas, podemos dizer que no entendimento dos trabalhadores a classe é a grande questão a ser vencida. Mesmo que eles reconheçam que a população do território onde fica localizado a UBS é majoritariamente negra, portanto, esses são os usuários dominantes do serviço, a raça é invisibilizada. As eventuais discriminações sofridas por estes usuários se

relacionam as suas condições precárias de vida e não por eles serem negros; não associam tais condições às opressões raciais, e, tão pouco, que o mesmo possa ser vítima de discriminações ainda mais intensas, quando também oprimido economicamente. Então, o discurso dos trabalhadores é que o problema a ser resolvido é exclusivo de classe, resolvendo a situação da pobreza está resolvida a questão negra.

O contexto de opressões e exclusões diversas, principalmente raciais, invisíveis ao olhar dos trabalhadores, que a população negra e pobre foi e permanece submetida, é um risco potencial para sofrer maior grau de violências e violações. As mulheres negras, principais vítimas deste processo tão profundo, de certa medida, também respondem à violência de forma violenta, reproduzindo nas relações com seus filhos práticas de agressões e abandono, por exemplo. Assim, relatamos duas situações que apareceram nas observações. A primeira diz respeito a uma mulher negra que estava na UBS com os seus quatro filhos ainda crianças, maltratando-os com puxões e aferindo diversos xingamentos com raiva. O segundo diz respeito a um diálogo entre dois trabalhadores negros, sobre uma usuária, também negra, que parece ter o costume de “doar” seus filhos ao nascer. Pela conversa, há indícios que ela tenha tido outros filhos e doado para que outra família criasse: “esse foi o único que ela ficou o resto todos deu e até que cuida direitinho”; “no Manguinho mães tem filhos e doam, é natural, é assim não tem amor” (Diário de campo, registro 18 de setembro de 2017).

No diálogo referido, mais uma vez a estrutura de dominação racial e as desigualdades geradas por esta relação é descartada das ponderações dos trabalhadores, aqui até mesmo debate de classe é abstraído. Deste modo, retornamos ao pensamento de Davis (2016) sobre os abortos ilegais serem desproporcionalmente mais cometidos pelas mulheres negras pela falta de liberdade de escolhas como uma espécie de “livramento” das suas péssimas condições de vida. Utilizamos-nos deste seu diagnóstico para compreender esse contexto, onde muitas mães negras pobres que se encontram em péssimas condições sociais, psicológicas e físicas se sentem inaptas para criar seus filhos. Hooks (2000) refere que o sistema de dominação racial é tão violento que gera uma ferida emocional profunda, um sentimento de inferioridade e incapacidade tão grande ao ponto de estabelecer relações permeadas pela brutalidade (mãe aferindo xingamentos e puxões). Interações familiares de disputas de poder “levaram os homens a espancarem as mulheres e os adultos a baterem nas crianças como que para provar seu controle e dominação” (HOOKS, 2000 p. 188-189). Essa sensação de incapacidade faz com que muitas mães negras pobres terminem dando os filhos para adoção informal (o caso que trabalhadores conversaram) ou “abandonando” em algum local que, talvez, represente a única alternativa encontrada e até mesmo a possibilidade de protegê-los. Então, uma mulher negra doar seus

filhos não necessariamente caracteriza falta de amor, mas quem sabe a chance de livrar-lhe do mesmo tipo de vida que o dela. Por outro lado, várias delas, ao assumir a maternidade reproduzem o que recebem, aquilo que vivem, ou seja, relações de violências simbólicas, emocionais, físicas, verbais, etc.

Embora as mulheres negras usuárias da UBS estejam inseridas neste cenário de inferioridade, pobreza, violência, vulnerabilidades e etc., pudemos perceber que parte pequena delas tem acesso ao conhecimento (mínimo) sobre seus direitos na saúde. Uma gestante negra jovem aconselhava outras duas jovens negras que a acompanhavam a realizar o exame preventivo de câncer de colo uterino. A ACS comunicou que havia mudanças neste procedimento devido ao corte de verba para o SUS e que o critério de idade havia expandido para mulheres a partir de 25 anos, a gestante questionou dizendo saber da importância do preventivo para detectar várias situações de risco que este novo critério era absurdo, retardando o diagnóstico que poderia ser fatal “e se a pessoa tem alguma coisa vai descobrir só depois dos 25 anos?! Até morre” (Diário de Campo, registro de 18 de setembro de 2017). No primeiro dia de campo, 05 de setembro de 2017, cheguei no final de uma conversa, onde uma usuária negra falava indignada sobre o seu direito de saber o resultado de um exame que havia realizado, como ainda estava me ambientando não consegui compreender qual era contexto, e se a informação havia sido negada para a mesma ou não. Durante um diálogo informal com uma usuária, também negra, esta relatou sua opinião sobre a unidade de saúde “dentro do possível bom, mas ainda tem muito que melhorar, também não depende só delas depende do sistema” mencionou um curso oferecido pela UBS para comunidade que iria fazer, segundo ela, era importante divulgar e participar. Sempre que tem oportunidade diz para os moradores da comunidade “romper os muros do centro de saúde” (Diário de Campo, registro de 12 de setembro de 2017). A usuária, integrante do Fórum de Manguinhos, se identifica como militante de causas sociais e, segundo ela, “do negro”. Diante de tais situações podemos dizer que, essas mulheres negras usuárias da referida unidade de saúde, tem potencial para desenvolver uma consciência crítica com relação às questões sociais que dizem respeito às suas vivências individuais e coletivas.

c) Equivalências entre racismo e outras formas de sofrimento

Seguindo a linha do núcleo temático anterior, já de antemão, dizemos que a maior parte dos trabalhadores não compreende o racismo enquanto uma estrutura complexa de dominação racial, tão pouco a maneira que o racismo opera na vida da população negra e nem mesmo como ele se expressa na área da saúde

[...] mas sem dúvida tem que ensinar as crianças a poderem olhar pra elas com bom olhos né, mas passa pelo racismo aí, mas aí falando de criança...a criança passa por que é mais gordinha, aí a dentuça o sofrimento é por que é dentuça, a muito magra passa por que é muito magra, a muito branca passa por que é muito branca e isso é do ser humano e isso é socialmente construído [...] (E2).

Percebemos através desta fala um indicativo que o racismo atravessa a formação subjetiva dos sujeitos e coletivos, por isso, se faz necessário desde a fase infantil orientar no sentido de cada um olhar para si e aprender a se gostar como é, respeitando suas diferentes características, sem exigências e projeções do que é ser belo. Para que cada criança goste de si ela precisa ser ensinada, é uma construção social. Ao mesmo tempo, o discurso aponta certa banalização do racismo, pois segundo o entrevistado toda e qualquer criança considerada “diferente” por ter alguma característica física mais acentuada (gorda, dentuça), sofrerá discriminação ou preconceito, o que não deixa de ser verdade. A questão é que o racismo é uma estrutura de dominação, portanto não deve ser encarado como só mais uma questão que poderá trazer sofrimento para as crianças. O sofrimento de crianças que sofrem racismo não pode ser comparado ou diminuído frente ao sofrimento de crianças que são vítimas de qualquer tipo de preconceito. É inegável o sofrimento de uma criança branca que é discriminada por ser/estar gorda, por exemplo, porém, além de fazer parte de uma estrutura racial que lhe garante certos privilégios por pertencer ao grupo racial dominante em uma sociedade racializada, sua condição (gorda) pode vir a mudar, caso seja do seu interesse, já a criança que é negra não. Esta mesma estrutura racial vai lhe gerar múltiplas desigualdades, inferiorizá-la e causar marcas simbólicas, talvez por toda a vida.

Nesta perspectiva, o racismo, por instituir relação de superioridade/inferioridade, dominantes/dominados fundamentado na raça, constitui a subalternidade negra em diversos sentidos, inclusive no processo de inferiorização intelectual, onde pessoas brancas são dotadas de inteligência e pessoas negras vistas como incapazes mentalmente. No campo da saúde é uma situação recorrente, apesar de não termos observado nenhuma ocorrência, foi constatado pelo entrevistado:

“Bom, pra mim, tratar com uma pessoa sendo menos capaz de compreender, sendo menos inteligente, ou algo do tipo a partir da sua visão, do que você projeta, seja aquela pessoa um homem negro ou uma mulher negra, pra mim, isso é racismo! Então, partindo desta perspectiva, eu já presenciei no Centro de Saúde diversas vezes isso acontecer, diversas vezes” (E9).

Os trabalhadores muitas das vezes têm dificuldades de identificar as expressões do racismo e na maior parte do tempo o reproduzem mesmo sem ter conhecimento. Notamos, por meio deste relato, que alguns trabalhadores na UBS podem ver a maioria da população usuária (negra) como pessoas inaptas à compreensão, por que o discurso dominante é este, partem do princípio de que todos os negros são incapazes de entender o que está sendo dito, por exemplo. Em outras palavras, estão reproduzindo o discurso hegemônico de que basta ser negra, negro para serem considerados ignorantes. Assim, coincidimos com o interlocutor, tratar pessoas negras como incapaz intelectualmente com base na cor da pele é uma manifestação racista. Outra forma de manifestação do racismo na UBS, de acordo com os entrevistados, é através de manifestações sutis:

“Às vezes, assim, uma coisa muito subliminar que não aparece muito, as vezes nem é, mas a forma as vezes como o trabalhador em geral se refere a população na fala dele, as vezes, uma coisa que ele fala um com outro, não é que ela vai falar com usuário em si, mas você percebe que tem um preconceito mesmo com relação por ser pobre, por ser negro, mas é uma coisa muito...mas eu já percebi isso assim né, na fala de profissionais. [...] “Já vi algumas vezes algum usuário se sentir mal tratado, achar que não foi bem tratado que pode revelar por trás algum tipo de preconceito neste sentido” (E7).

“Eu acho que são coisas que na maioria das vezes como racismo se perpetua, ele é sutil não é uma coisa que fica muito na cara, não é uma coisa que é dada, mas você percebe sutilezas [...]” (E5)

Para ambos, o racismo aparece mascarado, se faz presente nas entrelinhas dos discursos e nas ações suaves no dia a dia dos trabalhadores, como exemplo, a própria naturalização de pessoas negras como menos inteligentes, para nós, muitas das vezes, como bem pudemos observar, seguem as regras institucionais como a não representatividade de pessoas negras em cargos valorizados socialmente e, deste modo, reproduzido e perpetuado na e pela UBS. A sutileza racial observada e identificada pelos trabalhadores nos remete ao mito da democracia racial, que vela os conflitos e tensões raciais a tal ponto que o racismo parece inexistir ou seus efeitos que são nocivos podem ser desqualificados. Neste sentido, diversas expressões de racismo podem ser incompreendidas ou mesmo negadas:

[...]com os profissionais já houve situações em que algumas situações foram resolvidas camufladamente, e aí, você não...a discussão que deveria ser aberta, não é porque aí é resolvida de uma de uma forma hierárquica. [...] aqui é um ambiente muito democrático em que sim, democraticamente ela teve forças pra falar, mas hierarquicamente ela foi mudada de setor. [...] ela se sentiu, ela disse...as pessoas não achavam, mas ela percebeu, ela sentiu. E, quer dizer quando você se coloca no lugar do outro você percebe melhor não é?! Quem está

de fora não percebeu, mas a situação mostrada e você se colocando você percebia que existia” (E1).

Destacamos alguns elementos nesse texto, o primeiro deles é a dialética entre as relações democráticas e hierárquicas estabelecidas. Ao mesmo tempo em que, a trabalhadora que foi vítima de racismo teve abertura para relatar a situação sofrida, e, a fala nos oferece indícios para acreditar que a mesma foi encorajada, recebeu apoio para denunciar, houve o cerceamento coletivo impedindo a promoção de um debate a respeito. Além do mais, ocorreu a tentativa de descaracterizar o evento de racismo, como se a vítima tivesse fantasiado ou exagerado, talvez, por este motivo, a situação tenha sido negligenciada e a solução encontrada foi mudá-la de setor.

Ressaltamos que o racismo é uma estrutura de dominação sistemática e que embora a população negra tenha passado por todo o processo de dominação colonial e pelo sistema de escravização, ainda hoje se crê em uma pseudo democracia racial. Por isso as reflexões que envolvem racismo na saúde, como aqui, devem ser cautelosas, mas também minuciosas, por que ele está expresso nas interações sociais suavemente travestido de igualdade e neutralidade facilitando a sua reprodução material e simbólica de forma inconsciente, muitas vezes.

d)Terreiros de Matriz africana como espaços promotores de saúde

A IV diretriz da PNSIPN trata do conhecimento e práticas populares que incluem os saberes das religiões de matriz africana. Consiste na relevância do SUS e seus trabalhadores reconhecerem e respeitarem diferentes formas de cura e cuidado tanto em tratamentos como na promoção da saúde.

A visão de saúde da população negra concebida por mulheres negras, que nos aproximamos aqui³⁰, tem a ver com o jeito específico de lidar com seu próprio corpo e o modo de olhar a saúde, tratar a doença e promover o cuidado. No Brasil, o modelo de medicina hegemônico (assistencial biomédico) está arraigado nos currículos e nas ações do sistema de saúde público e privado. Apesar disso, a medicina tradicional africana³¹ foi resguardada e preservada pelos povos africanos, seus descendentes e comunidades de terreiros (tambor de mina, candomblé etc.) que oferecem um conjunto de cuidados em saúde tais como: acolhida, banho de ervas, rezas, rituais, cultos, infusões, escuta, adornos de proteção, entre outros. Esses

³⁰ Ver capítulo II pag. 21.

³¹ Os africanos que foram trazidos para o Brasil na condição de escravizados trouxeram suas culturas, sua visão de mundo, nela, suas formas de lidar e cuidar da saúde. Muitos africanos além de conhecedores de ervas entravam em contato com as forças superiores, através de conjunto de místicas, rituais, transes, cultos e práticas divinatórias com intuito de intervir na saúde do seu povo (SANTOS, 1993).

saberes e práticas milenares vivenciados no dia a dia desses territórios de matriz africana, deveriam ser respeitados, reconhecidos enquanto espaços promotores de saúde e inclusive integrados à rede, conforme previsto na referida diretriz, mas isso não acontece:

“Pra mim você me traz uma informação completamente nova, não imaginei que nos terreiros nas religiões africanas também se preservava a questão da medicina tradicional africana que eu nunca ouvi falar, já ouvi falar da tradicional ayurveda, da chinesa, da indiana, mas tradicional africana isso é muito interessante. [...] Acho que precisaria mostrar mais isso, acho que é legal seu trabalho evidenciar mais essa questão, porque realmente acho que muitas coisas eu não tinha nem pensado, né?!” (E7).

“A própria saúde da família tem muito disso, na área africana infelizmente não, devia ter mais, o pessoal usa aurícula, usa Reik usa muita coisa desta área e tenta assim até treinar a gente nesta área” (E8).

“O que nós temos que o SUS tem oferecido que eles chamam de medicina que não é medicina complementar que é a homeopatia... de integralidade, a medicina integrativa que eles tão dando agora este novo conceito. [...] mas essa medicina africana eu não tenho conhecimento” (E1).

Percebemos que os trabalhadores têm conhecimento de outros modelos de medicinas tradicionais e populares sem ser o padrão científico dominante no Brasil. De maneira geral, conhecem as chamadas Práticas Integrativas ou Complementares³² mais comuns como a homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina tradicional chinesa/acupuntura que foram incluídas no SUS. A medicina tradicional africana é portadora de saberes milenares, como a própria utilização das plantas, das ervas para a cura de doenças e alívio de mal estar, mesmo assim não está contemplada dentre as Práticas Integrativas, talvez, este seja um dos motivos pelos quais os trabalhadores a desconheçam. O primeiro enfatiza que sequer ouviu falar sobre a existência de uma medicina africana que ainda é vivenciada pelos povos de terreiros. Outro fator que impede este conhecimento é o racismo religioso, o imaginário social da população, inclui os gestores e trabalhadores do SUS, está introjetado de ideias hegemônicas negativas relacionadas aos rituais de matriz africana, um dos interlocutores faz menção à repressão sofrida pelo culto das religiões africanas:

“Por que as religiões africanas são perseguidas desde muito tempo desde a época dos escravos, entendeu?! Eles são perseguidos, não adianta, por mais que apareça sempre há a perseguição e ultimamente nós tivemos aí vários relatos de tendas espíritas sendo depredadas, entendeu?! Então eles próprios se resguardam não se expõem, eles ficam na deles, eles não chegam e falam. [...] as próprias pessoas que frequentam os seus centros espirituais eles não chegam aqui e dizem assim: eu sou umbandista, eu sou candomblecista, entendeu?!”

³² Ver Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnpic.php>

[...]diferente das pessoas que são evangélicas que já chega já impondo que é evangélico, entendeu?! Que eles são de Deus, e como se os outros não fossem, entendeu?!” (E3).

[...]Jessas outras religiões não tem chegado muito pra mim. [...]O que eu vejo uma coisa aqui que até preocupa que é a questão da evangelização das pessoas, até tem práticas, ou já passaram por esta cultura, mas a maioria é evangélico aqui, como eles se denominam religiosamente, uma coisa até acho um pouquinho preocupante” (E7).

O texto revela que a maioria dos usuários da UBS frequentam as Igrejas Evangélicas, é dominante a evangelização dos moradores da comunidade e isso parece ser um pouco preocupante por que em alguns casos pode influenciar de forma negativa no cuidar da saúde. O fato das religiões de matriz africana ter sido proibida, demonizada e, atualmente, estar enfrentando uma nova onda de violência que controla e cerceia o direito à liberdade religiosa e, como consequência disso, muitos de seus adeptos nega ou omite a sua espiritualidade pelo medo da repressão. Esta situação de negação pode contribuir para o processo saúde-doença, de modo que os povos de terreiros são proibidos de expressar quem eles são, de realizar seus ritos e de exercer seu modo de atenção e cuidados à saúde, e não apenas representa um risco de adoecimento, mas a negação da sua história, cultura e ancestralidade.

Esta forma de silenciamento racial religioso faz parte de um processo de apagamento e aniquilação de todo o conhecimento histórico dos povos africanos e a sua contribuição para a formação social brasileira. Então negar a expressão de sua visão de mundo é negar a sua forma de lidar com seu corpo, o seu modo de cura e sua compreensão própria de saúde. Destacamos os terreiros de matriz africana enquanto territórios de sobrevivência, existência e (re)existência material e simbólica negra, tanto na época da escravização como contemporaneamente. O papel das mulheres negras, também merece destaque, foram elas as principais mantenedoras das tradições culturais africanas, principalmente, no que tange aos cuidados em saúde. Por tudo que as tradições de matriz africana representam é que a PNSIPN enfatiza a essencialidade do SUS como um todo compreender e integrar os terreiros de matriz africana à rede de saúde, enquanto um território que promove o conhecimento de saúde e isso ainda não acontece.

A UBS atende ao modelo eurocêntrico dominante de medicina, o biomédico. As medicinas tradicional africana, indiana, chinesa e etc. estão respaldadas em diferentes “conceitos filosóficos, antropológicos e sociológicos de saúde para fundamentar a sua prática e agirem dentro de um sistema cosmológico” (MORIN, 2002, apud FRANÇA, 2016, p. 106). Muitas das vezes isso pode gerar disputas, pois o modelo científico é hegemônico no processo de formação e conseqüentemente nas práticas de saúde, deste modo, os conflitos giram em torno do saber que é considerado científico (dominante) e os saberes populares os “outros” não científicos:

“Olha aí, por que o modelo é o modelo médico é esse, e nesse modelo entender esse lado eu não sei por que o médico não tem essa formação, ele não tem esse conhecimento a não ser que ele fosse treinado tivesse um conhecimento pra ele com isso complementar e negociar e tal” (E1).

[...] essas pessoas não sejam reconhecidas enquanto produtoras de conhecimento científico ou pelo menos não tão capazes quanto pessoas de uma perspectiva que é dominante. Então apesar de tornarem visíveis as perspectivas desses grupos muitas vezes são colocadas como não tão científicas ou menos importantes então eu acredito que isso é presente dentro do Centro de Saúde também, com certeza (E9).

Os entrevistados referem sobre a não inclusão de outros modelos de conhecimento em saúde, fora o considerado padrão, ou seja, está impresso nos currículos a única visão de medicina e a forma de como tratar as doenças validadas hegemonicamente, portanto, reproduzida na UBS. Os diferentes modelos são apenas os “outros”: ocupam lugares inferiores mesmo que tenham sido incorporados ao SUS via Prática Integrativa e Complementar, são classificados como menos importantes.

Nesta perspectiva, as entrevistas revelam que na UBS não há interação entre o modelo biomédico eurocêntrico e a medicina tradicional africana, por que esta não faz parte de sua formação, a população não se corresponde com os terreiros, não apresenta nenhuma demanda neste sentido, ou se omite por medo de sofrer violência ou ser alvo de preconceito, assim não tem como os terreiros serem reconhecidos enquanto espaços que promovem saúde e oferecem uma rede de cuidados. Através das observações percebemos alguns tímidos elementos do cotidiano que remeteram a questões culturais, espirituais e de certa forma práticas de uma medicina não científica. Entre um diálogo breve de corredor uma ACS indica para outra “toma banho de sal grosso” (Diário de Campo, registro de 26 de setembro de 2017). A única vez, durante as observações, que a televisão que fica na sala de espera estava ligada, passou um vídeo chamado #Bom Saber Sobre Racismo Religioso que aborda o racismo religioso na escola, porém, além de não haver volume de som suficiente, a legenda era minúscula. Nenhuma pessoa sequer estava olhando para o televisor mesmo antes desta propaganda. Percebemos, apesar de ter presenciado tais situações, que não são questões expressivas no dia a dia da UBS.

e) Saúde da População Negra e Racismo temáticas fundamentais na formação em saúde

A diretriz I da referida política diz respeito ao processo de formação e educação continuada dos profissionais de saúde com a inclusão de temas sobre racismo e saúde da população negra.

A formação, treinamento e capacitação adequados oferecida aos gestores e demais trabalhadores da saúde objetiva promover mudanças comportamentais na gestão e no processo de trabalho, possibilitando mais atenção às peculiaridades de pessoas negras e maior qualidade nos serviços e atendimentos prestados aos mesmos. Logo, a Educação Permanente em Saúde tem papel central na operacionalização do SUS porque “esta deve ser um instrumento de disseminação do conteúdo da política de saúde da população negra” (MONTEIRO, 2010).

O item anterior nos permitiu constatar que a formação na área da saúde está apoiada no modelo de atenção médica - assistencial hegemônico da biomedicina, onde modelos como a medicina tradicional africana não está inserido no processo de aprendizagem nem nas instâncias do SUS enquanto “outro” modelo chamado integrativo, isso implica dizer que, as práticas do cuidar dos terreiros não estão incluídas na rede de saúde. Ainda que a evangelização da população negra no território de Manguinhos esteja avançada, fazendo com que haja um afastamento dos terreiros de matriz africana e como consequência das suas práticas de cura e cuidado, apesar de não serem alvos de racismo religioso, permanecem atingidos por outras expressões do racismo, já que este é estrutural.

Dito isto, salientamos a relevância da temática saúde da população negra e racismo no processo de formação e Educação Permanente dos trabalhadores do campo da saúde. De acordo com os entrevistados, tais conhecimentos não são/estão contemplados em seu processo de formação:

“Não, eu mesma nunca realizei nada. Acho que isso é relevante para o processo de formação e trabalho de qualquer profissional de saúde que esteja na ponta que esteja atendendo, acho que é fundamental, inclusive pro meu né, não tive isso nada na formação nunca discuti isso na educação permanente o que eu tenho discutido é realmente na questão da academia” (E7).

“[...] eu acredito que seja primordial na verdade, para todos nós, brancos e não brancos que a discussão dessa temática seja incluída em todos os nossos espaços de formação e até mesmo para os profissionais que já atuam em qualquer área que seja” (E9).

Ambos reconhecem a importância dos temas para a formação e prática de todos os trabalhadores da saúde, inclusive na continuidade do processo de aprendizado, no entanto, nunca foi pauta de debate durante a instrução e nem na Educação Permanente, onde os mesmos, teoricamente, poderiam repensar e transformar suas ações por meio das demandas que se destacam no processo de trabalho.

Os trabalhadores da saúde lidam diretamente com a população negra que é a maioria atendida pelo SUS e na referida UBS, como já verificamos, assim, eles necessitam compreender que o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional determinam

socialmente as condições de saúde-doença desta população. Entender e reconhecer como as expressões raciais operam diretamente em todos os ciclos de vida dos negros de maneira objetiva e subjetiva afetando o seu Ser (corpo-mente-espírito) considerando suas dimensões individuais e coletivas de existência. Então, reafirmamos que, para que os trabalhadores entendam as demandas da maior parte da população do sistema público de saúde, torna-se fundamental conhecer a sua realidade.

f) Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Com o objetivo de promover a saúde integral da população negra, com prioridade para a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Enquanto uma Política Pública de saúde que auxilia a efetivação dos próprios princípios do SUS como a equidade, por exemplo, é primordial que os trabalhadores da área independentemente dos cargos e funções exercidas sejam conhecedores da mesma para a sua real implantação:

[...] “sinceramente, eu nunca parei pra ler, eu sei que existe, mas nunca parei pra ler detalhes, então eu posso dizer que eu não conheço. Então quer dizer, é bom até depois que eu leia” (E4).

“Não, devia conhecer, me deu maior vergonha. [...] até nos congressos fala muito pouco disso né, porque é uma política né, então deveria ser mais falada” (E8).

“Nunca ouvi falar da política” (E5).

[...] “em nenhum momento eu lembro de tê-los ouvido, sequer, falar sobre a política ou sobre as especificidades da população negra” (E9).

Segundo as entrevistas, os trabalhadores, em geral, desconhecem a referida política, aqueles que têm conhecimento sobre a sua existência não sabe sobre o seu conteúdo e/ou já tiveram acesso ao mesmo, mas sem aprofundamento:

[...]“E aí ele trouxe (aluno negro) a questão da política né, não conheço profundamente, mas sei que ela existe, dei uma lida na época, mas isso já tem um tempo, conheço assim no passar não que eu tenha me aprofundado” (E7).

“Eu vim conhecer num Congresso não sei de foi 2007/2008 que houve em SP de Saúde Coletiva e aí eu me deparei com ela, e me deparei assim de quatro...e aí eu falei: não gente que isso?! onde já se viu racismo no SUS?! (risos). Aí eu comecei a olhar né mais atento, e aí a gente começa, quer dizer, o que passava a gente começa a olhar diferente, foi aí que eu tive conhecimento da anemia falciforme das doenças né” (E1).

Ambos trabalhadores demonstram que a aproximação com a PNSIPN se deu em espaços outros, fora da Unidade Básica de Saúde. Um deles, fala sobre questões centrais que a política

aponta, como as doenças mais prevalentes na população negra e o ponto chave, racismo no SUS revelando que antes disso não havia imaginado que o sistema de saúde pudesse ser palco de racismo. Foi a partir deste conhecimento, que passou a ter um olhar mais atento para tais aspectos. O fato dos trabalhadores não terem acesso a conteúdos que os façam refletir acerca da saúde da população negra e desconhecerem a referida política indica dificuldade da sua efetivação:

[...]“não está na fala dos profissionais em nenhum momento a discussão das relações étnico/raciais já é uma prova de que essa política não é discutida muitos profissionais nem mesmo sabem da existência dessa política”(E9).

“Como eu te falei eu não conheço a política profundamente, mas eu não vejo esse movimento, eu acredito que não, acho que acontece as coisas naturais. As pessoas trabalham do jeito que elas sabem trabalhar tem seus protocolos os seus processo de trabalho e não acho que tenha uma diferença tão grande de atender o negro e o branco enfim, mas de implementação da política acho que não porque nunca teve um centro de estudos que falava ...vamos falar da população e é a forma né...nunca houve, é a forma que a gente faz nossas trocas a gente tem uma reunião toda quinta feira a tarde e isso nunca foi trazido” (E7).

Segundo as entrevistas, não há indícios de que as relações raciais, o racismo e o conteúdo da política façam parte do diálogo entre os trabalhadores e com os usuários no seu cotidiano de trabalho e atendimentos. Nenhum destes pontos são objetos de estudo ou debate na UBS, durante as observações não conseguimos identificar nenhum indicativo também. Alguns dos interlocutores referem que a política em questão, vem, de certa forma sendo implementada:

“Eu conheço pouco a política, mas aparentemente sim. Por causa até disso mesmo de não haver uma diferença grande entre um grupo étnico e outro isso já demonstra isso né. (E8).

“Que eu saiba sim [...], mas eu vejo como as pessoas atendem e flui muito naturalmente não vejo uma discriminação pra mim já é uma forma de estar implantando [...] tá dentro sendo feito naturalmente, talvez até o próprio fato de não ter diferenciação já mostra que está sendo implantado” (E2).

Os discursos apontam aspectos contraditórios, o primeiro deles trata do conhecimento x prática, ao mesmo tempo em que relata conhecer pouco a respeito da política, diz que ao que parece, está sendo implantada. Os dois baseiam-se no argumento de que não há distinção de tratamento, de atendimento entre negros e brancos nos serviços ofertados pela unidade, para eles este é o indicador de efetivação da política que ocorre de forma natural, sem discriminar a população.

Novamente salientamos que o racismo é uma estrutura complexa de dominação, que sistematicamente gera inúmeras desigualdades sociorraciais, determina socialmente o binômio saúde-doença. Compreendemos que as relações de opressão raciais, a saúde da população negra, o respeito e (re) conhecimento dos terreiros de tradições de matriz africana, entre outros elementos como classe e gênero, são centrais para a compreensão da totalidade e também das particularidades que envolvem as interações de opressões e explorações, sendo assim, imprescindíveis para que o Sistema Único de Saúde disponha de forma concreta um serviço e atendimento de qualidade para toda a população. Em vista disso, nosso processo de análise deste estudo de campo, nos inclina a inferir que a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na referida Unidade Básica de Saúde seja improvável.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realidade social dotada de materialidade e historicidade, conforme pudemos constatar e analisar, por meio de dados estatísticos, pesquisas científicas e o presente estudo, finalizamos o mesmo, destacando alguns aspectos fundamentais para o avanço do combate ao racismo, a redução das desigualdades sociorraciais e iniquidades em saúde conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

As estruturas raciais de gênero e classe igualmente complexas, estabelecem relações sistemáticas de dominações e opressões produzindo e reproduzindo inerentes desigualdades e iniquidades sociais e raciais no campo da saúde. Nesse campo as mulheres negras e pobres são historicamente marginalizadas, e representam a maior parte da população atendida na rede de saúde, incluindo a Unidade Básica de Saúde que foi campo da nossa investigação. Deste modo,

é relevante retomar a perspectiva epistemológica de Davis (2016) sobre a não primazia da classe que é considerada a categoria propulsora principal de desigualdades sobre diferentes formas de submissão. A autora afirma que nenhuma relação de dominação pode assumir a supremacia sobre as demais, isto é, classe não pode ser classificada como categoria mais importante do que raça e gênero, e foi o que constatamos na coleta de dados. A intersecção entre estas categorias organiza as relações existentes entre as mesmas que se expressam ora de maneira mutua ora cruzadas, aprofundando ainda mais suas vulnerabilidades. Esta linha de pensamento nos permitiu estabelecer a interconexão entre o referencial teórico e os dados empíricos de modo concreto.

A intersecção entre as categorias centrais desta pesquisa classe, raça, e gênero suscitam efeitos materiais no modo de vida das populações negras, em especial, as das mulheres negras. Na UBS pudemos, perceber concretamente a expressão destas relações, na medida em que as questões raciais permanecem invisíveis no cotidiano da unidade e a classe sobressai como elemento principal produtor de desigualdades. A categoria raça é extremamente importante, assim como classe e gênero, devido estrutura racial estar baseada na divisão e hierarquização das raças estabelecendo uma relação de dominação entre as mesmas, determinando a inferioridade negra e a superioridade branca em toda e quaisquer interação social. Como a questão da raça é negada, ocorre um processo de naturalização destas desigualdades como pudemos observar sobre a divisão sociorracial do trabalho onde as mulheres negras ocupam quase a totalidade das funções de serviços gerais, por exemplo, seguidos dos homens e, ao mesmo tempo, sua representação na categoria da medicina é zero.

Atentamos que a naturalização destas desigualdades influencia nos atendimentos e serviços oferecidos pela UBS uma vez que a raça é negada, os trabalhadores não acreditam na discriminação racial, somente em discriminações de caráter social, por sua vez, influencia também a igualdade e qualidade de atendimento entre brancos e negros. Reafirmamos a necessidade das relações raciais serem centrais para que a unidade possa melhorar ainda mais a oferta de serviços de qualidade que garanta os princípios do SUS respeitando as especificidades das populações negras e pobres.

Nesta perspectiva, raça, classe e gênero estão interligados, porém, a luta de classes ainda é entendida por muitos socialistas, e trabalhadores da saúde como uma disputa homogenia, como se a exploração do capital x trabalho se efetivasse de maneira igual á todos os trabalhadores. A produção e a reprodução do capitalismo se estabelecem por meio desta exploração da classe trabalhadora provocando inerentes contradições e desigualdades expressas em dados desproporcionais para a maioria da classe trabalhadora (que é negra e feminina). As

categorias raça e classe determinam sistematicamente quem são os oprimidos e opressores na sociedade brasileira, logo, raça é como a classe é vivida, assim como gênero é como a raça é vivida. Diante disso, podemos aferir que a interação entre essas categorias oprimem as trabalhadoras negras e negros de modo diferenciado do que os demais trabalhadores, isso significa dizer que, na materialidade das relações de trabalho a população negra sofre uma maior precarização ocupando as mais diversas funções desvalorizadas e subalternizadas socialmente. Neste contexto, os movimentos anticapitalistas não serão capazes, sem a luta antiracista e de igualdade de gênero, de promover a emancipação total da classe trabalhadora. Por outro lado, não haverá liberdade e igualdade racial e de gênero sem a devida emancipação da classe trabalhadora.

O racismo enquanto uma estrutura de dominação gera múltiplas iniquidades nas condições de saúde da população negra, partindo do princípio de que, este é um fenômeno social fundamentado em fragmentações raciais que justificam tratamentos desiguais entre aqueles que não pertencem ao grupo racialmente dominante gerando disparidades sociorraciais, por consequência, danos a saúde mental, física e espiritual. Deste ponto de vista, tais iniquidades são compreendidas por meio da perspectiva sócio-histórica centrada na saúde enquanto produto social, o racismo é um dos aspectos mais relevantes no processo saúde-doença. Os trabalhadores não compreendem as dimensões do racismo na saúde das populações negras e como ele opera no SUS, por isso muitas vezes, podem reproduzi-lo mesmo sem saber.

A saúde da população negra está relacionada ao equilíbrio com a vida, seu modo específico de lidar com corpo, cultura e ancestralidade que mantém vivas as tradições africanas e o modo de como veem a saúde e cuidam das doenças. A partir desta concepção podemos afirmar que a saúde da (e para) a população negra está muito além de conceitos biológicos, trata-se de experiências humanas negras e seus corpos carregados de culturas, ancestralidade e seus territórios...quilombos, terreiros de umbanda, de candomblé, do batuque, Tambor de Mina e outros. Espaços que mantiveram viva as tradições africanas garantindo assim a sobrevivência destes povos e seus descendentes, portanto, tem a ver com o histórico de luta das populações negro-africanas e seus descendentes, suas formas de existência, de cuidar, (re)existir e re(significar) a vida que transcende o físico: a sinergia comunitária e singular entre todos os elementos da natureza. Esta visão de saúde, a promoção de cuidado e cura de doenças não está integrada á UBS, uma vez que, o modelo de saúde hegemônico é centrado na biomedicina a partir de conceitos eurocêtricos acaba por minimizar a importância das demais medicinas tradicionais que ocupam lugar periférico na rede de saúde. Logo, os terreiros tradicionais de

matriz africana não são compreendidos como produtores sociais de saúde, de acordo com a diretriz da PNSIPN.

A implementação da Política diante do contexto de desmonte do SUS, do não conhecimento da mesma e da reprodução das relações raciais de modo que as mantêm desiguais nos serviços e atendimentos é improvável, ou frágil na UBS.

Nesta perspectiva, as questões que envolvem o presente estudo não estão fechadas, sabemos que ainda suscita debates e aprofundamento em algumas questões, num passo adiante. Com vistas a efetivação da Política, traçamos, a partir das análises realizadas até aqui, alguns caminhos e possibilidades.

Com o objetivo de capacitar os trabalhadores da saúde referente às especificidades da saúde da população negra e as expressões do racismo no SUS, faz-se necessário e urgente que o governo municipal invista em capacitações e treinamentos na perspectiva de Educação Permanente para os trabalhadores compreenderem como o racismo opera na vida dos sujeitos negros, para entender quem ele é e oferecer equidade nos serviços e atendimentos da UBS. Além disso, incluir tais temas nos currículos de formação para que todos os trabalhadores do campo da saúde tenham acesso a este conhecimento, e assim possam promover pequenas transformações pessoais e profissionais. Desse modo, inscrever em sua vida cotidiana novas formas de olhar, pensar e agir, uma vez, que as relações raciais também dizem respeito a cada um e à todos independentes da sua identidade racial. É pertinente que as estratégias de implementação e avaliação da Política seja reavaliada pelos Comitês Operativos juntamente com os Movimentos Negros.

Ao que cabe a UBS, seria interessante que a gestão da unidade promovesse debates e/ou articulasse grupo temático (na unidade) para tratar das questões raciais, já que grande a maioria da população atendida é negra e pobre, público alvo da supracitada política. Fomentar e divulgar entre as equipes de trabalho da unidade o curso da modalidade de ensino à distância “Saúde da População Negra”, produzido pela Secretaria Executiva da UNA-SUS em parceria com o Ministério da Saúde, por meio das secretarias de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde (SGTES) e de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). É necessário que a gestão e os trabalhadores articulem estratégias para que os terreiros de matriz africana sejam reconhecidos e inseridos na e pela rede de cuidados em saúde. Um dos caminhos para este fim é estabelecer um diálogo com a RENAFRO Saúde que, certamente, pode oferecer outras contribuições como, por exemplo, os treinamentos sobre saúde da população negra, voltados para os trabalhadores do SUS.

Para finalizar, realçamos o aspecto dialético da PNSIPN, se de um lado, representa uma das ferramentas de mediação sociopolítica no processo de disputas de um novo projeto racial e social, resultante de lutas históricas dos Movimentos Sociais Negros, do outro, e ao mesmo tempo, reflete a materialidade da condensação da correlação de forças e a manutenção da hegemonia burguesa e suas frações. Com isso, queremos dizer que é inegável a contribuição que a efetivação da política traria para a redução das iniquidades raciais em saúde, entretanto, sabemos que esta, por si só, não dá conta de solucionar as questões que giram em torno das contradições e dominações raciais de gênero e classe, uma vez que, são questões estruturais, fazem parte do conjunto de relações que formam a totalidade social. Deste modo, é tão somente de responsabilidade da classe trabalhadora como um todo prosseguir com a luta rumo à transformação social, esta resistência é capaz de promover a ruptura das estruturas de dominações e opressões desde que traga para o centro as pautas raciais e de gênero, acreditamos na utopia da construção de um novo projeto societário coletivo, igualitário, inclusivo e livre.

ANEXO

Roteiro de entrevista

Eixo 1. Dados iniciais – identificação.

1.Nome

2.Idade

3.Identidade racial/étnica segundo definições do IBGE (Preta, Parda, Amarela, Indígena ou Branca). Como você se auto – denomina?

4.Identidade de gênero – heterossexual, homossexual, bissexual, transgênero, cisgênero, outros. Qual a sua identidade de gênero?

5.Qual a sua profissão?

6. Quanto tempo trabalha na CESGSF?

7. Na sua opinião, todas as pessoas são tratadas como iguais na instituição?

Eixo 2 Concepções sobre racismo

1.Na sua opinião, a sua identidade de gênero interfere em seu cotidiano nas relações de trabalho? Como? Por quê?

2.Na sua opinião, a sua identidade étnico/racial interfere em seu cotidiano nas relações de trabalho? Como? Por quê?

3. *No Relatório Final da Unesco, Lopes (2004) aponta a definição de Racismo: é fenômeno ideológico que atribui significado social negativo aos grupos que apresentam características fenotípicas diferentes do grupo racial dominante (branco) o que justifica o tratamento desigual aos demais grupos (ciganos, indígenas, negros, outros).*

Baseado na sua experiência de trabalho você acredita que a raça/etnia e a classe social da população influencia nos serviços e atendimento prestados pelo Posto de Saúde?

4. Baseado na sua experiência de trabalho você acredita que a identidade de gênero das pessoas influencia nos serviços e atendimento prestados pelo Posto de Saúde?

5. Segundo Lopes no Relatório Final da Unesco, 2004 Racismo institucional manifesta-se por meio de normas e comportamentos discriminatórias, medidas disciplinares, adotadas no cotidiano de trabalho reproduzindo estereótipos racistas. Extrapola as relações interpessoais. Coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios produzidos pela ação das instituições.

- A) Você já identificou ou presenciou algum evento de racismo na instituição?
Descreva.
- B) Em sua opinião pessoas negras recebem menos informação/orientação ou encaminhamento do que as demais quando atendidas nesse Centro de Saúde?
- 6) Você tem conhecimento sobre as medicinas tradicionais preservadas pelos povos não brancos, ou seja, outro modelo sem ser a medicina ocidental? Quais?
- 7) No Brasil a medicina tradicional africana foi resguardada e preservada pelos povos e comunidades de terreiros oferecendo uma rede de cuidados em saúde (acolhida, banhos, rezas, rituais, cultos, adornos de proteção, etc.). Esses povos, em sua maioria, usufruem de ambas as medicinas de maneira complementar. Qual a sua opinião a respeito?
- 8) Com base na sua vivência profissional nesta instituição as populações de tradições de matriz africana recebem serviços e atendimentos diferenciados em decorrência da sua espiritualidade?
- 9) Em sua opinião com base nos procedimentos institucionais, o Centro de Saúde respeita o saber dos povos e comunidades de religiões de tradicionais de matriz africana enquanto um espaço que oferece um conjunto de cuidados á saúde?
- 10) Na sua visão em relação aos profissionais de saúde que compõe a equipe multiprofissional. Os terreiros de matriz africana representam um espaço produtor social de saúde?

Eixo 3. Saúde Feninina (Fazer comentário)

1. A literatura aponta que existe uma crença fundamentada em bases escravagistas de que corpos de pessoas negras seriam mais fortes e mais resistentes, inclusive, suportariam mais dor do que as demais populações. Tal crença permanece cristalizada na sociedade brasileira e é reincidentemente reproduzida no campo da saúde.

Com base nisso as mulheres negras recebem menos anestésias na hora clínicas, baixa qualidade nos atendimentos, tempo reduzido de consultas, menor número de consultas no pré natal, menos orientação referente ao aleitamento materno, maior dificuldade de conseguir vaga nas maternidades, etc. Essas negligências impactam negativamente na vida e na saúde dessas mulheres, um exemplo, disso é o elevado índice de mortalidade materna – a nível nacional somam um total 92% destas mortes 60% são mulheres negras.

Eixo 4. Relação entre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Educação Permanente

1. O que você conhece sobre a PNSIPN?

2. Partindo do conceito ampliado de saúde conforme OMS o modo de vida das pessoas, sua situação socioeconômica, exposição á violências diversas, o seu pertencimento racial, o racismo estrutural e demais fatores são reconhecidos como determinantes do processo saúde – doença.

Com base na sua experiência de trabalho, a população negra recebe tratamento diferenciado nos serviços e atendimentos prestados pela instituição?

3. A PNSIPN (2006) fundamenta-se em algumas diretrizes norteadoras, dentre elas a inclusão dos temas racismo e saúde da população negra no processo de formação e Educação Permanente.

Em sua opinião, esta temática é relevante para o seu processo de formação e trabalho? Por quê? Como?

4. Você já realizou algum curso, treinamento, ou palestra com abordagem dos temas saúde da população negra e racismo? Qual?

6. Você já teve acesso a algum estudo ou campanha sobre a saúde da população negra? Qual? Como este foi apresentado?
5. De acordo com a sua experiência institucional, a PNSIPN vem sendo implementada? Como?
6. A partir da PNSIPN você identifica mudanças de enfoque nos processos de trabalho da sua equipe? Quais?
7. Na sua equipe de trabalho é ou já foi discutido algum estudo de caso que abordasse eventos que se relacionam direta ou indiretamente com a cor/raça das pessoas? Como se deu esse processo?
8. O CSEGSF é considerado uma instituição de referência no processo de formação de estudantes e trabalhadores. Em sua opinião, o setor de ensino e pesquisa do Centro fomenta a produção de conhecimento acerca da saúde da população negra? Como?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANISTIA INTERNACIONAL. **Você matou meu filho: homicídios cometidos pela polícia militar na cidade do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2015.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Dossiê: Marxismo e a questão racial.** Margem Esquerda. rev. n. 27. São Paulo: Boitempo, 2016.

ARAÚJO, Marcos Vinícius R. **O Movimento Negro e a Política de Saúde Integral da População Negra: heterogeneidade e convergências.** 2015. 127 f. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

BARATA, R. R. **Como e porque as desigualdades sociais fazem mal a saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARBOSA, Maria Inês. **Racismo e saúde.** 1998. 110f. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA: 2009.

BENTES, N. Brasil-Durban-Brasil: um marco na luta contra o racismo. **Revista Estudos Feministas**, v.10, n.1, p. 229-236, 2002.

BRASIL. **Constituição Federal.** Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS.** 2. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde nº8.080, de 19 setembro de 1990.**

BATISTA, L.; LOPES, F.; WERNECK, J. (Orgs). **Saúde da População Negra.** Revista ampliada. 2.ed. Brasil: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

CARNEIRO, Sueli. Raça e étnia no contexto da conferência de Beijing. In: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. C. **O Livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe.** Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2000.

CARNEIRO, Sueli. A Batalha de Durban. **Estud. Fem.**, v10, n.1, p. 209-214, jan., 2002.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em Movimento. **Estudos Avançados** , v. 17, n. 49, p. 117-133, 2003.

CHEHUEN NETO, José Antônio et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n.6, pp. 1909-1916, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relações Raciais: Referências Técnicas para atuação de psicólogos/os.** Brasília: CFP, 2017. 147 p.

CRENSHAW, Kimberli. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: V,V. & A, A. **Cruzamento: raça e gênero.** Brasília: Unifem, 2004.

- CRIOLA. **Participação e Controle Social para Equidade em Saúde da População Negra**. Rio de Janeiro: 2007. Disponível em: <<http://criola.org.br/wp-content/uploads/2017/10/participacao-e-controle-social-para-equidade-em-saude-da-populacao-negra-criola-2.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2017.
- CRIOLA. **Saúde da População Negra: passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: <http://www.criola.org.br/pdfs/publicacoes/Livreto2_Saude.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2017.
- DAVIS, Angela. **As mulheres negras na construção de uma nova utopia**. 2011. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/as-mulheres-negras-na-construcao-de-uma-nova-utopia-angela-davis/>>. Acesso em: 14 nov. 2017.
- DAVIS, Angela. In: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. C. **O Livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2000.
- DAVIS, Angela. **Mulheres, Raça e Classe**. Tradução: Heci Regina Candini. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DAVIS, Angela. **Mulheres, Cultura e Política**. Tradução: Heci Regina Candini. São Paulo: Boitempo, 2017.
- DIOP, Cheikh Anta. Origem dos antigos egípcios. In: MOKHTAR, G. (Org.). **História Geral da África: a África antiga**. v. 2. São Paulo/Paris: Ática/UNESCO, 1983.
- FANON, Frantz. **Pele Negra Máscaras Brancas**. Tradução de Renato Silveira. Salvador: EDUFBA:2008
- FERNANDES, Florestan. Prefácio. In: NASCIMENTO, Abdias do. **O Genocídio do Negro Brasileiro: processo de um racismo mascarado**. Ed. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1978. pp. 19.
- FLEURY, Sonia. Desigualdades Injustas: o contradireito a saúde. **Psicologia & Sociedade**, 23, 45-52, 2011.
- FLORENCIO, et al. Capítulos “Dispositivos teóricos-analíticos” e “Produção de sentido e relações históricas”. In: Florêncio et al. **Análise do Discurso: fundamentos & prática**. Maceió: Edufal, 2009.
- FRANÇA, M. M. L.; Queiroz, S. B.; Bezerra, W. C. Saúde dos povos de terreiro, práticas de cuidado e terapia ocupacional: um diálogo possível? **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 105-116, 2016.
- GUIMARÃES, A. S. **A Racismo e Antirracismo no Brasil**. São Paulo: Ed 34, 1999 v. 1000.
- GUIMARÃES, A. S. A. A questão racial na política brasileira (os últimos quinze anos). **Tempo soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 121-42, 2001.
- GRAMSCI, Antonio. Estado e Sociedade Civil. In: COUTINHO, Carlos Nelson (Org.). **O leitor de Gramsci**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. pp. 267-289.

GOMES, Nilma Nilo. Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão. In: BRASIL. **Educação Anti-racista: caminhos abertos pela Lei federal nº 10.639/03**. Brasília, MEC, Secretaria de educação continuada e alfabetização e diversidade, 2005. pp. 39-62

HOOKS, Bell. Vivendo de amor. In: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. C. **O Livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2000.

HOOKS, Bell. **Intelectuais Negras Estudos Feministas**. 1995. Disponível em <<https://www.geledes.org.br/intelectuais-negras/>>. Acesso em: 14. Set. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociais Mínimos: Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos>>. Acesso em: 7 nov. 2015.

IANNI, O. **Raças e classes sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.

INFOPEN. **Levantamento nacional de informações penitenciárias**. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional, Ministério da Justiça, 2014.

KILOMBA, Grada. “The Mask” In: KILOMBA, Grada. **Plantation Memories: Episodes of Everyday Racism**. 2. ed. Münster: Unrast Verlag, 2010.

LIMA, M. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. **Novos estudos, CEBRAP**, São Paulo, n. 87, 2010.

LOPES, F. (Org). **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

LOPES, Fernanda (Coord). **Experiências Desiguais ao Nascer, Viver, Adoecer e Morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

MAHER, C. M. **Nem tudo é estar fora: o movimento de mulheres negras e as articulações entre saúde e raça**. 2005. 146f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MELLO, L. I. A. Gramsci: Hegemonia e Revolução. In: COGGIOLA, O. **História e Revolução**. São Paulo: USP, 1997, p. 9-14.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra 2013-2015**. Brasília: 2013.

MONTEIRO, Rosana Batista. **Orientações e experiências para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no âmbito da formação e Educação Permanente em Saúde**. 2010.

MOORE, Carlos. **Racismo e sociedade: novas bases epistemológicas para entender o racismo**. Belo Horizonte: Mazza, 2007.

MUNANGA, Kabengele. **O negro na sociedade brasileira: resistência, participação e contribuição**. Brasília: FCP, 2004

MUNANGA, Kabengele. (Org). **Superando o racismo na escola**. Brasília: MEC, 2005.

MUNANGA, Kabengele. Teoria social e relações raciais no Brasil contemporâneo. **Cadernos Penesb, Niterói**, n. 12, p. 169-203, 2010.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. São Paulo: Perspectiva, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal**. Sumário Executivo. Genebra, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em: 03 jun 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Seminário Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade**. Brasília: OPAS, 2001.

PEREIRA, Amilcar Araújo. **A ideia de raça e suas implicações**. O mundo negro. 1. Ed. Rio de Janeiro: Pallas, 2013.

PINHEIRO, L. et al. **Retrato das desigualdades de Gênero e Raça**. Brasília 4ª Edição, 2008.

PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. In. SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximação teórica e metodológica**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2004.

PINTO, R. P. **O movimento negro em São Paulo: luta e identidade**. 1 ed. Ponta Grossa: UEPG, 2013.

PIRES, Thula Rafaela; LIRYO, Caroline. **Racismo Institucional e Acesso a Justiça: uma análise da atuação do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro nos anos de 1989-2011**. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=7bf570282789f279>>.

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Canal Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Programa disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=1w2bGJLQqeQ>>.

PNUD/OPAS. **Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade**. Workshop Interagencial Saúde da População Negra, Brasília, 6 e 7 de dezembro de 2001.

POULANTZAS, N. As lutas políticas: o Estado, condensação de uma relação de forças. In: _____. **O Estado, o Poder, o Socialismo**. São Paulo: Paz e Terra, 2000. p. 125-164.

PRAXEDES, W. A questão da educação para a diversidade sócio-cultural e o etnocentrismo. In: ASSIS, V. S. **Introdução à antropologia**. Maringá: EDUEM, 2005.

RABELO, S.H.S. A igualdade em construção: políticas de ação afirmativa para inclusão de negros no ensino superior público brasileiro. **Revista de Estudos e Pesquisa em Educação**. Juiz de Fora, v. 10, p. 87-98, 2008.

RIBEIRO, Denize de Almeida. Ubuntu: o direito humano e a saúde da população negra. **Saúde da População Negra**. Petrópolis-RJ, p. 121-140, 2012.

SANTOS, Josenaide Engracia; SANTOS, Giovanna Cristina Siqueira. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. **Saúde debate**, 2013, vol.37, n.99, PP.563-570.

SCHUCMAN, Lia. V. **Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo**. São Paulo: Annablume, 2014.

SCHUCMAN, Lia. V. **Entrevista**: Lia Schucman. Entrevista concedida à TV Folha. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=Fc7sxAySoOE>>. Acesso em: 26 out. 2017.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher 2014**. 1ª Impressão. Brasília: 2015. 181p. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/livro-raseam_completo.pdf>. Publicado em: mar/2015. Acesso em: 03 jun. 2017.

SEPPPIR. **Sepppir e MS firmam acordo de cooperação com foco na Saúde da População Negra**. 2011. Disponível em: <http://www.sepppir.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2011/10/sepppir-e-ms-firmam-acordo-de-cooperacao-com-foco-na-saude-da-populacao-negra>. Acesso em: 08 dez. 2017.

SILVA, Nelson V.; HASENBALG, Carlos A. **Relações Raciais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Rio Fundo Editora, 1992.

TRAD, L.A.B.; BRASIL, S.A. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o estado brasileiro. In: BATISTA, L. E. et al. **Saúde da População Negra**. Brasília: ABPN, 2012. pp.70-97.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência: Homicídios por armas de fogo no Brasil**. São Paulo, Instituto Sangari: 2016.

WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. C. **O Livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2000.

WERNECK, Jurema. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: WERNECK, Jurema. **Saúde da população negra no Brasil: contribuindo para a promoção da equidade**. 2005. pp. 315-386.

WERNECK, Jurema. **Educação profissional: projetos em disputa no campo brasileiro.** Revista Poli Saúde, Educação, Trabalho. Rio de Janeiro, EPSJV/FIOCRUZ: 2014.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WERNECK, J.; IRACI N. (Orgs). **A Situação dos Direitos Humanos das Mulheres Negras no Brasil: violências e Violações.** Disponível em: < <http://fopir.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Dossie-Mulheres-Negras-.pdf>>. Acesso em 16 out. 2016.

WHITE. Evely C. O amor não justifica: mulheres negras e violência doméstica. In: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. C. **O Livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe.** Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2000.