



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**POLÍTICAS DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: necropolítica,
tensionamentos e caminhos para equidade racial em Belém**

BELÉM/PA

2023

FLÁVIA DANIELLE DA SILVA CÂMARA

**POLÍTICAS DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: necropolítica,
tensionamentos e caminhos para equidade racial em Belém**

Projeto de Tese de Doutorado vinculado ao Programa de Pós-graduação de Psicologia da Universidade Federal do Pará – UFPA, apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de doutora em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira.

BELÉM/PA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C172p Câmara, Flávia Danielle da Silva.
Políticas de Saúde Integral da População Negra : necropolítica,
tensionamentos e caminhos para equidade racial em Belém / Flávia
Danielle da Silva Câmara. — 2023.
238 f. : il. color.

Orientador(a): Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de
Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em
Psicologia, Belém, 2023.

1. Política Nacional de Saúde Integral da População
Negra. 2. Necropolítica. 3. Equidade Racial. 4. Saúde da
População Negra. 5. Belém-Pará-Amazônia. I. Título.

CDD 150

FLÁVIA DANIELLE DA SILVA CÂMARA

**POLÍTICAS DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: necropolítica,
tensionamentos e caminhos para equidade racial em Belém**

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira / Orientador – UFPA

Prof. Dr. Luís Eduardo Batista / Membro Externo - Ministério da Saúde

Prof. Dr. Bruno Jáy Mercês de Lima / Membro Externo - Estácio -FAP

Profa. Dra. Cristina Areda Oshai / Membro Interno - PPGSS - UFPA

Profa. Dra. Flávia Cristina Silveira Lemos / Membro Interno - PPGP - UFPA

Profa. Dra. Zélia Amador de Deus / Membro Externo - ADIS - UFPA (suplente)

**Profa. Dra. Fernanda Cristine dos Santos Bengio / Membro Interno - PPGP- UFPA
(suplente)**

Aprovação em: 15 de setembro de 2023.

Nota:_____.

BELÉM/PA

2023

LISTA QUADROS

Quadro 1. Arquitetura cognitiva e interseccionalidade.....	84
Quadro 2. Estratégias de Gestão e Responsabilidades das esferas	99
Quadro 3. Analisadores da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.....	102
Quadro 4. Marcos Institucionais da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.....	131
Quadro 5. Diretrizes em Saúde da População Negra.....	134
Quadro 6. Objetivos em Saúde da População Negra.....	136
Quadro 7. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.....	137
Quadro 8. Distritos Administrativos de Belém.....	151
Quadro 9. Ações em Saúde para População Negra.....	170
Quadro 10. Ações Programadas para o Quadriênio do PMS 2022-2025 de acordo com as DOMI (Diretrizes, Metas e Indicadores) para o Município de Belém/PA.....	173
Quadro 11. Quantidade de pessoas que responderiam “sim” às perguntas em questão do e-SUS no cadastro individual do município de Belém.....	197

LISTA TABELAS

Tabela 1. Estudo da dinâmica demográfica da população negra no Brasil.....	119
Tabela 2. Dados desagregados por raça/cor dos cidadãos ativos no e-SUS/AB.....	191
Tabela 3. Pessoas que responderiam “sim” no cadastro individual do e-SUS/AB.....	196
Tabela 4. Mortalidade Materna por raça/cor, nos anos de 2018 a 2022, na cidade de Belém, SIM/2023.....	200
Tabela 5. Mortalidade materna por raça/cor na cidade de Belém entre os anos de 2018 e 2022.....	205
Tabela 6. Mortalidade infantil por causas evitáveis por raça/cor na cidade de Belém entre os anos de 2018 e 2022.....	207
Tabela 7. Mortalidade infantil por causas evitáveis por raça/cor na cidade de Belém.	209

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapas de Belém (PA) com os dados sobre a concentração da população negra.....	153
Figura 2. Localização dos aglomerados subnormais em Belém, Recife e São Paulo.....	154
Figura 3. Dados sobre os aglomerados subnormais de Belém.....	155
Figura 4. Dados demográficos da população residente em setores com áreas de risco no Município de Belém.....	156
Figura 5. Internações por Município segundo raça/cor e faixa etária da população internada por doenças vetoriais e doenças de veiculação hídrica.....	157
Figura 6. Ciclo de avaliação da Política de Saúde da População Negra.....	179

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEPF	Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar
BEMFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar
COPIS	Coordenação de População e Indicadores Sociais
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CPAIMC	Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança
CNS	Conselho Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IHGB	Instituto Histórico e Geográfico
IHA	Índices de Homicídios na Adolescência
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MM	Método Misto
MNUCDR	Movimento Negro Unificado Contra a Discriminação Racial
MUNIC	Pesquisa de Informações Básicas Municipais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSIPN	Política Nacional de Saúde da População Negra
PPA	Programa Plurianual
PMs	Policiais Militares
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha ancestralidade, sobretudo àquela que guia minha coroa: Salubá, Nanã!

Agradeço aos meus pais Fátima e Pedro pois sem eles eu nem chegaria até aqui, sempre me apoiaram e me deram forças para seguir em frente. Acima de tudo, foi por vocês mais essa vitória!

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPA, principalmente ao orientador Paulo de Tarso por aceitar o desafio de abordar essa temática junto comigo.

Agradeço à banca de defesa pelo aceite e contribuições que engrandeceram a proposta de trabalho.

Agradeço aos movimentos negros e de mulheres negras pois somos continuidade...

Agradeço aos amigos próximos e demais pessoas que cruzaram meu caminho nessa jornada que foi o doutorado.

Agradeço e peço licença ao senhor do movimento e da comunicação, para que esta materialidade possa circular e efetivar boas trocas em favor da população negra. Laroyê, Exú!

RESUMO

CÂMARA, Flávia Danielle da Silva. **Políticas de Saúde Integral da População Negra: Necropolítica, Tensionamentos e Caminhos para Equidade Racial em Belém.** 2023. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Pará. Universidade Federal do Pará, Belém, 2023.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) está em vigor desde 2009 pelo Ministério da Saúde e é uma política do SUS. Contudo, ainda são poucos os municípios brasileiros que a implementaram em seus territórios o que ratifica a pertinência do racismo institucional e estrutural no país. Nesse contexto, a necropolítica enquanto projeto político de Estado e categoria filosófico-analítica, auxiliou na compreensão de como uma saúde-diretriz foi estruturante do Estado-nação brasileiro e a técnica da eugenia estiveram à serviço da gestão da morte. Mediante as práticas coloniais, o estado de exceção e o inimigo racializado, criou-se as condições para administrar e fazer viver em mundos de mortes, atualizando as noções de humanidade, cidadania e instituindo modos de ser. Esta pesquisa objetivou analisar a maneira como a necropolítica estruturou os tensionamentos em torno da implementação da Política Municipal de Saúde da População Negra em Belém. Partiu-se da Epistemologia do Pensamento Feminista Negro e a interseccionalidade foi a metodologia utilizada para organizar o Método Misto (MM) de pesquisa qualitativa e quantitativa na qual se realizou análise dos documentos; Plano Municipal de Saúde (2002-2025) e o Plano Plurianual (2022-2025), análise das informações presentes no MUNIC/IBGE e realizou-se levantamento estatístico (cadastro individual e-SUS/AB, IBGE, DataSUS, Painel de Monitoramento SIM/SINASC) em diálogo com referenciais teóricos no campo de saúde da população negra. Assim, demonstrou-se a partir dos cadastros do e-SUS/AB (2022) do município que 475.113 indivíduos eram negros (pretos + pardos), 73.509 brancos, 12.691 amarelos e 659 indígenas, sendo a população negra a que mais afirmou ter hipertensão e diabetes (doenças prevalentes na raça), tem o maior índice de mortalidade materna e infantil por causas evitáveis e, ainda assim, Belém não implementou a Política Municipal de Saúde da População Negra. Concluiu-se que, mesmo os negros constarem como a maioria entre os cidadãos ativos no sistema de saúde municipal, a técnica da eugenia forjou o embranquecimento como saída de emergência à mestiçagem brasileira e, em Belém ganhou ares de “morenidade”. Esse processo sedimentou o caminho para a existência do mito da democracia racial que se utiliza da negação do racismo na sociedade e lança mão da igualdade dos indivíduos quando se mobilizam as diferenças no sentido da pluralidade, respeito e potência presente, por exemplo, nas denúncias e reivindicações dos movimentos negros e de mulheres negras por políticas afirmativas como é o caso da PNSIPN. A cidade de Belém vivenciou avanço com a instalação do Grupo de Trabalho Intersetorial da Saúde da População Negra em 2022, porém é preciso situar as ações no âmbito das políticas públicas de Estado no sentido da promoção à equidade racial em saúde, reafirmando a negritude na Amazônia belenense.

PALAVRAS-CHAVES: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Necropolítica; Equidade Racial; Saúde da População Negra; Belém-Pará-Amazônia.

ABSTRACT

The National Comprehensive Health Policy for the Black Population (PNSIPN) has been in force since 2009 by the Ministry of Health and is a SUS policy. However, there are still few Brazilian municipalities that have implemented it in their territories, which ratifies the relevance of institutional and structural racism in the country. In this context, necropolitics as a political project of the State and a philosophical-analytical category, helped to understand how a health-directive was structuring the Brazilian nation-state and the technique of eugenics was at the service of death management. Through colonial practices, the state of exception and the racialized enemy, the conditions were created to manage and make live in worlds of death, updating the notions of humanity, citizenship and instituting ways of being. This research aimed to analyze how necropolitics structured the tensions around the implementation of the Municipal Health Policy for the Black Population in Belém. It started from the Epistemology of Black Feminist Thought and intersectionality was the methodology used to organize the Mixed Method (MM) of qualitative and quantitative research in which the documents were analyzed; Municipal Health Plan (2002-2025) and the Multiannual Plan (2022-2025), analysis of the information present in the MUNIC / IBGE and a statistical survey (individual registration e-SUS / AB, IBGE, DataSUS, SIM / SINASC Monitoring Panel) in dialogue with theoretical references in the field of health of the black population. Thus, it was demonstrated from the e-SUS/AB (2022) registers of the municipality that 475,113 individuals were black (black + brown), 73,509 white, 12,691 yellow and 659 indigenous, and the black population was the one that most claimed to have hypertension and diabetes (prevalent diseases in the race), has the highest rate of maternal and infant mortality from preventable causes and, even so, Belém did not implement the Municipal Health Policy of the Black Population. It was concluded that, even though blacks were the majority of active citizens in the municipal health system, the technique of eugenics forged whitening as an emergency exit to Brazilian *mestizaje* and, in Belém, it gained an air of "morenity". This process paved the way for the existence of the myth of racial democracy that uses the denial of racism in society and uses the equality of individuals when differences are mobilized in the sense of plurality, respect and power present, for example, in the denunciations and demands of black movements and black women for affirmative policies such as the PNSIPN. The city of Belém experienced progress with the installation of the Intersectoral Working Group on the Health of the Black Population in 2022, but it is necessary to situate the actions within the scope of State public policies in order to promote racial equity in health, reaffirming blackness in the Belenense Amazon.

KEYWORDS: National Comprehensive Health Policy for the Black Population; Necropolitics; Racial Equity; Health of the Black Population; Belém-Pará-Amazônia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	EPISTEMOLOGIAS E METODOLOGIAS NEGRAS.....	18
2.1	TEORIZAÇÃO INTERSECCIONAL: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA...	23
2.2	NECROPOLÍTICA: POLÍTICAS DA MORTE PARA ALÉM DO TRIVIAL.....	29
2.3	DESENHO DA PESQUISA.....	39
2.3.1	Construindo analisadores.....	41
2.3.2	Levantamento estatístico.....	46
3	BRANQUEAR A NAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA E EUGENIA.....	48
3.1	ABRINDO O BAÚ DAS MEMÓRIAS: SAÚDE PÚBLICA À SERVIÇO DA GESTÃO DA MORTE.....	49
3.1.1	Raça, algumas notas.....	49
3.1.2	Saúde, um carro-chefe da nação.....	52
3.1.3	Do determinismo climático às teorias raciais no contexto brasileiro.....	77
3.1.4	Mestiçagem, democracia racial e racismo institucional: a solução brasileira.....	84
3.2	EUGENIA: VIDA DE UNS E MORTE DE “OUTROS”	98
4	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: UMA POLÍTICA DO SUS.....	104
4.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM PROJETO EM VIAS DE CONCLUSÃO ..	112
4.2	CAMINHOS DE RESISTÊNCIA: ATIVISTAS NEGRAS/OS NA LUTA POR SAÚDE.....	115
4.2.1	Primórdios de uma política: mulheres negras e direitos reprodutivos.....	115
4.2.2	Rumo à institucionalização da política.....	125
4.3	POR DENTRO DA PNSIPN.....	132
4.3.1	Racismo e o modelo da “determinação social”	140
5.	BELÉM: SUAS HISTÓRIAS, SEUS POVOS E A SAÚDE NEGRA.....	146
5.1	A CIDADE DE BELÉM.....	148
5.2	BELÉM: CIDADE NEGRA QUE SE AMORENOU.....	160
5.3	PRELÚDIOS DE UMA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE INTEGRAL DA	

	POPULAÇÃO NEGRA EM BELÉM.....	169
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	213
	REFERÊNCIAS	217
	ANEXO A.....	225
	ANEXO B.....	227
	ANEXO C.....	228
	ANEXO D.....	229
	ANEXO E.....	230
	ANEXO F.....	231
	ANEXO G.....	232
	APÊNDICE A.....	233
	APÊNDICE B.....	234

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSIPN) foi instituída pela portaria n.º 992/2009 pelo Ministério da Saúde e foi elevada à lei federal a partir da existência do Estatuto da Igualdade Racial (lei n.º 12.288/2010). Foi um longo caminho de resistência trilhado pelo movimento de mulheres negras em sua luta contra a esterilização compulsória e as nuances racistas do planejamento familiar nos anos de 1990 e dos movimentos negros que a partir da Marcha de Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida em 1995 deram os passos para sua institucionalização, mas sua efetiva implementação continua em construção.

Quando observamos que menos de 10% dos municípios brasileiros implementaram a PNSIPN, diante de um país em que a maioria da população é negra (IBGE, 2010), questiona-se: pode a saúde ser um campo de gestão da morte? Qual o motivo da não implementação da Política? Uma vez que ainda é a população negra (pretos e pardos) que desponta entre os piores índices de acesso aos serviços, qualidade dos atendimentos, adoecimento e morte por causas evitáveis; o que atravessa a saúde pública brasileira que contribui com esse panorama de vida e morte da população negra?

O contexto da pandemia pelo vírus SARS-CoV-2 que assolou o mundo a partir de 2020 ressaltou a deficiência global no que tange à saúde da população mais vulnerável, sobretudo, de negras e negros mais pobres. No Brasil, a mulher negra e empregada doméstica Cleonice Gonçalves¹, foi o primeiro óbito noticiado em virtude das intercorrências da Covid-19. O que foi sintomático para o contexto brasileiro em que impera o racismo institucional e estrutural sob as narrativas de igualdade, pacto do silêncio racial e de ode à mestiçagem/miscigenação.

Segundo estudos realizados no primeiro ano da pandemia (2020) pelo Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (PUC-Rio)², a mortalidade entre negros (pretos e pardos) foi de 55%, enquanto entre os brancos foi de 38%. O Instituto Pólis³ realizou pesquisa no estado de São Paulo e revelou que os óbitos em função da Covid-19, representou entre os negros 172/100 mil habitantes e entre os brancos 115/100 mil habitantes. Corroborando com esses dados, a CPI da Pandemia (Senado Federal, 2021⁴) apontou que a população negra foi a mais afetada pelas consequências do contexto pandêmico do que as pessoas brancas. No sentido da

¹ Cleonice Gonçalves, 63 anos, moradora do Leblon, Rio de Janeiro, trabalhava como empregada doméstica desde os 13 anos, sendo que há 20 anos trabalhava para os empregadores de quem contraiu o vírus. Após Cleonice ter sido internada, a empregadora, que havia passado o carnaval na Itália, comunicou que estava com Covid-19.

² Fonte: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53338421>

³ Fonte: <https://polis.org.br/estudos/raca-e-covid-no-msp/>

⁴ Fonte: <https://www12.senado.leg.br/noticias/audios/2021/10/populacao-negra-foi-mais-atingida-durante-a-pandemia-aponta-relatorio-da-cpi>

imunização, a Agência Pública (2021) apontou que enquanto as pessoas autodeclaradas brancas que haviam recebido a primeira dose era de 3,2 milhões de pessoas, o número de pessoas negras era de 1,7 milhão (Repórter SUS⁵).

O racismo estrutural deixou marcas profundas em nossa sociedade, apoiando-se nos estereótipos que acompanham os corpos negros até a atualidade, por exemplo; a mulher negra considerada forte e, com isso, não precisa receber anestesia. Assim, esse e outros discursos respaldam e naturalizam as violências cometidas contra a população negra, como demonstrou o “Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva”, em pesquisa realizada pela ONG Criola (2021)⁶ sobre o contexto de três cidades do Rio de Janeiro em que para cada 100 mil nascimentos, entre os anos de 2010 e 2017, o número da mortalidade materna foi de 71 mulheres brancas e de 188 mulheres negras. Já em âmbito nacional, o Dossiê apresenta que a mortalidade materna negra é 77% maior do que entre as mulheres brancas. Dados estes, que são indicativos das violências obstétricas que encontram no corpo de mulheres negras seus alvos privilegiados.

Em 2002, Alyne Teixeira, grávida de 6 meses, foi morta pelo racismo do Estado ao ter seu atendimento adequado negado. O que esses dois casos, de Cleonice e Alyne, têm em comum é o racismo como estruturante de políticas públicas eficientemente construídas para fazer viver alguns e fazer morrer outros. Perante essa realidade e dos vários relatos de pessoas negras, questiona-se sobre a quem as políticas públicas em saúde têm chegado? Por que, mesmo com a existência de uma Política Nacional, ela segue sendo pouco estudada nos meios acadêmicos e não implementada na maioria dos municípios brasileiros? Na cidade de Belém, delimitação geográfica escolhida para os fins dessa pesquisa, o que têm de políticas públicas para essa população que se configura como a maioria populacional (77% no estado do Pará)?

Deivison Faustino (2017) abordou as possibilidades e limites do “campo (de estudos e intervenção) saúde da população negra” (p. 3832) aludindo às problemáticas que surgem em se colocar o combate ao racismo na agenda das políticas públicas, em particular, na ordem do dia das políticas de saúde pública.

Segundo esse autor a existência do campo em questão se depara com, no mínimo, três problemas: 1) a negação dos saberes das culturas africanas, incluindo os saberes em saúde, o que colocaria a emergência da saúde da população negra datada e em relação a uma necessidade dos sujeitos negros a partir da segunda metade do século XX, 2) o próprio racismo institucional

⁵Fonte: <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/negros-sao-os-que-mais-morrem-por-covid-19-e-os-que-menos-recebem-vacinas-no-brasil>

⁶Fonte: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/dossie-mulheres-negras-e-justica-reprodutiva-criola-2020-2021/>

(estrutural e sistêmico) que nega sua existência e, mesmo com um longo histórico de participação e luta dos movimentos negros para a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 2009, ainda existe um abismo que impede o seu conhecimento e a sua implementação, por fim, 3) oposições declaradas ao uso da categoria raça, algumas delas, diga-se de passagem, há muito conhecida pelos movimentos e teóricos das relações raciais (o que implica em uma vasta bibliografia sobre os assuntos), a saber; validade do conceito de raça, a classificação racial brasileira como uma importação do modelo binário (branco-negro) dos Estados Unidos, considerar os critérios econômicos ao invés do racismo enquanto determinantes sociais de saúde e identificar o campo de saúde da população negra como “política de focalização” (Faustino, 2017, p. 3836).

Sobre o último ponto, Faustino (2017) pontua que a saúde como um direito de todos e dever do Estado, conforme previsto no artigo 196 da Constituição Federal, bem como o princípio da universalidade da Lei 8080/90 que instituiu o Sistema Único de Saúde são avanços inegáveis frente ao antigo sistema de saúde restrito aos trabalhadores que contribuíam com a previdência social, sendo, portanto, a universalização, um legado da Reforma Sanitária.

A focalização, por outro lado, seria a admissão da falência do Estado de bem-estar social em que se elegeria grupos vulneráveis específicos para investimento de ações e recursos por parte do “mercado e os agentes governamentais e multilaterais que atuem em seu nome, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional” (Faustino, 2017, p. 3833), portanto, teria um fundo neoliberal que para alguns autores estaria em oposição e excluiria a universalidade do direito à saúde.

Nesse sentido, a perspectiva aqui adotada é da equidade racial em saúde com vistas à universalidade com redistribuição das oportunidades. Além das questões apontadas por Faustino, a política de focalização tende a mais uma vez “recortar” um segmento da sociedade como se de fato isso fosse possível, ainda mais em uma sociedade multicultural como a brasileira cuja maioria é negra.

A história da saúde pública brasileira está associada à emergência do Estado-nação em sua busca pelo *status* de identidade nacional, civilização e progresso. Construir e consolidar os caminhos que levariam o país ao encontro do progresso exigiu “sanear a nação” (Schwarcz, 1993) e embranquecer seu povo. A necropolítica que extraiu do período colonial/escravista o terror, estado de exceção, técnicas de tortura e a eleição da raça para administrar a gestão da morte, forjou este Outro – inimigo que precisava ser eliminado.

Em "A cidade febril" de Sidney Chalhoub (1996), ele mostrou como as epidemias de febre-amarela e varíola impactaram a cidade do Rio de Janeiro no século XIX e como essas

doenças afetaram de maneira desigual a população negra: sendo compreendida pelos deterministas climáticos da época, como a mais adaptada ao clima tropical, em virtude disso, morria em menor proporção se comparada aos brancos europeus, vista ora como portadora, ora como transmissora do “vômito preto”. O livro evidenciou as condições precárias de vida nas áreas habitadas por negros; a falta de acesso aos serviços de saúde e o racismo institucional contribuíram para uma maior vulnerabilidade da população negra em relação à saúde.

Chalhoub (1996) mostrou como os espaços urbanos eram segregados e como as condições de vida nas áreas habitadas por negros, a exemplo dos cortiços, eram precárias, favorecendo a disseminação das doenças. Apontou como esses espaços de moradias coletivas, além de insalubres, estavam no centro da cidade, fazendo com que todos; elite e pobres, brancos e negros, convivessem lado a lado, o que impulsionou a abertura às mudanças urbanas e à perspectiva de limpeza sócio racial pretendida para o progresso e civilização em voga.

As respostas das autoridades e da sociedade em geral às epidemias também foram analisadas (Chalhoub, 1996). Demonstraram-se como as políticas de saúde pública foram influenciadas por uma visão racista sob a roupagem de “classes pobres e perigosas”, negligenciando essas áreas e culpando a população negra pela disseminação das doenças. Isso resultou em medidas de controle mais rigorosas que impactaram de forma desproporcional os negros que precisavam recorrer a esse tipo de moradia em virtude do alto valor dos aluguéis em outros espaços.

Além disso, Chalhoub examinou como a luta contra as condições indignas de vida, em particular a Revolta da Vacina, foi utilizada enquanto pretexto para reforçar o controle e a repressão sobre a população negra sob a justificativa que seriam contra a vacinação. Ele descreveu como as medidas de higienização urbana foram usadas como forma de controle social e como a polícia e as autoridades aproveitaram as epidemias para justificar ações violentas contra os negros, como a criminalização das práticas tradicionais e culturais afro-brasileiras.

As movimentações da comunidade negra por liberdade e vida digna são uma realidade desde as invasões europeias à África e posterior sequestro dos nossos antepassados. Enquanto movimento negro, eles existem desde que o primeiro corpo negro foi vilipendiado e escravizado a formas degradantes de “trabalho” e para cá foi arrastado à força; havia movimento e havia resistência diversas. Assim, precisamos falar da pluralidade que constitui o que apontamos aqui como movimento negro, adotando o que a antropóloga Lélia González já disse dele.

Na verdade, falar *do* Movimento Negro implica no tratamento de um tema cuja complexidade, dada a multiplicidade de suas variantes não permite uma visão unitária. Afinal, nós negros, não constituímos um bloco monolítico, de características rígidas e imutáveis. Os diferentes valores culturais trazidos pelos povos africanos que para cá vieram (iorubás ou nagôs, daomeanos, malês ou mulçumanos, angolanos, congoleses,

ganenses, moçambicanos, etc.), apesar da redução à “igualdade”, imposta pela escravidão, já nos levam a pensar em diversidade (González, 1982, p. 18).

Lélia González (1982), nos apresentou que o primeiro grande movimento negro, surgiu em São Paulo após o fim do sistema escravocrata: a Frente Negra Brasileira (FNB - 1931 – 1937). Agregou as mais variadas entidades negras da época, visando a integração do negro na sociedade após a interrupção da imigração europeia no período varguista. Das suas divisões internas, surgiu a Frente Negra Socialista. No ano de 1937 a FNB foi fechada em definitivo, tendo contribuído com o “projeto de organização política do negro brasileiro” (ibidem., p. 23). Segundo Araújo e Teixeira (2016) a FNB tinha por um de seus objetivos a indicação de “representações negras em cargos eletivos, bem como, buscavam a inserção de negros no âmbito parlamentar (estaduais ou municipais) para aliar-se aos quadros da organização” (p. 189).

Já nos anos de 1945 a 1948, surgiu o Teatro Experimental do Negro no Rio de Janeiro, cujo expoente foi Abdias Nascimento. “Sua posição crítica em face do racismo e suas práticas, seu trabalho concreto de alfabetização, informação, formação de atores e criação de peças que apontam para a questão racial, significou um avanço no processo de organização da comunidade” (González, 1982, p. 24).

O período da Ditadura Militar (1964-1985) desarticulou os movimentos sociais e as organizações negras não ficaram de fora. Nos anos de 1970 os grupos e teatro foram retomados a exemplo do Centro de Cultura e Arte Negra (CECAN) em São Paulo, o Grupo Palmares do Rio Grande do Sul que já sinalizava para a alteração das mobilizações negras do 13 de maio para o 20 de novembro, uma juventude em torno do “soul” (Black Rio) começava a criticar o racismo no Rio de Janeiro (González, 1982). Grupos de estudos, seminários, palestras, cursos, surgem nas fileiras das universidades e fora delas, a exemplo, do Centro de Estudos Afro-Asiáticos, assim como jornais e associações de imprensas negras continuam a denunciar as consequências do racismo na vida da população (ibidem.).

Reoxigenados com os ares da luta por direitos civis dos EUA, surgiu em 1978 o Movimento Negro Unificado Contra a Discriminação Racial (MNUCDR/MNU), no Rio de Janeiro, conclamando para ato público em denúncia à violência e repressão policial, considerando que o “negro se encontra: JOGADO NAS FAVELAS, CORTIÇOS, ALAGADOS E INVASÕES, EMPURRADO PARA A MARGINALIDADE, A PROSTITUIÇÃO, A MENDICÂNCIA, OS PRESÍDIOS, O DESEMPREGO E O SUBEMPREGO [...] (González, 1982, p. 58-59).”

Ainda hoje, o ano é 2023, há quem acredite que a abolição oficial da escravidão com a Lei Áurea (1888) libertou a população negra das condições indignas de vida a que estava submetida. Infelizmente, o que aconteceu foi o oposto, corpos – similares aos semoventes⁷ (coisa que anda e se move por si própria, a exemplo, do boi) no estatuto jurídico dos bens móveis, isto é, propriedade do “senhor”, sem estatuto de humanos e, muito menos cidadãos, foram inseridos na nova lógica de trabalho como corpos – mercadorias, pouco ou nada alterando suas condições materiais, psicológicas, econômicas e políticas em um mundo que estava se organizando pela lei do livre comércio, do acúmulo de capital, da posse de bens e propriedades e da modernização das indústrias e dos meios de produção.

Além de não ter havido reparação, os negros precisaram lidar com obstáculos das leis que importavam mão-de-obra europeia-branca; para embranquecer a sociedade e contribuir com sua experiência na produção vigente, lidar com as soluções que tentavam dar conta da sua existência que se tornara um problema demográfico para as elites brancas, com a abolição do antigo sistema de “trabalho” que não significou em nenhum momento o fim do racismo e, consecutivamente, não lhes garantiu direitos ou estatuto de humanos/cidadãos. Foi sobremaneira a desigualdade racial que forneceu a justificativa que os colonizadores buscavam para manter o sistema de subserviência, clientelismo e paternalismo no pós-abolição.

Não podendo eliminar por completo o inimigo racializado, pois isso também lhe levaria à morte, saída de emergência brasileira foi forjar sua camada intermediária, a saber, o mestiço, que foi a figura (por acaso ou proposital) que levaria o cidadão brasileiro à sua redenção perante o olhar do estrangeiro. A eugenia foi a técnica que em seu rito ordinário (Stepan, 2005) que abandonando a ideia da pureza racial, passou a buscar o melhoramento da nação em sua tentativa de embranquecimento populacional; elegendo quem era o belo-humano-cidadão que poderia ser saudável.

Hasenbalg (2005) demonstrou como a mestiçagem foi regida por um sistema de recompensa que poderia ser acessado por pessoas de cor mais próximas do branco que renegassem a sua solidariedade racial. Nestes termos, a mobilidade social paulatinamente foi utilizada como narrativa de possibilidade de ascensão individual do negro brasileiro, sendo o respaldo que embasou a existência de harmonia entre as raças e erigiu seu mito da democracia racial. O sociólogo situou o racismo em um ciclo cumulativo de desvantagens em que mesmo o período da escravidão ter sido este lugar de referência-analítica, ele vem se atualizando e foi

⁷ Fonte: PRUDENTE, Eunice Aparecida de Jesus, **O Negro na Ordem Jurídica Brasileira**, 1989. Disponível em: <file:///C:/Users/Fl%C3%A1via%20C%C3%A2mara/Downloads/67119-Texto%20do%20artigo-88531-1-10-20131125.pdf>. Acesso em: 03 de agosto de 2022.

se enraizando no tecido social, causando impactos no nascer, viver, adoecer e morrer da população negra.

Nesse sentido, a partir do campo de saúde da população negra e tomando por base epistemológica o pensamento feminista negro e a necropolítica, categoria filosófica postulada por Achille Mbembe. Partindo-se da hipótese de que a saúde pode ser um campo de gestão da morte, analisou-se a maneira como a necropolítica estruturou os tensionamentos em torno da implementação da Política Municipal de Saúde da População Negra em Belém.

Para isso, no segundo capítulo discorremos sobre a Epistemologia do Pensamento Feminista Negro e a interseccionalidade enquanto metodologia utilizada para organizar o Método Misto (MM) de pesquisa qualitativa e quantitativa, na qual se realizou análise dos documentos e realizou-se levantamento estatístico em diálogo com referenciais teóricos no campo de saúde da população negra.

A saúde foi problematizada enquanto uma diretriz estruturante dos objetivos do necropoder e a eugenia compreendida enquanto tecnologia utilizada e formulada a partir dos caminhos próprios da construção do Estado-nação brasileiro e seu projeto político de genocídio da população negra. Esse foi o propósito do terceiro capítulo, demonstrar como o estatuto de cidadão brasileiro e humano foi historicamente arrancado da vida da população negra que passou a caminhar com o alvo da morte. Não obstante, negras e negros sempre encontraram meios de subverter os lugares sociais que lhes foram impostos e buscaram formas de resistir e forjar outras ferramentas pautadas na conexão e no potencial da diferença que reverbera nas ações afirmativas, como a PNSIPN.

Já o quarto capítulo, destinou-se a demonstrar os caminhos para emergência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra dos primórdios na luta das ativistas negras quando estas criaram seus próprios espaços políticos apoiadas nas suas análises sobre as experiências em intersecção de raça, gênero e classe, sem deixar de lutar pela libertação da comunidade negra ao qual suas vidas estavam consubstanciadas, contra o genocídio da população negra até a sua institucionalização e formalização na portaria n.º 992/2009 que instituiu a PNSIPN.

Finalmente, abordou-se a saúde da população negra na cidade de Belém em sua historicidade, possibilidades e desafios, a regionalização a partir da Amazônia e os caminhos e as análises sobre dados estatísticos do perfil de saúde focadas na população negra no município de Belém. Desse modo, demonstrou-se a necessidade de fortalecer a implementação da PNSIPN e encontrar meios de viabilizá-la junto às esferas públicas, fomentando a participação e controle social em saúde pelos movimentos negros.

2 EPISTEMOLOGIA E METODOLOGIA NEGRAS

Sharon Ford, uma jovem negra beneficiária de programas assistenciais da região da baía, deu à luz um bebê natimorto porque dois hospitais se recusaram a atendê-la, embora ela tivesse cobertura de um plano de saúde. Ciente de que havia um problema sério com sua gravidez, a srta. Ford buscou tratamento no hospital mais próximo da sua casa. Quando informou as atendentes que possuía a cobertura de determinado plano de assistência médica, ela foi encaminhada ao hospital associado àquele plano, apesar do fato de que sua condição crítica obviamente justificasse uma intervenção emergencial. Atendentes do segundo hospital afirmaram que o nome dela não constava da lista computadorizada de clientes daquele plano e a instruíram a ir a outro estabelecimento, conhecido como o depósito médico de pessoas pobres da região. Enquanto isso, três horas se passaram e, quando ela recebeu atendimento médico no terceiro hospital, seu feto havia falecido. Ironicamente, descobriu-se depois que a empresa de assistência médica atrasou a entrega da lista de clientes, que de fato continha o nome de Sharon Ford. Embora essa seja a trágica história de uma única mulher negra, não pode ser negligenciada como se fosse uma anormalidade. Ao contrário, esse caso é sintomático de perigosas tendências no interior da indústria de cuidados com a saúde (Davis, 2017, p. 55).

Alyne da Silva Pimentel Teixeira, 28 anos, residente da baixada Fluminense, Rio de Janeiro, estava grávida de 6 meses, quando no dia 11 de novembro de 2002 passou mal e procurou a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória em Belford Roxo. Receitaram um remédio e a mandaram retornar para casa. Dois dias depois, o bebê já natimorto e a mãe em estado grave, procurou novamente ajuda e, depois de mais de 7 horas de espera, teve o parto induzido. Precisou aguardar o dia seguinte para remoção das partes do feto e seu quadro estava se agravando. Sua família foi proibida de visitá-la, mas recebiam a notícia de que ela estava bem. No dia 15 de novembro, a família pode, enfim, vê-la e seu estado era crítico. A Casa tentou sua transferência, mas não havia ambulâncias disponíveis, quando enfim conseguiram encaminhá-la para o Hospital Geral de Nova Iguaçu já era tarde demais. Alyne morreu no dia 16 de novembro de 2002⁸.

Ao ler esses dois casos, se não houvesse referências de onde elas ocorreram - EUA e Brasil - diria que são da mesma localidade cujo final foi quase o mesmo, os bebês morreram e, no caso brasileiro, a mãe também veio a óbito. Ângela Davis (2017) mencionou que o exemplo do que aconteceu com Sharon é sintomático, mas ao contrário, não se tratou de casos isolados

⁸ Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/08_nov_desafios.html

e tampouco existe anormalidade quando estamos diante do racismo, uma vez que cenas como essas foram normalizadas nas sociedades em que há hierarquias raciais (Almeida, 2018).

Começo com esses dois casos para discorrer sobre os caminhos epistemológicos e metodológicos que percorri ao longo dessa pesquisa. Escolher o que pesquisar, como fazer e de onde partir não está separado de uma análise de implicação da minha condição de pesquisadora. Sou uma mulher negra amazônica na universidade e isso diz muito sobre o lugar que ocupo na sociedade e na cadeia de regras acadêmicas que durante muito tempo construíram narrativas hegemônicas para dizer sobre a existência de todos que não eram homens, brancos, cristãos, heterossexuais e ricos.

Antes de mais nada, não é só a minha condição de pesquisadora, mas também a de existência que me posiciona neste *ayê*⁹ guiada pelo ativismo e resistência epistêmica intelectual (Collins, 2022). Desta maneira, parto da epistemologia Feminista Negra e como metodologia utilizei as teorizações interseccionais que serão demonstradas mais adiante.

Ao ler o texto de Davis (2017), indaguei-me como aquele ocorrido me lembrava a situação da Alyne que foi denunciado à época por várias ativistas negras. Eu poderia ser levada a acreditar que Sharon foi vítima da falta de uma cobertura universal e gratuita do sistema de saúde que existe nos Estados Unidos ou do “atraso” no envio da lista e estaria terminado o problema. Nessa mesma linha de raciocínio, Alyne teria sido alvo da negligência médica que vez ou outra ocorre no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Ao olharmos apenas para as diferenças nos procedimentos e sistemas, perdemos de vista as semelhanças que cercam os casos. São duas mulheres negras que ocupam lugares sociais específicos nas estruturas dos seus países, ambos marcados pelas desigualdades raciais, as quais tiveram quase o mesmo fim, curiosamente, mais trágico para Alyne que não sobreviveu. E se fossem mulheres brancas? Ser negra influenciou no que aconteceu? Ao tensionar as certezas que cercam as análises dos dois casos, questiona-se também as bases do conhecimento universal científico-ocidental.

A epistemologia constitui uma teoria abrangente do conhecimento. Ela investiga os padrões usados para avaliar o conhecimento ou o motivo pelo qual acreditamos que aquilo em que acreditamos é verdade. Longe de ser um estudo apolítico da verdade, a epistemologia indica como as relações de poder determinam em que se acredita e por quê (Collins, 2022, p. 402).

⁹ Ayê: do Yorubá terra, mundo em oposição a noção imagética de céu ou mais, apropriadamente, *Orún*.

Mulheres negras tiveram que se forjar sujeitas políticas e agentes de produção do conhecimento. Há muito já é sabido que a ciência nunca foi neutra e menos ainda sem raça, gênero e classe. E esses sujeitos, homens-brancos-ricos, delimitaram as bases do que seria conhecimento acadêmico, construíram os critérios para validá-lo e uniram um conjunto de especialistas para decidir qual conteúdo poderia ser certificado como verdadeiramente científico.

Durante muito tempo, esse círculo validou conhecimentos *sobre* mulheres negras ratificando imagens como a da *mommy* (EUA), da ama de leite (Brasil), da empregada doméstica, da prostituta, da mulata exportação, entre outras que servem para controlar as relações sociais e dizer quais os lugares devem ser ocupados por esses corpos assim como, para afirmar que suas narrativas não têm validade visto que se ergueu ao longo das épocas a ideia de que a mulher negra é um corpo exótico sem mente (bell hooks¹⁰, 1995).

Nesse sentido, nossas escolhas epistêmicas e metodológicas não são aleatórias nem isentas de intenção, é preciso compreender que não basta ler as teorias, é preciso entender o que ela é, a quem serve e de que modo funcionam na prática (Collins, 2019). Assim, falar de saúde da população negra em um país que foi construído tendo o racismo como pedra fundamental e sobre o qual elaborou formas peculiares de ação, é sem dúvida nadar contra a maré e destoar dos que acreditam que raça não é uma questão para hoje, já que a biologia e genética confirmaram sua inexistência e no Brasil esse tipo de argumento seria desnecessário visto a “harmonia racial”, como daqueles para os quais a universalidade e igualdade do SUS são suficientes para dar conta da pluralidade demográfica e das desigualdades que se configuraram no seu entorno por interesses econômicos e de poder.

Para socióloga Patrícia Hill Collins (2019), embora existam diversos referenciais científicos no ocidente, o positivismo conseguiu se sobressair e, em suas análises, nem todas as suas facetas seriam “inerentemente problemáticas para as mulheres negras nem que as estruturas não positivistas são melhores” (p. 408), mas por um tempo foi preciso negociar com esta perspectiva para conseguir sobreviver nos espaços acadêmicos.

A autora avaliou que para o Pensamento Feminista Negro passar pelo escrutínio metodológico do positivismo sua *epistême* deveria: 1) distanciar-se do “objeto”, 2) abolir as emoções, 3) deixar de fora a ética e os valores e, 4) submeter-se aos “ataques e sobreviver

¹⁰ bell hooks é o nome adotado por Gloria Watkins como forma de subversão escrita e é sempre grafado em minúsculo.

intactos” quando no confronto das ideias contrárias do público-pares-especialistas para ter seu conhecimento certificado como verdade.

Essas ideias, modos de produção e formas de alcançar os objetivos científicos, corroboraram com a marginalização intelectual de outros povos e segundo as análises do que Boaventura de Sousa Santos (2009, citado por Tavares, 2009) denominou de epistemicídio:

Assistiu-se, assim, a uma espécie de epistemicídio, ou seja, à destruição de algumas formas de saber locais, à inferiorização de outros, desperdiçando-se, em nome dos desígnios do colonialismo, a riqueza de perspectivas presente na diversidade cultural e nas multifacetadas visões do mundo por elas protagonizadas. Trata-se, pois, de propor, a partir da diversidade do mundo, um pluralismo epistemológico que reconheça a existência de múltiplas visões que contribuam para o alargamento dos horizontes da mundaneidade, de experiências e práticas sociais e políticas alternativas. Não se questiona a importância e o valor da intervenção científica ao longo dos dois últimos séculos, sobretudo através da produtividade tecnológica, mesmo tendo em consideração os problemas criados para os quais a ciência moderna não tem solução. No entanto, este monopólio da ciência não pode ocultar e impedir-nos de reconhecer que há outras formas de conhecimento e outros modos de intervenção no real para os quais a ciência em nada contribuiu.

Seríamos excelentes positivistas, pois não há nada de novo nesses critérios que já não nos seja imposto na vida. Sobreviver a ataques é o que fazemos há séculos! Compartilho do pensamento do intelectual indígena Ailton Krenak para quem “somos índios, resistimos há 500 anos. Fico preocupado é se os brancos vão resistir”¹¹. Contudo, o *modus operandi* de mulheres negras para produzir conhecimento é comunitário e em conexão.

A base da nossa “sabença” é a sabedoria de quem aprendeu a sobreviver, não virar “estatística” e produzir conhecimento com fins de transformação social. Deste modo, a epistemologia Feminista Negra, segundo postulou Patrícia Hill Collins (2019), tem em seu alicerce para produção e validação do conhecimento a (1) experiência vivida como critério de significado, (2) o diálogo (verbal e não verbal), a (3) ética do cuidar (singularidade, emoções e empatia) e a (4) ética da responsabilidade pessoal.

[...] muitas mulheres negras tiveram acesso a outra epistemologia, formada por padrões de averiguação de verdade amplamente aceitos entre as afro-americanas. Subjacente a uma epistemologia feminista negra há um fundamento material experiencial, ou seja, as experiências coletivas e visões de mundo tributárias delas que as mulheres negras estadunidenses sustentaram com base em nossa história particular. As condições históricas do trabalho das mulheres negras, tanto na sociedade civil negra quanto no trabalho remunerado, estimularam uma série de experiências que, quando compartilhadas e transmitidas, tornam-se sabedoria coletiva de um ponto de vista de mulheres negras. Além disso, quem compartilha essas experiências pode acessar uma série de princípios para avaliar reivindicações de conhecimento. Esses

¹¹ Fonte: <https://expresso.pt/internacional/2018-10-19-Somos-indios-resistimos-ha-500-anos.-Fico-preocupado-e-se-os-brancos-vaio-resistir>

princípios passam a integrar uma sabedoria das mulheres negras em âmbito mais geral e, mais ainda, aquilo que chamo aqui de epistemologia feminista negra (Collins, 2019, p. 410).

Os lugares sociais que passamos a ocupar enquanto mulheres negras, colocou-nos em um estádio de estrangeiras de dentro em uma tradução aproximada para *outsider within*, conforme postulou Collins (2016). Esse lugar dinâmico possibilitou a mulheres negras vivenciar experiências compartilhadas com outras mulheres negras e validadas pela comunidade negra. Patrícia Hill Collins (2022) fala sobre o espaço central que elas ocupam nas igrejas negras estadunidenses, na família negra e em outras organizações negras que ratificaram a utilização da experiência vivida para construção de sentidos e atribuição dos significados sobre o mundo e suas relações, estruturas e instituições sociais, sobre si mesmas, sobre os demais da comunidade negra e de fora dela.

Já o diálogo, remonta a tradição de matriz africana cuja importância da oralidade tem como base a busca pela conexão em oposição ao distanciamento e construção de um objeto ou outro a ser investigado, ou coletado os dados. O diálogo “não deve ser confundido com os debates de ideias contrárias” (Collins, 2019, p. 416) sendo mais adequado associar ao, *call and response* (chamamento e resposta) da música que envolve sintonia, harmonia e complementariedade, sendo “formada por interações verbais e não-verbais espontâneas entre falante e ouvinte em que o requisito fundamental dessa rede interativa é a participação ativa de todos os indivíduos” (ibidem., p. 417).

A produção do conhecimento não existe apartada de quem a produz e, por isso mesmo, a singularidade enquanto expressão pessoal de um poder vital que lhe é inerente, tem como base o humanismo africano, compreende as diferenças “não como algo que valoriza um retalho [alusão a uma colcha de retalhos] em detrimento de outro, mas como um aspecto que enriquece toda a colcha” (Collins, 2019, p. 420). A emoção é um critério de validade dos argumentos indissociável do ato cognoscente. A capacidade de sentir empatia advém de reconhecer os outros como alguém semelhante, porém com sua diferença potencial; alguém que sente, chora, sangra, sorri, emociona-se, etc.

Por fim, a ética da responsabilidade pessoal afirma que precisamos ser inteiramente responsáveis e responsabilizados pelo que produzimos. Em linhas gerais, explanou-se aqui sobre a epistemologia Feminista Negra e como essas “quatro dimensões se tornam politizadas e associadas a um projeto de justiça social, elas são capazes de formar um referencial que sirva ao pensamento e à prática feminista negra” (Collins, 2019, p. 425).

Deste modo, é preciso rastrear a sintomatologia da saúde da população negra, mesmo em um Sistema Único de Saúde e com a existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra desde 2009, a exemplo dos casos que abriram este capítulo e indagar, por que cenas como a da Alyne são recorrentes¹² e naturalizadas em nossa sociedade?

2.1 TEORIZAÇÃO INTERSECCIONAL: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA

Kimberlé Crenshaw, em 1989, lançou mão do conceito de interseccionalidade que já havia sido estudado sob diferentes perspectivas por outras feministas negras, as quais apontaram que a mulher negra deveria ser pensada como um corpo suscetível a ingerência de mais de um eixo de opressão, posto que carregamos, no mínimo, um gênero e uma raça que não podem ser analisados separadamente uma vez que as construções histórico-culturais nos colocaram em lugares específicos das relações de poder.

O modelo mnemônico mais popular da interseccionalidade, embora não seja o único¹³, foi o construído por Crenshaw (2002a, 2002b). São ruas que se cruzam umas com as outras, atingindo os indivíduos nos pontos de interseção delas. Para a autora, “a visão tradicional da discriminação opera no sentido de excluir essas sobreposições” (2002a, p. 10). Essas construções foram elaboradas a partir dos seus casos jurídicos para os quais as teorias tradicionais de discriminação não contemplavam o lugar particular ocupado por mulheres negras. Suas análises se pautaram no sentido de criticar e propor direcionamentos para as políticas de Direitos Humanos que seguem essa perspectiva tradicional de separar as discriminações em grupos isolados, ao que ela propõe a existência de grupos que passam por discriminações interseccionais, como no caso de mulheres negras (Crenshaw, 2002b).

Esse ponto de partida para contar a história da interseccionalidade foi criticado por Patrícia Hill Collins (2022), não porque nega o valor das contribuições de Crenshaw, pelo contrário parte delas e as aprofunda, mas porque é um modo colonial de contar as histórias de grandes desbravadores que se beneficiam das conquistas advindas das novas terras “descobertas”. Suas críticas versam sobre a narrativa da cunhagem que serve a uma pacificação

¹² De 2020 a 2022 houve 6.167 óbitos maternos no Brasil e dentre esses, 63,92% são de mulheres negras, segundo dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Fonte: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/3026-artigo-28-de-maio-dia-internacional-de-luta-pela-saude-da-mulher-e-dia-nacional-de-reducao-da-mortalidade-materna>.

¹³ A feminista chicana e teórica cultural Glória Anzaldúa propôs o conceito de fronteira e Collins (2022) abordou-a como uma via de expansão da metáfora da interseccionalidade que permite a aquisição de vários sentidos e possibilidades de trânsitos. Destaca-se que a fronteira é uma noção central nos escritos de Anzaldúa e não se limita a um modelo imagético, mas pode oferecer bases mais profundas para a complexidade das conexões. Para mais ver ANZALDÚA, Glória, *Borderlands/La Frontera: The New Mestiza*, Fifth Edition, San Francisco, CA, 1999.

e são convertidas em “mercadoria acadêmica lucrativa” (ibidem., p. 178). Ou seja, “Atrelar a narrativa da interseccionalidade ao seu momento de descobrimento acadêmico atribui valor quando seus exploradores trouxeram algo de interesse para as colônias. Dado esse contexto, quem pode contar a história da interseccionalidade? E que história vão contar?” (Collins, 2022, p. 174).

Patrícia Hill Collins ao analisar a natureza interligada das opressões argumentou que uma das importâncias da interseccionalidade é que “esse ponto de vista muda todo o foco da investigação, partindo de uma abordagem que tinha como objetivo explicar os elementos raça, gênero ou opressão de classe, para outra que pretende determinar quais são os elos entre esses sistemas” (Collins, 2016, p. 108). O que está em jogo aqui não é acrescentar pautas de opressão à agenda do dia ou às investigações e, sim, compreender o momento em que elas se ligam, sua interação e os mecanismos que lhes atravessam, de modo geral é isto em que consiste o pensamento interseccional.

Deste modo, não basta apontar os eixos de opressões, descrevendo as diversas realidades, mas compreender como foram produzidas, com quais finalidades e quais suas dinâmicas de atualização ao longo do tempo, bem como apontar as fissuras na hegemonia dos saberes dominante visando a um alargamento nas possibilidades de existência. Indo além, é preciso problematizar as condições de produção dos conhecimentos, precisando romper com “as superestruturas e os mecanismos materiais que operam por detrás dos discursos anticoloniais” (Cusicanqui, 2010, citado por Curiel, 2009, p. 57), ou seja, é necessário interrogar-se sobre quais bases se sustentam e se fundam nossas metodologias que, por mais transgressoras que se proponham, ainda estão dentro das redes do poder e, portanto, podem ser cooptadas a uma recolonização.

Patrícia Hill Collins (2022) analisou o que estava sendo produzido sobre a interseccionalidade nos últimos anos e revisitou seus aportes teóricos e práticos, considerando as mudanças econômicas e políticas, a “emergência de um movimento global de mulheres; os movimentos pelos direitos civis em democracias multiculturais; o fim da Guerra Fria e a derrota do apartheid na África do Sul [...]” (p. 13) e levando em conta uma certa preocupação com a miríade de rumos, alguns acrícos, que a utilização desta ferramenta tomou.

Formulou que a interseccionalidade é “bem mais que ideias” e a propôs como teoria social crítica em construção. A heterogeneidade é sua força motriz e serve como guarda-chuva para perspectivas por vezes conflitantes entre si. Contudo, analisou que se deve interrogar suas estruturas internas, sobretudo seu teor crítico e ser pensada como ferramenta para mudança social e “uma forma de investigação e práxis crítica” (p. 13).

Dito isso, compreende-se por metodologia os “princípios gerais que indicam como conduzir pesquisas e como aplicar paradigmas interpretativos” (Collins, 2022, p. 403). Em outras palavras, é o caminho que orienta a pesquisa e a produção do conhecimento a partir de métodos, técnicas, procedimentos para construção dos elementos que serão o alicerce dos estudos.

Collins (2022) propôs uma diferença entre teoria e teorização,

[...] teoria social como um corpo de conhecimentos que explica um fenômeno e a teorização social como o processo usado para criar esse corpo de conhecimentos. Como base na estrutura, a interseccionalidade como teoria social precisaria *explicar* um dado fenômeno social, não simplesmente descrevê-lo. E a teorização interseccional seria o *processo* ou metodologia usada no desenvolvimento dessas explicações (p. 77).

Para tal, elaborou o que chamou de “*kit* de ferramentas da teorização interseccional nas ciências sociais e nas ciências humanas” (p. 78), isto é, as dimensões do pensamento crítico: o uso da metáfora, a heurística e o paradigma.

A metáfora fornece um conceito, uma ideia que marca a visibilidade de um campo. As heurísticas fornecem estratégias orientadoras para fazer as coisas, premissas ou hipóteses de trabalho com base na ação social ou com vistas a ela, ou as duas coisas. Os paradigmas fornecem estruturas para analisar e, muitas vezes, explicar tanto o conhecimento que está sendo produzido quanto os processos utilizados para produzi-lo. [...] a teorização interseccional ou a construção de teorias para a interseccionalidade emerge por meio do pensamento crítico que se torna possível de acordo com a forma como indivíduos e grupos usam essas ferramentas do pensamento crítico (Collins, 2019, p. 79).

As metáforas mais do que recursos linguísticos, são pontes analíticas fundamentais para o pensamento e para ação que auxiliam na compreensão do desconhecido a partir de algo conhecido. Em suma, é a capacidade cognoscente de apreender e dar sentido ao mundo e suas coisas. Não obstante, há sempre alguma coisa que escapa e abre a possibilidade para invenção criativa.

Deste modo, como metáfora a interseccionalidade nomeia um processo comunicativo contínuo que tenta entender raça em termos de gênero ou gênero em termos de classe. Em vez de seguir a cadeia de metáforas (raça é semelhante e diferente de gênero), a metáfora da interseccionalidade forneceu um atalho que se fundamentou nas sensibilidades existentes para poder enxergar as interconexões (Collins, 2022, p. 45).

É válido pontuar que a interseccionalidade não se limita a estrutura raça/gênero/classe, sendo esta outra forma de produção do conhecimento, tampouco é uma política ou teoria da

identidade ainda que seja mais comumente utilizada nesses estudos ao permitir um olhar interconectado e interdependente sobre a identidade cuja pode ser compreendida como as diversas possibilidades de perceber e atribuir sentidos que servem para existência do indivíduo em suas experiências, ou seja, “não é um conjunto de atributos fixos, a essência imutável do eu interior, mas um processo de posicionamento em constante mudança” (Hall, 2017, p. 16 citado por Collins, 2022, p. 59).

Destarte, a metáfora da interseccionalidade é móvel e permite enxergar as semelhanças e diferenças mediante as interconexões, ampliando a perspectiva “de cada sistema de poder, e de como eles se cruzam e divergem um do outro”. Esta proposta da intercambialidade das categorias sugere que os sistemas de poder também o são, assim compreender o funcionamento de um, significa compreender os demais, porém ser equivalente, não significa ser idêntico e “Cada uma é uma categoria analítica que não pode ser simplesmente adicionada e combinada com as outras” (Collins, 2022, p. 64). Avalia-se nesta pesquisa que a historicidade de cada sistema de poder pode proporcionar um ponto de partida para que se apreenda o processo de cada um deles e seu enredamento nas relações de poder e conexão com os demais.

Usar a interseccionalidade *como* uma heurística aponta para estratégias de ação sobre como avançar na solução de problemas sociais e na luta contra os enigmas existentes. As heurísticas informam as questões para um determinado estudo, para um plano de ação política e para a resolução de problemas da vida cotidiana (Collins, 2022, p. 55).

Heurísticas são processos de tomadas de decisão e soluções de problemas. Para a interseccionalidade permite traçar o desenho inicial e adquirir um vocabulário preliminar para o problema de pesquisa, sendo geralmente marcado por perguntas simples que denotam a anomalia e/ou regularidade de algo. Por exemplo, nos casos que abrem o presente capítulo, indagar “e se fossem mulheres brancas?”, “o que aconteceu com Sharon e Alyne pode ser entendido como racismo?” ou “enquanto sistemas de saúde diferentes, o que pode ter de comum ou de diferente na mortalidade de mulheres negras nos EUA e Brasil?”. Nesse sentido, a “heurística de perguntar como uma estrutura interseccional mudaria o que é considerado fixo e fixaria o que estava em fluxo sinaliza uma mudança radical no processo de produzir conhecimento” (Collins, 2022, p. 57).

Os paradigmas fornecem estruturas que descrevem, interpretam, analisam e, em alguns casos, explicam tanto o conhecimento que está sendo produzido quanto os processos utilizados para produzi-lo. O pensamento paradigmático envolve ter em mente um modelo ou explicação provisória, um exemplo típico de algo, um conjunto distinto de conceitos ou padrões de pensamento. Esse tipo de pensamento costuma ser

difícil de reconhecer como tal, porque os paradigmas costumam estar implícitos, presumidos e tomados como certos (Collins, 2022, p. 65).

O pensamento interseccional paradigmático desacomoda outros paradigmas “quando as estruturas tradicionais não mais explicam as realidades sociais” (ibidem., p. 67), ampliando o arcabouço explicativo e possibilitando outras formas de garantir inteligibilidade provisória aos fenômenos sociais.

Collins (2022) lança mão de construtos centrais que podem estar todos presentes ou não nos estudos, mas que oferecem “blocos de construção para o conteúdo da interseccionalidade” (p. 69), são eles: relacionalidade (inerente a própria existência da interseccionalidade), poder, desigualdade social, contexto social, complexidade e justiça social. Além disso, propôs premissas centrais ao pensamento interseccional que podem ser entendidas como suposições gerais que orientam a investigação e práxis interseccional e são compartilhadas pelos agentes que o utilizam.

QUADRO 1 - Arquitetura cognitiva da interseccionalidade.

DIMENSÕES DO PENSAMENTO CRÍTICO		
METÁFORA	CONSTRUTOS CENTRAIS	
	Relacionalidade Poder Desigualdade Social Contexto Social Justiça Social	PREMISSAS ORIENTADORAS
HEURÍSTICA		
PARADIGMA		1) Raça, classe, gênero como sistemas de poder são interdependentes; 2) A intersecção das relações de poder produz desigualdades sociais complexas; 3) A intersecção das relações de poder molda experiências individuais coletivas; 4) Resolver problemas sociais requer análises sociais.

FONTE: Extraído de Collins (2022, p. 74).

Mediante o exposto, já é possível demonstrar os caminhos seguidos por essa pesquisa na qual a lente interseccional partiu da **interconexão entre as categorias saúde, cidadania e nação** cujo substrato foi o campo da saúde da população negra que pode ser compreendido como Fátima Oliveira (2002) o denominou: “um conjunto de estudos, pesquisas e propostas de atenção à saúde” (p. 3).

Para uma melhor compreensão de como funcionou a lente interseccional para esta pesquisa; você já se deparou com aqueles quadros em que a imagem parece ter movimento? Dependendo do ângulo que você se encontra, ele “forma” uma imagem diferente? Esse efeito

é conhecido como *flip* (trad.: virar). Agora imagine que cada “imagem formada” é uma das nossas categorias, mas o ângulo para colocar a lente é o lugar em que elas estão uma sobre a outra onde você vê todas, mas, ao mesmo tempo, não vê nenhuma definida.

Esse tipo de efeito é utilizado na fotografia, cinema, televisão, entre outros, e esse processo é denominado de lenticular¹⁴ (uma lente pequena) e funciona da seguinte forma: utiliza-se uma combinação de elementos especialmente preparados e uma matéria-prima específica denominada lente lenticular para criar imagens impressas que serão percebidas com movimento ou profundidade.

Essas lentes lenticulares (aqui, lente interseccional) são compostas de linhas de repetição que fazem convergir sobre a superfície frontal do material, também chamadas de lentículas. As imagens utilizadas para impressão lenticular são divididas em milhares de fatias e após procedimentos específicos de pré-impressão, são impressas no registro exato da frequência lenticular. O produto quando visto de diferentes ângulos traduz a ideia de efeito *flip* e, em casos com maior número de linhas de repetição ou com fotos em deslocamento lateral, o efeito é de 3D.

Deste modo, as diversas linhas de atuação do (necro) poder foram analisadas a partir das pequenas nuances (lentículas) – distorções ou regularidades excludentes – presentes na heurística “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, como consta na CF de 1988?”. Sendo analisada a partir do registro e ressonâncias criadas para o campo da saúde da população negra em sua reivindicação e estudos acerca da – saúde da população negra – e, em especial, saber “quais seriam os impedimentos para implementação de uma Política de Saúde Integral da População Negra em Belém?”

A metáfora interseccional adotada foi a mestiçagem brasileira orientada ao embranquecimento social. Essa ponte analítica permitiu conhecer a saúde-diretriz da necropolítica (desconhecida) e a ação da técnica da eugenia, pois a mestiçagem carrega em si um amálgama de solução para os problemas raciais no Brasil (regeneração), *status* de cidadania brasileira, mito da democracia racial, seleção sexual (genética), escalas de mobilidade social, valores, morais, condutas, para elencar alguns elementos.

Por fim, partiu-se da hipótese de que a saúde pode ser um campo de gestão da morte, ainda que não seja seu único atravessamento. Mas a necropolítica tem criado estratégias, a exemplo da tecnologia da eugenia, que tanto contribuiu para forjar a noção de raça com o auxílio da saúde, a qual chamarei de saúde-diretriz para diferenciar de outras noções acerca dela, como

¹⁴ Para uma melhor visualização, fonte: <https://www.3dlenticular.com.br/lenticular-o-que-e-isso>

obliterou o direito a ter cuidados em saúde possuindo reverberações na atualidade. Com isso, mesmo que o SUS seja inegavelmente um avanço, essa engenharia social criou entraves para a concretização dos seus princípios do mesmo modo que impede o estabelecimento de políticas afirmativas na saúde que ousem desestabilizar as hierarquias raciais.

E, para compreender o fundamento dessa noção, propus analisar a maneira como a necropolítica estruturou os tensionamentos em torno da implementação da PMSIPN em Belém. Especificamente, analisei a construção do estado-nação Brasil frente às disputas para se consolidar uma saúde pública e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (capítulos 3 e 4), investiguei se/quais ações e programas acerca da saúde da população negra estão sendo implementados em Belém e, por fim analisei o cenário da saúde da população negra na cidade (capítulos 5).

Deste modo, por última dimensão do pensamento crítico interseccional, a necropolítica conforme postulada por Achille Mbembe foi adotada como paradigma, isto é, enquanto referencial interpretativo e é sobre essa noção filosófica que abordarei na seção seguinte e com a qual construí outros parâmetros explicativos para produção do conhecimento aqui pretendido.

2.2 NECROPOLÍTICA: POLÍTICAS DA MORTE PARA ALÉM DO TRIVIAL

Joseph-Achille Mbembe (1957-atual), nasceu em Otélé, cidade da República dos Camarões (lado francês), país da África Central. É filósofo, historiador, intelectual político, hoje professor de História e de Ciências Políticas do Instituto Witwatersrand, em Joanesburgo, África do Sul. É um proeminente estudioso pós-colonial que traz contribuições importantes para análise sócio, racial e política do Brasil.

O ensaio intitulado “Necropolítica: Biopoder, Soberania, Estado de Exceção, Política da Morte”, foi publicado originalmente em inglês e traduzida do lambda por Libby Meintjes no ano de 2003 na revista “*Public Culture*” da Universidade Duke, EUA. Chegou ao Brasil no ano de 2016, publicado na revista “Arte & Ensaios” do Programa de Pós-Graduação em Artes Visuais da Escola de Belas Artes da Universidade Federal do Rio de Janeiro, traduzido por Renata Santini. Em 2018, foi transformado em livro e publicado pela *n-1* Edições (São Paulo) que também conta com outras publicações do autor; como Políticas da Inimizade (2021) e Crítica da Razão Negra (2022), todas coordenadas por Peter Pál Pelbart e Ricardo Muniz Fernandes.

Foram 13 anos entre a primeira publicação de “Necropolítica” nos Estados Unidos da América e sua entrada no Brasil. O ano de 2016 e um pouco antes, marcou o cenário brasileiro

por inconsistências na política institucional. Em outubro de 2015, a Câmara dos Deputados acatou a denúncia contra a então presidenta do Brasil, Dilma Rousseff (PT), por crimes de responsabilidade em desrespeito à lei orçamentária e à lei de improbidade administrativa que culminou com seu impeachment no dia 31 de agosto de 2016. Em 2022, o Ministério Público Federal arquivou o inquérito civil (IC 1.16.000.003555/2016-63) movido contra o ex Ministro da Fazenda, Guido Mantega, que fundamentou o pedido de cassação do mandato da ex presidenta Dilma.

Os anos conseguintes ao de 2016 foram governados pelo vice-presidente Michel Temer (MDB), marcado por atos e manifestações populares que denunciavam um golpe em voga que, culminou com a assunção da extrema-direita (nazifascismo) à presidência com a eleição de Jair Bolsonaro (2018-2022).

Em 2016 a PEC 241/2016, PEC da morte como ficou conhecida (EC 95 – lei dos tetos de gastos) desembocou em várias insurreições no Brasil com ocupações de escolas, universidades e outras com o intuito de defender a democracia e lutar contra o congelamento dos investimentos nas áreas sociais no campo da saúde, educação, assistência social entre outros. A Emenda Constitucional previa o congelamento dos investimentos públicos em áreas sociais por 20 anos, extensível aos três Poderes da União, ao Ministério Público e Defensoria Pública também da União. No mesmo cenário, estavam a Reforma da Previdência e, posteriormente, a Trabalhista e Administrativa que também visavam enfraquecer direitos sociais.

O intuito aqui não foi fazer uma análise da economia política, mas ressaltar o contexto que coincide com a entrada da obra de Achille Mbembe, a “Necropolítica”, no Brasil. Momento esse de instabilidade, desesperança e descrédito para com as instituições e governos. Várias das críticas que ganharam a cena neste momento, já vinham sendo feita pelos movimentos sociais, como é o caso dos movimentos negros e de mulheres negras, para quem era preciso repensar a quem as políticas públicas chegam de fato? Faz-se necessário, então, contextualizar as políticas da morte, com a raça como pilar estruturante do projeto político brasileiro. O conceito de necropolítica proporcionou outras formas de olhar e analisar os problemas reincidentes no país.

Na atualidade, ouve-se muito falar de necropolítica, principalmente no período pós-golpe de 2016 e no contexto pandêmico da Covid-19, ora se referindo a formas de governo e/ou seus governantes e modos de governar, ora como a presença/ausência de políticas públicas (Piza, 2022), mas a preocupação que cerca alguns estudiosos é que se fala muito e nada se diz sobre o que é, afinal, a necropolítica?

Suze Piza (2022) em seu artigo “Sequestro e Resgate do Conceito de Necropolítica: Convite para Leitura de um Texto” questiona que:

O que se escuta no debate público, no geral e com raras exceções, é uma palavra e não uma categoria filosófica; o que temos escutado não é um discurso articulado para leitura precisa da realidade política brasileira, com o uso de um conceito que serve de operador para compreender o que está acontecendo e, sim, como dizia Martin Heidegger: *fatalório* (p. 133, grifo nosso).

Assim, Piza (2022) propõe que se siga os passos feitos por Achille Mbembe para se compreender a complexidade da necropolítica enquanto uma categoria filosófica. Já no título da “Necropolítica”, Achille Mbembe dá indícios de sua tradição e referência filosófica – *biopolítica, soberania, estado de exceção e política da morte*, aciona Michael Foucault, Giorgio Agamben, Hanna Arendt e, no decorrer da leitura do seu Ensaio vêm trazendo outros atores para a cena do jogo da construção do seu conceito filosófico. Mas, é por meio da perspectiva decolonial que Mbembe se relaciona com esses autores europeus e seus conceitos. Ou como Piza (2022) argumenta,

A compreensão do sentido da tradição na produção de um pensamento filosófico implica identificar nos filósofos uma habilidade de usar a tradição sem a repetir. Repetir a tradição é comentar o que outro filósofo afirmou, redigir um artigo ou ensaio reafirmando o que, por exemplo, Foucault afirmou sobre a *biopolítica*, ou mesmo aplicar o conceito de um filósofo a outro contexto. Mbembe não faz isso, e é nisso que reside sua originalidade. A *biopolítica* pode ser o ponto de partida formal, estrutural, para o conceito de *necropolítica*, todavia, o ponto de vista de Foucault não permitiria ver o que Mbembe viu. (p.132).

Achille Mbembe em “Necropolítica”, faz uso da Ontologia (Piza, 2022) que pode ser compreendida como campo da Filosofia que estuda a essência do ser; ou seja, sua natureza e própria noção de realidade que o cerca, aciona autores como Hegel e Heidegger para pensar as estruturas da sociedade e o modo de ler a política (idem, p. 134). Deste modo e partindo da perspectiva decolonial, rediscute as noções de sujeito, de sociedade e, por consequência, de política.

Partindo desse pressuposto, a necropolítica não pode simplesmente ser aplicada à noção de humano e sociedade conforme nós conhecemos, tampouco, consoante o que aponta Piza (2022) “como se ela fosse uma espécie de *anomia eleitoral recente* que, se eliminada, nos levaria de volta ao estado de direito das democracias deliberativas” (p. 135).

Utilizando-se das noções de Hegel e Bataille, Mbembe rediscute a noção de política para como um trabalho da morte, aonde a partir daí pode-se compreender a necropolítica como

“um projeto de subjugação da vida ao poder da morte e, quando pensada em termos de política institucional, ela é estrutura de Estado, não de governos – mesmo que o exercício do poder se efetive por meio de macro ou micropoderes e seus agentes” (Piza, 2022, p. 135).

Para o filósofo camaronês, não existe funcionamento dos Estados modernos sem o racismo enquanto dispositivo fundamental do (necro) poder (Piza, 2022). Ao trazer as contribuições de Hannah Arendt e Giorgio Agamben em seus vastos estudos sobre os campos de concentração nazista, o totalitarismo e o estado de exceção, ele recupera a ideia ficcional e necessária de criação de um inimigo que precisa ser eliminado para que o outro possa continuar existindo. Mbembe, entretanto, insere nesses exemplos máximos da necropolítica, a colônia e as *plantations*, propondo-as como outras maneiras de se pensar a política na modernidade. Assim como Frantz Fanon, principalmente em sua obra “Os Condenados da Terra”, demonstrou como nas colônias ocorreu o encadeamento dos poderes disciplinar, a biopolítica e a necropolítica, ainda que não utilizasse essas denominações (Piza, 2022).

Por fim, Suze Piza (2022), explicita,

A combinação dos três poderes permite que o domínio total aconteça. O poder disciplinar age sobre os corpos, com o intuito de domesticá-los e adestrá-los; o biopoder age sobre as populações, com o intuito de fazer uma gestão da vida e da morte, fazer viver de uma maneira, matar ou deixar morrer. A *necropolítica* é um conjunto de ações articuladas ou inarticuladas que subjugam a vida ao poder da morte. A biopolítica pode matar e mata circunstancialmente, mas esse não é seu projeto: ela é seu alvo, e o extermínio não é necessário, já que implica gestão da vida. A *necropolítica* é projeto de matar ou deixar morrer ou ainda de fazer viver em mundos de morte. Ela existe para isso, essa é sua estrutura (p. 143).

E prossegue, quando comenta sobre o capítulo em que Mbembe traz a Palestina como ocupação colonial moderna, para cena de construção do seu conceito:

Apesar de ilustrativo, por conter todos os elementos do necropoder, o caso palestino, no entanto, não é suficiente para dar conta de todas as formas da *necropolítica*, porque a categoria está enraizada não só nos casos exemplares de criação sistemática de mundos de morte com o uso de alta tecnologia, mas também em tecnologias específicas de modos de condução da vida social as quais garantam que genocídios programados ocorram, que suicídios coletivos sejam permitidos. Ou seja, não se trata só de matar sistematicamente, contudo, também deixar morrer e de fazer viver de determinadas formas em mundos de morte (Piza, 2022, p. 144, grifo nosso).

A autora abre para a possibilidade de se pensar a existência do necropoder em espaços que em um primeiro momento não conteriam guerras ‘declaradas’, mas sim um movimento organizado e sistêmico autorizado a matar sob o véu do “deixar morrer e fazer viver de determinadas formas em mundos de morte”. Podemos então pensar no contexto brasileiro com

Abdias Nascimento; propositores do Teatro Experimental do Negro, ator, poeta, escritor, professor universitário, político, com seu livro “O Genocídio do Negro Brasileiro” (1914) ao abordar que no Brasil estava em curso desde seus primórdios um projeto político do Estado de construção de “mundos de morte” com o genocídio sistemático da população negra e indígena. O autor demonstra como no país foram construídas narrativas e estruturas materiais e simbólicas calcadas no mito da democracia racial guiada por processos de embranquecimentos, em que as raças conviveriam harmoniosamente e sob as mesmas oportunidades de existência, fato este que, não era respaldado na prática cotidiana da vida da população negra (Nascimento, 2017).

Do mesmo modo, a antropóloga, política e uma das pioneiras do feminismo negro no Brasil, Lélia Gonzalez, em seu texto “Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira” em 1980, também denuncia o projeto de morte que assola a existência dos corpos negros no Brasil:

As condições de existência material da comunidade negra remetem a condicionamentos psicológicos que têm que ser atacados e desmascarados. Os diferentes índices de dominação das diferentes formas de produção econômica existente no Brasil parecem coincidir num mesmo ponto: a reinterpretação da teoria do “*lugar natural*” de Aristóteles. Desde a época colonial até os dias de hoje, percebe-se uma evidente separação quanto ao espaço físico ocupado por dominadores e dominados. O lugar natural do grupo branco dominante são moradias saudáveis situadas nos mais belos recantos da cidade ou do campo e devidamente protegidas [...]. Desde a casa grande e do sobrado até aos belos edifícios e residências atuais, o critério tem sido o mesmo. Já o lugar natural do negro é o oposto, evidentemente: da senzala às favelas, cortiços, invasões, alagados e conjuntos “*habitacionais*” (...) dos dias de hoje, o critério tem sido simetricamente o mesmo: a divisão racial do espaço (...) No caso do grupo dominado o que se constata são famílias inteiras amontoadas em cubículos sujas condições de higiene e saúde são as mais precárias. Além disso, aqui também se tem a presença policial; só que não é para proteger, mas para reprimir, violentar, amedrontar. É por aí que se entende porque o outro lugar natural do negro sejam as prisões. A sistemática repressão policial, dado o seu caráter racista, tem por objetivo próximo a instauração da submissão psicológica através do medo. [...] (González, 2018).

Lélia Gonzalez é única na sua forma de escrever, pois aludindo ao conceito do “pretugês”, subverte modos instituídos de pensar, escrever e falar conforme uma sintaxe da língua portuguesa. E neste texto clássico, aponta para o racismo como uma forma de “neurose cultural brasileira” em que o grupo branco, ao manter o pacto do silêncio racial, evita se defrontar com o “sintoma”, pois isso lhe é benéfico ao mesmo tempo, em que os liberta da angústia de se deparar com o problema que insistem em manter recalcado (González, 2018).

A partir destes dois autores brasileiros podemos ter indícios do necropoder que, desde a invasão do Brasil e sequestro dos africanos no período escravocrata, apoia-se na raça para deixar viver em um mundo branco e matar simbólica, cultural e fisicamente, ‘sujeitos-

moribundos’ que precisam forjar estratégias de existir diante um projeto de genocídio que persiste até hoje.

Achille Mbembe (2018), deslocou a primazia da razão que sustenta as análises e críticas da modernidade e as teorias normativas da democracia, que definem a política como um “projeto de autonomia e a realização de acordo em uma coletividade mediante comunicação e reconhecimento” (p. 09) e, colocou o foco das suas análises,

[n]aquelas formas de soberania cujo projeto central não é a luta pela autonomia, mas a “instrumentalização generalizada da existência humana e a destruição material de corpos humanos e populações”. Tais formas da soberania estão longe de ser um pedaço de insanidade prodigiosa ou uma expressão de alguma ruptura entre os impulsos e interesses do corpo e da mente. De fato, tal como os campos de morte, são elas que constituem o *nomos* do espaço político em que ainda vivemos. Além disso, experiências contemporâneas de destruição humana sugerem que é possível desenvolver leitura da política, da soberania e do sujeito, diferente daquela que herdamos do discurso filosófico da modernidade. Em vez de considerar a razão a verdade do sujeito, podemos olhar para outras categorias fundadoras menos abstratas e mais palpáveis, tais como a vida e a morte (p. 10-11, grifo nosso).

É nesse sentido que o autor da “Necropolítica” parte na empreitada de sua categoria filosófica, discutindo o estatuto político e existencial de sujeitos-humanos; quem é considerado humano, afinal? O que é ser humano? Lélia González, a partir da análise da sociedade brasileira, traz indícios e possibilidades de respostas do que inquietam Mbembe, ao afirmar que aqui se nega o estatuto de sujeito humano. Trata-os [população negra] sempre como objeto. Até mesmo como objeto de saber [...] (2018, p. 200).

Ao dialogar dialeticamente com Foucault e sua noção de biopoder, Mbembe, relaciona-o com o estado de exceção e a relação de inimizade para a qual se faz necessária a criação de um inimigo ficcional que precisa ser eliminado para garantia da vida, assim como, um estado de emergência que justificaria o poder soberano, isto é, o direito de matar (Mbembe, 2018).

A raça, então, é o operador fundamental que regula a distribuição daqueles que devem morrer, legitimando assim as aspirações homicidas do Estado. Para o filósofo, “a raça foi a sombra sempre presente no pensamento e, na prática das políticas do Ocidente, especialmente quando se trata de imaginar a desumanidade de povos estrangeiros – ou a dominação exercida sobre eles” (Mbembe, 2018, p. 18).

A partir das análises de Hanna Arendt e Giorgio Agamben, o filósofo demonstra como se criou “o arquétipo de uma formação de poder” (p.19) que juntou 3 características primordiais do Estado moderno: assassino, racista e suicidário. E, desde um ponto de vista histórico, apontou que as raízes ou as “premissas materiais do estado nazista” (p. 20) já estavam presentes

nas ocupações coloniais clássicas e nas Revoluções Industriais que permitiram a criação da execução em série através da utilização de tecnologias de matar. Para Achille Mbembe, esta forma de matar, agora serializada e refinada, seria “um procedimento puramente técnico, impessoal, silencioso e rápido” (p. 21).

Surge então uma especialização do *modus operandis* de matar; do esquartejamento à guilhotina, permitindo uma economia de tempo e um aumento no número de mortos, transformando as “formas de crueldade [em] mais íntimas, sinistras e lentas” (Mbembe, 2018, p.23).

Ao relacionar as várias formas que o terror assume na modernidade, Mbembe é categórico ao afirmar que essas análises precisam considerar a experiência das *plantations*, pois ela “expressa a figura emblemática e paradoxal do estado de exceção” (p. 27) que é um paradoxo por duas razões: 1) desumaniza o negro a partir da sua perda de uma casa, do seu corpo e dos seus direitos políticos, posto que ele agora é uma propriedade e, 2) mesmo com essa destituição da sua humanidade, os negros escravizados forjam formas próprias de elaboração e ressignificação de si, do tempo e das relações que os cercavam, sendo estes, capazes de “demonstrar as capacidades polimorfas das relações humanas por meio da música e do próprio corpo, que supostamente pertencia a outro (Mbembe, 2018, p. 30).”

A utilização do corpo e da cultura como instrumentos de resistência. Desde aquele momento, a cultura e o corpo exercerão papel importante no processo de construção de identidades dos africanos em condição de subalternidade. O que pretendo dizer, aqui, é que o corpo do africano e o corpo de seus descendentes, para o bem ou para o mal, sempre vêm à cena, se põem e se expõem, transformam-se em texto no discurso que enuncia e anuncia. Em suma, um corpo que fala. Em outras palavras, é este corpo que, estigmatizado pelo racismo, será a marca da discriminação, exposto aos castigos e aos trabalhos forçados e a toda forma de exploração. Por outro lado, este mesmo corpo virá a ser instrumento de afirmação de identidades, no embate com os opressores num processo de tomada de consciência e, também, é este mesmo corpo que poderá ser objeto de repulsa, num processo de autonegação (Amador de Deus, 2011, p. 02).

Percebe-se assim que na ocupação colonial brasileira, conforme a citação acima de Zélia Amador de Deus, o paradoxo se fez persistente em que mesmo com a forma singular com que o racismo assumiu no país com a “democracia racial”, a mistura ao invés da segregação racial como foi o caso do *apartheid* na África do Sul e as leis “Jim Crow” nos Estados Unidos da América, os corpos negros encontraram formas de subverter esses lugares.

Em seguida, Achille Mbembe (2018) explicita acerca da ordem jurídica europeia que rege as atribuições do Estado moderno e soberano, sendo ele “um modelo de unidade política, responsável pela organização racional, a personificação da ideia universal e um símbolo de

moralidade” (p. 34). Tal ordem é fundada a partir de dois princípios-chave: 1) o da igualdade jurídica entre os Estados, isto é, cada um possuiria o direito de fazer a guerra, portanto, matar ou negociar a paz eram suas funções, além disso, seriam responsáveis por regulamentar os objetivos e os modos de matar; 2) o da territorialização do Estado soberano, ou seja, a definição de limites globais entre espaços disponíveis para serem colonizadas e aqueles que pertenceriam aos dominadores.

Nesse cerne, as colônias seriam espaços ocupados por “selvagens”, sem ordem e sem lei, onde “não criaram um mundo humano” (Mbembe, 2018, p. 34). Isso justificaria serem espaços regidos pela suspensão permanente dos direitos, estes fundamentados na ideia de humanidade e, pela instalação de espaços de guerra permanente, isto é, em constante estado de exceção.

Nas análises que Mbembe (2018) faz sobre essas ocupações coloniais,

Os selvagens são, por assim dizer, seres humanos “naturais”, que carecem do caráter específico humano, da realidade especificamente humana, de tal forma que, “quando os europeus os massacravam, de certa forma não tinham consciência de cometerem um crime”. Por todas essas razões, o direito soberano de matar não está sujeito a qualquer regra nas colônias. Lá, o soberano pode matar a qualquer momento ou de qualquer maneira. A guerra colonial não está sujeita a normas legais e institucionais. [...]. Em vez disso, o terror colonial se entrelaça constantemente com um imaginário colonialista, caracterizado por terras selvagens, morte e ficções que criam o efeito de verdade. (p. 36).

Mas há de se pensar que com o processo de descolonização, as ocupações coloniais haviam também terminado. No entanto, Achille Mbembe demonstra no caso da Palestina que as técnicas e tecnologias, relações socioespaciais e a utilização da raça como mola propulsora das políticas da morte, das relações de inimizade e o próprio estado de exceção continuam arraigados nas ocupações coloniais tardias/contemporânea, como ele as denomina e, se diferenciam sobretudo na forma de entrelace do poder disciplinar, da biopolítica e da necropolítica (Mbembe, 2018, p. 41).

A “ocupação colonial” em si era uma questão de apreensão, demarcação e afirmação do controle físico e geográfico – inscrever sobre o terreno um novo conjunto de relações sociais e espaciais. Essa inscrição de novas relações espaciais (“territorialização”) foi, enfim, equivalente à produção de fronteiras e hierarquias, zonas e enclaves; a subversão dos regimes de propriedade existentes; a classificação das pessoas de acordo com diferentes categorias; extração de recursos; e, finalmente, a produção de uma ampla reserva de imaginários culturais. Esses imaginários deram sentido à instituição de direitos diferentes, para diferentes categorias de pessoas, para fins diferentes no interior de um mesmo espaço; em resumo, o exercício da soberania. O espaço era portanto, a matéria-prima da soberania e da violência que ela carregava

consigo. Soberania significa ocupação, e ocupação significa relegar o colonizado a uma terceira zona, entre o estatuto de sujeito e objeto (Mbembe, 2018, p. 38-39).

Frantz Fanon (2022) incita à reflexão ao afirmar que “a descolonização é sempre um processo violento”. Longe de significar uma libertação, dá continuidade a um processo de extermínio e com a assimilação dos valores, morais, desejos e projetos do colonizador. Achille Mbembe (2018) utiliza-se do “princípio da exclusividade recíproca” de Fanon e de sua maestral descrição e análise sobre o processo de descolonização da Argélia na obra “Os Condenados da Terra” para apontar como na contemporaneidade a estrutura física notável ou invisível da ocupação colonial se faz presente.

A zona habitada pelos colonizados não é complementar à zona habitada pelos colonos. Essas duas zonas se opõem, mas não a serviço de uma unidade superior. Regidas por uma lógica puramente aristotélica, elas obedecem ao princípio de exclusão recíproca: não há conciliação possível, um dos termos está sobrando. A cidade do colono é uma cidade iluminada, asfaltada, em que as latas de lixo transbordam sempre de restos desconhecidos, jamais vistos, nem sonhados. [...] A cidade do colonizado, ou pelo menos a cidade indígena, a aldeia dos pretos, a médina, a reserva, é um lugar mal-afamado povoado de homens mal-afamados. As pessoas ali nascem em qualquer lugar, de qualquer jeito. E as pessoas ali morrem em qualquer lugar, de qualquer coisa (Fanon, 2022, p. 35).

Sendo o Estado moderno, o responsável em ajuizar suas guerras e torná-las racionais para todos, utilizando a Palestina como exemplo, agora o Estado se vale de novas justificativas a partir da “sua pretensão fundamental de soberania e legitimidade, da autoridade de seu próprio relato da história e da identidade” (Mbembe, 2018, p. 42). O espaço é compartimentalizado e reorganizado com limites e fronteiras também internas, enclausuramento de determinados grupos a certos espaços sob as piores condições de existência. Limites estes, “tridimensionais”, do céu à camada mais abissal da terra e da água e por redes invisíveis que não diferencia inimigos de dentro ou fora do seu espaço (ibidem, 2018). A disposição e disponibilidade da infraestrutura também visam manter cada um no seu espaço. Em suma, “matar se torna um assunto de alta precisão” (p. 47), especializado e delimitado territorialmente com as bençãos do Estado.

Qualquer semelhança nas descrições do espaço argelino e da Palestina com o breve contexto brasileiro supracitado por Lélia González (2018) não é coincidência, mas registros de como o necropoder, mesmo em continentes diferentes, com trajetórias peculiares, tem como esqueleto dos seus Estados modernos as mesmas premissas que tomam por base a raça.

E, por fim, Mbembe (2018) analisa que as guerras contemporâneas também se modificaram visando não mais a conquista de um território, mas a submissão absoluta do

inimigo. As armas se especializaram e foram refinadas e, até, a coerção passa a ser regida pelo mercado financeiro; a globalização, o capitalismo, o neoliberalismo são justificativas plausíveis para uma guerra, com efeito “relâmpago”, no menor tempo e alcançando mais mentes e corpos.

A partir das teorizações de Zygmunt Bauman sobre as guerras na era da globalização e, também, as máquinas de guerra de Deleuze e Guatarri, Mbembe (2018) refere-se a uma nova configuração das guerras contemporâneas. Ao lado de armas de alta tecnologia, estamos diante de um mosaico de direitos de governar em que “as operações militares e o exercício do direito de matar já não constituem o monopólio dos Estados, e o exército regular” já não é o único meio de executar essas funções. (p. 52).

A era da mobilidade global e da organização heterônima, conceito criado por Kant, que coloca a sujeição do indivíduo à vontade de outrem, as máquinas de guerra assumem características empresariais e de organizações políticas, desfazendo a ideia de fronteiras internas e externas e com capacidade de metamorfose, sendo a relação com o espaço, agora, móvel.

Deste modo, enquanto gestão da vida, a biopolítica e seus dispositivos, separam os que devem viver em sua plenitude, ainda que os efeitos disciplinadores do biopoder queiram extrair o máximo de produtividade e eficiência deles, dos que são relegados à finitude. Contudo, mais do que morte convertida estatisticamente em mortalidade, a morte se torna alvo – processo da (necro) governabilidade de corpos vivos, de seus cadáveres, trâmites burocráticos pós-morte, entre outros (Franco, 2021).

Os corpos não são apenas largados a “deus-dará” para morrerem, esse caminho é gestado e a inscrição da insígnia da morte começa ainda sobre corpos vivos onde o espectro da morte acompanha os sujeitos-moribundos. Segundo, Fábio Luís Franco (2021) “como efeito de *operações de abandono* que atinge, o morto e prolongam o conjunto de procedimentos anteriores pelos quais certos vivos foram *abandonados* do campo do sentido, do direito, da política” (p. 34).

Nesse sentido, como a saúde, o campo da saúde da população negra e as políticas de saúde se relacionam com a necropolítica, sem recair nos seus usos triviais que têm sido feitos de ausência/presença de políticas públicas ou formas de governo? A partir de qual perspectiva podemos compreender a saúde não só como um componente da vida ou direito social básico, mas como faceta e a serviço da política da morte? São esses e outros questionamentos que se pretendeu problematizar.

Diante do exposto acerca da necropolítica, a saúde foi analisada não como ausência de doença ou um estado/condição plena de bem-estar social, tampouco sob o sentido de vida ou

funções vitais dos indivíduos. Mas como uma diretriz estruturante que constrói relações de morte e subjetividades, ratificando um mundo de morte que faz morrer sistematicamente uma ampla parcela indesejável na sociedade brasileira.

2.3 DESENHO DA PESQUISA

Essa é uma pesquisa de Métodos Mistos (MM) de pesquisa qualitativa e quantitativa,

Os MM envolvem a utilização dos diferentes métodos e técnicas, qualitativos e quantitativos, em suas mais variadas configurações, tanto na coleta de dados, na integração dos achados e na realização de inferências. Diante da complexidade dos problemas e das intervenções em saúde pública, seriam o modo mais apropriado de abordar esses objetos (PALINKAS; MENDON; HAMILTON, 2019). Para esses autores, apesar do emprego de MM não ser novo, seu uso no estudo dos processos e efeitos das intervenções (programa, projetos ou políticas) em a de implementação e de resultados tem sido cada vez mais frequente (Santos, Cardoso, Oliveira, 2023, p. 123).

Assim, utilizou-se a pesquisa qualitativa e a quantitativa a partir do desenho da complementariedade, conforme proposto por Santos, Cardoso e Oliveira, 2023, em que o levantamento de referenciais teóricos, a análise de documentos e o levantamento de dados estatísticos acerca da saúde da população negra em Belém, serviram para demonstrar “diversas faces de um mesmo fenômeno. [...] mediante uma técnica, obtemos determinadas informações e, por meio de outra, apreendemos outro tipo de características do objeto em análise, ambos se complementando” (ibidem., p. 128).

Para analisar a construção do estado-nação Brasil frente às disputas para se consolidar a Política de Saúde Integral da População Negra, seja no Brasil ou em Belém, utilizou-se o levantamento de referências teóricas para demonstrar a maneira como a necropolítica estruturou esses tensionamentos, construindo limites e caminhos.

Para investigar se e quais ações e programas acerca da saúde da população negra estão sendo implementados em Belém, analisei os documentos: a) Plano Municipal de Saúde 2022-2025 e o Plano Plurianual 2022-2025 da cidade.

Ainda acerca das ações e programas, realizou-se busca na plataforma do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em particular, recorreu-se à “Pesquisa de Informações Básicas Municipais” (MUNIC) nas perguntas sobre “saúde da população negra”, uma vez que são perguntas/respostas que também versam sobre a implementação da PNSIPN no município.

O MUNIC/IBGE é de base censitária e ressalta a importância municipal para as políticas públicas. Visa “fornecer informações que subsidiem o planejamento municipal, além de propiciar um conhecimento maior dos processos que vêm ocorrendo na escala local por parte dos governos (locais, estaduais e federal), universidades, sociedade civil, etc” (IBGE, 2023, on-line¹⁵).

As informações que constam na sua base de dados referem-se a: “informações sobre o perfil dos Prefeitos, Estrutura Administrativa, Articulações Interinstitucionais, Geração de Trabalho e Renda, Cultura, Legislação e Instrumentos de Planejamento Municipal, Habitação, Transportes, etc. Além dos suplementos: meio ambiente, esporte, assistência social e por último, cultura” (IBGE, 2023).

Sobre a metodologia utilizada para coleta de dados no MUNIC pelo IBGE e Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS), segue:

A unidade de investigação da MUNIC é o município, sendo informante principal a prefeitura através dos diversos setores que a compõe; as instituições ligadas a outros poderes públicos locais ou instaladas localmente constituem-se em unidades secundárias de informação. Assim, as informações coletadas em cada município são resultado de entrevistas aos gestores, posicionados nos diversos setores e/ou instituições investigados, que detêm informações sobre os órgãos públicos e demais equipamentos municipais (IBGE, 2023).

Esse processo é realizado após treinamentos pela equipe técnica do IBGE a fim de qualificar os gestores ou informante da prefeitura para fins do comprometimento com a veracidade e qualidade das respostas. Assim, foi fundamental para auxiliar a responder sobre a implementação ou não da Política em âmbito municipal.

Por conseguinte, transformaram-se as seções “Estratégias de Gestão” e “Responsabilidades do Gestor Municipal” da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em analisadores em saúde da população negra no município de Belém tentando saber se 1) existia ou não uma política ou ações sistemáticas de saúde para população negra na cidade, 2) de que maneira a população negra aparecia ou não nos documentos municipais elencados e, por fim 3) se havia previsão orçamentária para a saúde da população negra.

A análise do cenário da saúde da população negra do município de Belém, foi elaborada tanto com base nas ferramentas supracitadas, como no levantamento estatístico dos cadastros do e-SUS ativos e consolidados entre os anos de 2018 e 2022. Para os quais foram elaboradas formas gráficas, descritivas e analíticas de apresentação e problematização.

¹⁵ Disponível em: <https://ces.ibge.gov.br/apresentacao/portarias/200-comite-de-estatisticas-sociais/base-de-dados/1144-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html> Acesso em: 18 de julho de 2023.

Desta maneira, buscou-se analisar as tensões existentes na construção do campo da saúde pública brasileira mobilizadas pela gestão da morte que foi consubstanciada ao surgimento do Estado-nação e seus valores de cidadania. Além disso, esse tensionamento abriu a possibilidade da reivindicação, pelos movimentos negros e de mulheres negras, por uma PNSIPN que segue existindo em poucos municípios brasileiros. Por qual motivo? Foi o que se buscou investigar no presente estudo.

2.3.1 Construindo analisadores

Lima e Mendes (2021) realizaram um ensaio teórico a partir de uma revisão bibliográfica cujo objetivo foi “discutir as dimensões analíticas para avaliação da implementação de políticas e programas públicos no Brasil” (p. 677) e apontaram sua existência desde os anos de 1960 nos Estados Unidos e entre os anos de 1980 e 1990 na América Latina, período da redemocratização brasileira. Por definição, o campo da avaliação das políticas e programas públicos é:

[...] conhecido internacionalmente como “policy evaluation”, que tem por definição analisar se os objetivos e resultados (impactos) foram alcançados em conformidade com o planejado. Tornando-se uma etapa indispensável a fim de analisar os efeitos das políticas públicas nas transformações da sociedade, capazes de desenvolver e melhorar as ações diante dos problemas enfrentados (Costa; Castanhar, 2003; Segerholm, 2003; Rossi; Lipsey; Freeman, 2004; Trevisan; Bellen, 2008; Jannuzzi, 2011; Ramos; Schabbach, 2012; Jannuzzi, 2014; Vedung, 2015) (Lima, Mendes, 2021, p. 679).

Deve ser um processo contínuo dentro do ciclo político institucional e pode ser classificado conforme os momentos em que a investigação se insere. Lima e Mendes (2021, p. 680) citam que existem no mínimo 3 tempos: 1) Avaliações *ex-ante*; antes da implementação e fornecem o “desenho quanto à implementação de políticas e programas”, 2) Avaliação da implementação (também denominada intermediária); caracteriza-se pela fase da existência e aplicação prática, “podendo gerar conhecimento sobre o curso e o desempenho das ações da política” e, 3) Avaliação *ex-post*: conhecida também como avaliação dos resultados, “visa avaliar a eficiência (recursos), eficácia (objetivos) e efetividade (impactos)”.

Note que o fundamento da avaliação de políticas e programas públicos recai sobre uma análise acurada das condições para implementação, seu processo em si ou seus impactos, ou seja, sobre os objetivos e resultados das políticas ou programas. Esta pesquisa não teve por objetivo analisar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, mas os

tensionamentos no seu entorno, contudo utilizou-se das informações contidas na portaria n.º 992/2009 para criar os analisadores para saber se existia ou não políticas e programas voltados para saúde da população negra em Belém, valendo-se dos 3 momentos, mediante a proposição de Lima e Mendes (2021).

Conforme já mencionado, a partir da PNSIPN transformaram-se as seções “Estratégias de Gestão” e “Responsabilidades do Gestor Municipal” em analisadores e para isso se adotou como ponto de partida o inciso I – implementação desta política em âmbito federal, estadual e/ou municipal, que foi convertido no seguinte questionamento: existe ou não uma Política Municipal de Saúde Integral da População Negra em Belém (PMSIPN)?

Posteriormente, os demais incisos das seções Estratégias e Responsabilidades foram divididos em 2 tempos e estabeleceram-se os parâmetros para definir a implementação da PMSIPN em Belém, conforme o quadro a seguir. 1) Pré-implementação: pontos essenciais para a sua existência e, 2) pós-implementação: pontos que necessitam de uma condição anterior já existente.

QUADRO 2 – Estratégias de Gestão e Responsabilidades das Esferas.

	Estratégia	Responsabilidade
	I. A Política foi implementada?	
Pré-implementação	implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão;	definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB;
	inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;	garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;
	fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde;	identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos
	apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política, incluindo as condições para: realização de seminários, oficinas, fóruns de sensibilização dos gestores de saúde; implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares, nos	implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra; garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação

	Estados e Municípios; e formação de lideranças negras para o exercício do controle social;	permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS N° 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);
		articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política;
		fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;
Implementação: existência da PSIPN		
Pós-implementação	desenvolvimento de ações específicas para a redução da disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais;	coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde.
	fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei;	estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;
	estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas;	elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra
	fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social;	apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra.
	fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;	instituição de mecanismos de fomento à produção de

	qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos Estados e Municípios; articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme, incluindo a reorganização, a qualificação e a humanização do processo de acolhimento, do serviço de dispensação na assistência farmacêutica, contemplando a atenção diferenciada na internação; incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar; implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, nos Estados e Municípios, conforme a Portaria MS/GM nº 936, de 19 de maio de 2004, como meio de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte, traumas ou incapacitação por causas externas (BRASIL, 2004a); elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas; garantia da implementação da Portaria Interministerial MS/SEDH/ SEPM nº 1.426, de 14 de julho de 2004, que aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, no que diz respeito à promoção da equidade (BRASIL, 2004b); articulação desta Política com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b); articulação desta Política com as demais políticas de saúde, nas questões pertinentes às condições, características e especificidades da população negra; estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando à promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.	conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.
--	---	--

FONTE: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, 2009.

Para definir em qual tempo esta pesquisa se encaixaria, elegeu-se que a existência da Política em Belém seria o ponto de localização. Assim, a sua existência foi então caracterizada pela presença de ao menos um dos itens seguintes: 1) a existência legal da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra, 2) a existência de um “conjunto de ações de saúde voltadas à população negra”, considerando o que diz a lei federal n.º 12.288/2010 e/ou 3) uma instância de promoção da equidade em saúde da população negra, isto é, uma referência técnica ou comitê técnico de saúde da população negra.

Cabe observar que no item 2) sobre a existência de um conjunto de ações; consideraram-se aquelas sistemáticas, previstas no Plano Municipal de Saúde e com previsão de recursos financeiros no Plano Plurianual (PPA), logo não foram consideradas atividades pontuais ou esporádicas, mas sim aquelas que estão em um programa, projeto ou política da Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) a ser aplicada nas unidades.

A presença ou ausência dos itens em questão definiu os analisadores trabalhados na pesquisa em forma de eixos. Como poderá ser percebido mais adiante, o caminho seguido foi o da “pré-implementação” e por consequência os analisadores abaixo.

QUADRO 3 – Analisadores da Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Eixos	Analisadores
1. Formação e Educação Permanente dos trabalhadores	a) garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS N° 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);
2. Participação e controle social	b) apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política; c) articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política; d) articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política; e) fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;
3. Produção de conhecimento	f) fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde; g) identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos h) implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra; i) apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política; *

4. Saberes e Práticas tradicionais	-
5. Monitoramento e Avaliação	j) implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão; k) inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS; l) definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB; m) garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais; n) implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra; o) apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política; *
6. Informação, conhecimento e educação antirracista para sociedade	p) apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política; *

FONTE: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, 2009.

2.3.2 Levantamento estatístico

Coelho Neto e Chioro (2021) definiram os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) como “instrumentos que, por meio do processamento de dados coletados em serviços de saúde e outros locais, dão suporte à produção de informações para a melhor compreensão dos problemas e tomada de decisão no âmbito das políticas e do cuidado em saúde” (p.2).

Dentre eles, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – e-SUS AB/SISAB, lançado em 2013 pelo Ministério da Saúde, propondo-se a prover “apoio à gestão do cuidado e controle e monitoramento das atividades e procedimentos realizados na atenção primária à saúde” (Coelho Neto e Chioro, 2021, p. 6).

O e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da Atenção Básica (AB) em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A Estratégia e-SUS AB faz referência ao processo de informatização qualificada do Sistema único de Saúde (SUS) em busca de um SUS eletrônico (e-SUS) e tem como objetivo concretizar um novo modelo de gestão de informação que apoie os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da AB e na qualificação do cuidado dos usuários (Brasil, 2018, p. 4).

Essa estratégia preconiza o registro individualizado das informações, a integração dos diversos sistemas de informações da AB, a redução do retrabalho na coleta dos dados, informatizar as unidades de saúde, a gestão do cuidado por meio de novas tecnologias que otimizem o trabalho e a coordenação do cuidado que consiste em qualificar o uso das informações (Brasil, 2018).

O e-SUS AB é composto por dois sistemas: o SISAB e o sistema e-SUS AB, este último é composto por duas interfaces; o Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e o Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) que “apoia o processo de coleta de dados por meio de fichas e um sistema de digitação” (p. 5).

Note que pelo princípio da universalidade o atendimento independe de ter ou não um Cartão Nacional de Saúde, ou outro cadastro, ainda sendo possível utilizar os registros no PEC e CDS (Brasil, 2018). O cadastro do cidadão é dividido em Cadastro do Cidadão via PEC e realizado nas unidades de saúde, o outro é o Cadastro do Território coletado via CDS “a partir das fichas de Cadastro Individual e de Cadastro Domiciliar e Territorial, utilizados, principalmente, pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) para cadastrar os residentes em suas microáreas” (Brasil, 2018, 7-8).

Para fins desta pesquisa foram utilizados os relatórios do Cadastro Individual (ANEXO A) solicitados à Secretaria de Saúde do Município de Belém (SESMA), referente aos últimos 5 anos, isto é, de 2018 a 2022. E a partir dele, foram extraídas as informações sobre os dados consolidados. É válido mencionar que o Cadastro Individual é realizado no momento de ingresso do cidadão no sistema de saúde, significa que são informações preliminares e com base na autorreferência.

Dos dados que constam no Cadastro Individual, foram analisados os “Dados Gerais > Cidadãos Ativo”, a “Identificação do usuário > raça/cor e sexo” e “Condições / Situações de saúde gerais”. E a partir deles, construíram-se gráficos e tabelas para facilitar a visualização das categorias desagregadas racialmente.

Por fim, foram consultadas informações no “Painel de Monitoramento¹⁶” que possibilitou a coleta dos dados referentes ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM, abril de 2023), bem como informações que constam no DATA SUS^{17[2]} com as especificações município Belém e dados desagregados racialmente. A partir deles, foi possível identificar onde e como cada grupo demográfico se encontra localizado na saúde municipal de Belém, como veremos no capítulo 5.

¹⁶ <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>

¹⁷ <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>

3 BRANQUEAR A NAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA E EUGENIA

A história da saúde pública foi construída em paralelo ao surgimento do país. Nesse sentido, analisei no presente capítulo a construção do estado-nação Brasil frente às disputas para se consolidar uma saúde pública e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e o modo pelo qual vêm sendo atravessada pela necropolítica.

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, esbarra em dificuldades para a sua plena concretização. Do mesmo modo, é preciso aprofundar as análises acerca dos obstáculos que dificultam o estabelecimento pleno do Sistema, indo os entraves além do modelo econômico em voga, das políticas nacionais e internacionais ou da geomorfologia brasileira. Tornando-se imperativo uma análise da necropolítica que sempre esteve nos caminhos de formulação e construção do SUS para ser possível compreender esses entraves e vislumbrar outras rotas para repensar o campo da saúde pública brasileira e para a operacionalização de um sistema único de saúde de fato equânime, universal, regionalizado, descentralizado e com participação social.

Acredita-se que o campo da saúde pública, é um campo de ingerência exclusiva do biopoder, isto é, cujos objetivos são garantir a vida, maximizar a potência produtiva dos corpos, bem-estar biopsicossocial, favorecimento da natalidade, entre outros. Contudo, ao abordar a saúde pública brasileira enquanto uma diretriz estruturante a serviço do projeto da morte, conforme teorizado por Achille Mbembe (2018), percebe-se que esta foi e continua sendo coordenada por ditames racistas e tecnologias eugênicas que moldaram a construção e constituição dos saberes e práticas profissionais da área da saúde em consonância com um projeto político de nação que têm no genocídio da população negra, indígena e outro seu pilar fundamental.

Necropolítica enquanto projeto, guiado por ações interligadas ou não, tem na morte e seus processos de deixar morrer o objetivo final. No entanto, para que isso tenha êxito, é preciso haver condições de possibilidade para existência do necropoder, isto é, do “funcionamento da formação específica de terror” (ibidem., p. 43), por meio da construção de mundos de morte.

Nesse sentido, erguer um mundo simbólico e/ou concreto exigiu ao necropoder as redefinições das noções físicas e sociais que circundam e formam o espaço, as relações interpessoais, as narrativas com suas histórias e memórias e as noções acerca do indivíduo. Para isso, na primeira parte, pretendeu-se abrir os baús da memória e reconectar as marcas que forjaram a história oficial, mas também contra narrativas que subvertem os lugares sociais e as

tentativas de aprisionamento dos modos de ser da população negra. A segunda parte foi situado o lugar que a eugenia passou a ocupar em meados de 1930 que auxiliou a saúde-diretriz a levar o Brasil da degeneração à regeneração, moldando possibilidades orientada pela ideologia de embranquecimento racial precursora do mito da democracia racial e do racismo institucional.

3.1 ABRINDO O BAÚ DAS MEMÓRIAS: SAÚDE PÚBLICA À SERVIÇO DA GESTÃO DA MORTE

Há quem acredite que não existem relações entre o que chamamos de Estado-nação brasileiro, raça e saúde pública. Contudo, ao examinar mais de perto os fios do baú de Ananse (Amador de Deus, 2019), podemos ressignificar memórias sob outras narrativas, seguir as reminiscências dos processos de construção do país, da sua gente e das suas histórias, o que nos possibilita compreender como a saúde foi elencada para carro-chefe no projeto político, econômico e sócio racial do Brasil.

Não a saúde como potência da vida ou a vida em si, mas, uma diretriz estruturante da gestão da morte, apoiando-se na eugenia enquanto tecnologia para construir a nação nos ditames da Necropolítica. Esse é o principal objetivo que o presente capítulo tem a oferecer; fazer refletir sob outra ótica as histórias da saúde pública na construção do Estado-nação brasileiro, pois assim pode-se entender alguns dos entraves para plena implementação do SUS e da PNSIPN.

As teorias raciais moldaram a base com que o racismo se disseminou no tecido social do país, sendo o combustível para que a técnica da eugenia fosse construindo as nossas relações que se atualizaram ao longo do tempo e se incutiram nas engrenagens sociais, fazendo emergir um racismo estrutural e institucional facetas privilegiadas da necropolítica no Brasil com seu princípio da inclusão disjuntiva (Mbembe, 2020), conforme veremos a seguir.

3.1.1 Raça, Algumas Notas

Segundo o antropólogo Kabengele Munanga (2004), definir quem é negra/o no país não é uma tarefa fácil, posto que no Brasil a construção das identidades raciais é atravessada por um projeto de embranquecimento da população apoiada na ideia da convivência harmoniosa entre as raças.

Parece simples definir quem é negro no Brasil. Mas, num país que desenvolveu o desejo de branqueamento, não é fácil apresentar uma definição de quem é negro ou não. Há pessoas negras que introjetaram o ideal de branqueamento e não se

consideram como negras. Assim, a questão da identidade do negro é um processo doloroso. Os conceitos de negro e de branco têm um fundamento etno-semântico, político e ideológico, mas não um conteúdo biológico (Munanga, 2004, p. 52).

Não existe, entre os estudiosos das relações raciais, unanimidade nas definições e interpretações sobre raça, há tentativas de defini-la conforme seus referenciais teóricos. Existe, inclusive, intelectuais que se recusam a usar a terminologia raça, seja pela sua carga histórica negativa, seja por não acreditarem cientificamente na sua existência ou outros motivos não abertamente especificados.

No entanto, a questão que permanece em aberto é que na contemporaneidade, a noção de raça tem efeitos concretos no ordenamento social, político e econômico da sociedade brasileira, estando diluída no tecido social, no imaginário popular, nas teses acadêmicas, nas leis estatais. Ainda que no Brasil tenha se erguido um “racismo à brasileira” (Schwarcz, 2012), um racismo silencioso e aparentemente sem o sujeito racista, as estatísticas oficiais apontam nitidamente para a existência do preconceito racial dirigido ao negro, refletindo-se nos altos índices de mortalidade, analfabetismo, sua baixa presença nas escolas e universidades, localização geográfica predominante nas periferias, favelas e guetos, alvos privilegiados da violência policial, maioria nos cárceres brasileiros entre outros dados.

Quando a antropóloga argentina Rita Segato (2021) retoma as críticas decoloniais de Aníbal Quijano e sua noção de colonialidade, para quem a raça é “uma emergência em um fluxo histórico” (p. 264), convida-nos a refletir sobre os processos de racialização (e sua ausência narrativa) como fios da trama histórica que inscreveu nos corpos maneiras de decodificá-los, trazendo a rebote classificações e interpretações que tentam fixar a raça negra em determinadas lacunas da História.

Segato (2021) aponta que o sistema classificatório binário (negro-branco) estadunidense não dá conta da miríade de cores que coexistem na América Latina e alude que a “mestiçagem etnocida vem sendo utilizada para suprimir memórias e apagar genealogias originárias” (p. 255). E essa é uma realidade presente no Brasil, sobretudo nas “Amazônias” que até bem pouco tempo eram vistas como um vazio demográfico e sem grandes contribuições para a geopolítica e história do país.

Faço essa ancoragem conceitual sobre a noção de raça, menos como fixidez epistemológica e mais como uma possibilidade de reinterpretação das nossas histórias e de construções de estratégias para o presente e futuro dentre um leque. Isso quer dizer que reconheço as implicações e limitações do sentido “plenamente histórico” da raça (Segato, 2021, p.67) adotado por Quijano e Segato. Contudo, e, sem a pretensão de entrar em searas que fogem

ao objetivo do projeto em tela e do meu domínio intelectual, advogo que a potência das narrativas e epistemologias negras, decoloniais e afins sejam assim compreendidas – como potencial de – e, não limitadas/apagadas mais uma vez pela competição ardil-colonial para ver quem exerce o domínio e direito de poder falar sobre raça e construir os caminhos para sua salvação (cristã, eurocêntrica/ariana, masculina e cisheterossexual).

Dito isso, retomo Segato (2021):

Que raça é essa? Certamente uma raça que sofreu a maior das expropriações: o roubo de sua memória, o seccionamento de suas linhagens originais, interceptadas pela censura obrigatória da lembrança, por sua vez transformada em uma nebulosa pelo contrabando psíquico de uma narrativa da nação como uma fotografia em que uma personagem é recortada e aparece apenas como um vazio na memória (p. 262, grifo da autora).

São destas lacunas que pululam as possibilidades de se abrir o baú das memórias e tecer outros caminhos cujas existências das/dos sujeitas/os possam ser ressignificadas, inclusive reacionando seu agenciamento ao longo do tempo, tenha sido ele por meio do banzo, fugas, aquilombamentos ou reivindicações legislativas no ordenamento político formal.

Sendo assim, raça é menos o que se mostra e vemos como “acabado” e, mais aquilo que se perdeu nos caminhos das histórias; isto é, seu processo de construção e o silenciamento que se ergueu no seu entorno, incluindo

o olhar eurocentrista sobre a realidade social da América Latina [que] levou a tentativas de construir “estados-nação” segundo a experiência europeia, como homogeneização “étnica” ou cultural de uma população limitada pelas fronteiras de um Estado (Segato, 2021, p. 268).

Se, sobre a raça não se “pode” falar, seus efeitos materiais e simbólicos podem ser sentidos na pele por quem é negra/o no Brasil, por isso mesmo, é preciso nomeá-la. Diante disso, é vital compreender como as teorizações raciais se conectam com a saúde-diretriz e fundam o Brasil enquanto Estado-nação, pois sob o mito da democracia racial e da mestiçagem como política de embranquecimento criou-se um racismo do “jeitinho brasileiro”.

É só dessa maneira que podemos explicar os resultados de uma pesquisa realizada em 1988, em São Paulo, na qual 97% dos entrevistados afirmaram não ter preconceito e 98% dos mesmos entrevistados disseram conhecer outras pessoas que tinham, sim, preconceito [...]. Em 1995, o jornal *Folha de S. Paulo* divulgou uma pesquisa sobre o mesmo tema cujos resultados são semelhantes [...] Tal pesquisa foi repetida em 2011, e os resultados foram basicamente idênticos, mostrando como não se trata de supor que os brasileiros desconheçam a existência do preconceito: jogam-no, porém, para outras esferas, outros contextos ou pessoas afastadas. Trata-se, pois, de “um preconceito do outro” (Schwarcz, 2012, p. 30-31).

Reconhece-se o preconceito como pertencente a um outro e mesmo quando se é vítima dele, tende-se a negar que o sofreu. E este é um dos principais desafios, torná-lo público, nomeá-lo e romper com o pacto do silêncio racial que se esconde no mito de uma igualdade formal de direitos entre as raças ou diluídos em um problema exclusivo de classe.

3.1.2 Saúde, um carro-chefe da nação

Quando criador e criatura se confundem ao longo do tempo, fica difícil enxergar como cada um foi construído nesse período e na história. Nos foi ensinado que o Brasil foi descoberto, que índio é aquele que anda nu e trocou suas coisas por espelho, que negro é sinônimo de escravo e é apresentado nos livros acorrentado ou sendo chicoteado. De forma simplória, mas são essas e outras ideias que ainda pairam no imaginário social da maioria dos brasileiros. Ainda estamos na era em que se faz necessário afirmar o óbvio e, nesse sentido, analisar os passos que sedimentaram os caminhos que nos trouxeram até aqui faz parte do processo de desestabilização e rompimento do pacto do silêncio racial.

A invenção de uma História e do Brasil foi marcada pela tensão ora positiva de suas terras e natureza, ora negativa, principalmente sobre o seu povo e clima. O país foi marcado desde o início pela pluralidade étnico racial, em que a população indígena e, posteriormente, negra, representou os maus agouros do novo mundo e o entrave para se formar uma nação, pois era necessária uma uniformidade (racial-cultural) de seu povo, bem como um sentimento de pertença (Miskolci, 2012).

Conta-se que antes mesmo do mito do descobrimento de 1500 (invasão, na verdade), as terras tropicais já existiam no imaginário europeu, como indicam mapas medievais em que constava a ilha *Hy-Brazil* (Miskolci, 2012), no entanto, os colonizadores não esperavam encontrá-la habitada. E a população que aqui vivia foi vista como um problema que oscilava entre os bárbaros gentis e os canibais primitivos, para o qual se eliminado o problema-nativo, as terras ao sul de um eixo geográfico igualmente inventado (recordemo-nos da América invertida de Joaquín Torres-García!), seriam o paraíso edênico cristão nos trópicos!

Do mesmo modo, reza a lenda que Pero Magalhães de Gândavo tenha por aqui aportado, descrevendo as belezas do clima e das terras tropicais, sendo sua a famigerada descrição de que por aqui viviam “povos sem F, sem L e sem R: sem fé, sem lei, sem rei” no léxico dos falantes nativos (Schwarcz, 2012, p. 12).

a realidade do mundo selvagem é encerrada em uma rede de negações que expressa tanto o desencanto com a civilização, quanto o seu elogio. Ou se fala de povo sem história, sem religião, escrita ou costumes, imersos na ignorância e idolatria (Ventura, 1991, p. 24).

Por outro lado, o contato do europeu com os “outros” povos, possibilitou reoxigenar a visão sobre a decadente civilização europeia, elegendo seus modos de vida e organização como modelo a ser expandido pelo mundo afora, uma vez que lhes imputou este lugar de um “outro” incivilizado e, deste modo, justificou, os extermínios e atrocidades contra povos indígenas e negros. Ao mesmo tempo, abateu-se uma crise ao tentar classificar esses novos habitantes e a nova natureza (Ventura, 1991).

Delineou-se assim uma nova perspectiva espaço-temporal da qual nos fala Aníbal Quijano (2005), para quem a história passa a ser percebida não mais como descrições da natureza, costumes, comportamentos e formas de organização da população (Ventura, 1991) e, sim, como uma perspectiva temporal linear da história que evoluía do primitivo ao civilizado, do passado ao futuro (Ventura, 1991; Quijano, 2005). Civilização e progresso são os objetivos da vez, deixando-se de lado a história natural a qual essa ligação ser humano-natureza será retomada sob o viés científico do naturalismo em meados do século XIX (Ventura, 1991).

Esses ditames de entrada do país no estatuto da civilização contaram com o auxílio da saúde enquanto diretriz da necropolítica. Ao afirmar esse lugar ocupado pela saúde, objetivou-se ampliar o escopo do campo de visão para além de um sistema de ações e serviços, de prevenção e promoção, estando ela estruturada e permeada por ideologias sociais, as quais muitas estiveram na base das violências raciais, de gênero, de classe e afins experienciadas pela população brasileira, sobretudo a negra.

Para Marco Stancik (2009), durante o Brasil colônia até as primeiras décadas do século XIX, havia poucos médicos doutos e a totalidade destes ou vinham da Europa ou eram pessoas da elite colonial que iam estudar lá e retornavam com os títulos de físico, bacharéis ou doutores. Isso porque os colonizadores portugueses não incentivavam a construção das instituições médicas ou de ensino com receio de que isso alimentasse os anseios pela independência em suas terras. Como apontou Schwarcz (1993, p. 142) que em virtude do impedimento de “trezentos anos de fundar instituições de ensino superior, a Colônia sofria com a falta de pessoal especializado e de conhecimentos científicos mais atualizados.”

Até meados de 1808, pajés, xamãs, cirurgiões, cirurgiões-barbeiros, curandeiras, parteiras, boticários, jesuítas e alguns poucos físicos (profissionais da cura com formação superior) disputavam, dialogavam e se alinhavam no trato com as doenças, nas intervenções cirúrgicas, nas práticas de cura que no geral

consistiam no emprego de plantas medicinais nativas, de medicamentos oriundos da Europa e de outros aqui mesmo produzidos [...] sangrar e purgar, [...], mas também provocar o vômito, dar clisteres, sudoríferos, entre outros, constituíram recursos terapêuticos amplamente utilizados pelos europeus por longos séculos. Assim como o foram em diferentes partes do mundo e em diferentes épocas [...] O hábito de sangrar, dar purgativos, eméticos e sudoríferos baseava-se na crença de que as doenças eram resultado do desequilíbrio de humores no organismo. Buscava-se desta forma eliminar tais excessos, mediante aqueles recursos debilitadores (Stancik, 2009, p. 119-120).

Seguindo os rastros da saúde ao longo do tempo, percebe-se que, nesse primeiro momento, “a arte de curar ficou entregue a ambulantes, curandeiros e barbeiros que, agregados a casas nobres ou recebendo donativos pelos seus serviços, davam assistência às populações, conforme o respectivo empirismo reinante” (Brasil, 1977). Não havia, assim, a hegemonia de um saber ou prática dominante, embora já houvesse tentativas de conformar um saber médico oficial oriundo da Europa.

E apesar da baixa quantidade de médicos doutos, como mencionado “[e]m 1789, [...], [pelo] vice-rei Luiz de Vasconcelos queixava-se à Metrópole da existência de apenas quatro médicos em toda a Colônia” (Schwarcz, 1993, p. 142), essa escassez era sentida apenas pelos “viajantes estrangeiros, autoridades administrativas e de médicos” (Stancik, 2009, p. 115) e não pelas classes populares, escravizados, brancos pobres e indígenas. Isso porque, no cotidiano da colônia, circulavam concepções de saúde e doença diferentes das que temos na atualidade.

A exemplo dos pajés que “Além de uma luta entre a saúde e a doença, sua atuação cumpre esse papel mais abrangente em favor da coesão do grupo, de suas crenças, visões de mundo, verdades culturalmente estabelecidas” (Stancik, 2009, p. 116). Ou dos cirurgiões-barbeiros, oriundos de Bakongo, na África, para quem “o sangue seria o veículo da alma, ao passo que as doenças seriam devidas a ação maléfica de entidades espirituais”. Deste modo, a medicina atual ainda vê os saberes tradicionais enquanto práticas de feitiçaria desprovidas de validade científica, sendo que são, em grande medida, ainda elas que gozam da confiança dos mais vulneráveis desde o período colonial. Ao mesmo tempo, em que jesuítas começavam a exercer esse papel de curador do corpo e da alma, para quem as doenças seriam sinônimo de castigo divino, conquistando a simpatia da população, bem como acumulando saberes quando do contato, sobretudo, com os indígenas.

Nesse sentido, ainda não havia, também, instituições destinadas ao cuidado de enfermos; quem tinha dinheiro, cuidava-se em casa! Para os que não tinham, surgem por meio da caridade e filantropia os hospitais ou enfermarias dos jesuítas e as Santa Casas de Misericórdia; em 1543 surge a primeira delas na vila de Santos, posteriormente no Espírito

Santo, Rio de Janeiro e vila de São Paulo, todas no século XVI (Stancik, 2009, p. 118). Por conta da ausência das noções de assepsia, entre outros, esses eram espaços malvistas pela sociedade da época, portanto, eram procurados em últimas circunstâncias.

Outro ponto digno de nota é que as doenças e epidemias, revisitavam o medo da morte e quem estava ao lado dos moribundos em seus momentos finais não eram médicos, eram padres, pajés ou outro que além das práticas de cura, administravam essa ligação com o *post mortem* (Stancik, 2009).

Com a intenção de compreender e pensar em um campo de estudos que leve em consideração a importância da saúde e o período da escravidão, autores como Tânia Salgado Pimenta e Flávio Gomes organizaram a obra “Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil” (2016) que, nos ajuda a entender por que “a investigação acerca das concepções de saúde, das doenças e das práticas terapêuticas relacionadas a estas, ajuda a explicar a preferência de considerável parte da população por curadores populares ao longo do século XIX em detrimento da medicina oficial.” (ibidem., p. 9). Fica a observação para consultas posteriores, uma vez que analisar tais concepções extrapolam os objetivos em questão.

Retomando as pistas da saúde no período colonial. Como as leis da metrópole eram extensíveis às colônias, existiam os almotacéis “encarregados da saúde”, um tipo de inspetor da qualidade dos alimentos. Além disso, D. Manoel baixou em 1521 o Regimento do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor do Reino: “As atribuições principais de tais autoridades eram conceder graduação aos físicos, licenciar boticas e autorizar o exercício de atividades auxiliares da arte de curar, reservando-se às mesmas o poder de justiça contra os infratores da lei.” (Brasil, 1977).

Já em 1744, D. João V, reforçou ao Conde de Galvêas, vice-rei do Brasil, sobre as funções dos Comissários-Delegados, “na qual se instruía sobre a obrigatoriedade de aceitar a Delegação de Físico-Mor, quando designado, aí compreendida a imposição de inspecionar as boticas a cada três anos, com percepção de taxas, bem como a apreensão de drogas alteradas.”. Quando em 1782, por lei da rainha Maria I, essa instituição foi modificada para Junta Protomedicato que reunia sete deputados para exercer atribuições similares ao de Físico-Mor, com especial destaque para fiscalização (Brasil, 1977).

Em 1808, quando da invasão de Napoleão Bonaparte a Portugal, a família real se viu obrigada a fugir para sua nova colônia americana e, inaugurou páginas na história do Brasil. Antes da corte real portuguesa aportar por esses lados, havia apenas escolas de ensino básico geridas pelos jesuítas. Com a vinda de D. João VI se iniciou um momento de produção e replicação dos costumes e formas de organização da metrópole na colônia, sendo esta vista ora como reflexo, ora como extensão daquela.

Sem entrar no mérito das medidas implementadas por D. João VI, o certo é que, com a chegada da corte portuguesa ao Brasil, inicia-se propriamente uma história institucional local. Data dessa época a instalação dos primeiros estabelecimentos de caráter cultural – como a Imprensa Régia, a Biblioteca, o Real Horto e o Museu Real –, instituições que transformavam a colônia não apenas em sede provisória da monarquia portuguesa, como em um centro produtor e reproduzidor de sua cultura e memória (Schwarcz, 1993, p. 32, grifo meu).

Funcionou de 1808-1828 a Fisicatura-Mor, órgão governamental com sede na capital, Rio de Janeiro, cuja finalidade era “autorizar, regulamentar e fiscalizar o exercício das práticas de cura no país.” (Stancik, 2009, p. 125). Não necessariamente precisavam ter formação superior, várias eram as práticas que recebiam a autorização para os exercícios de cura. Contudo, começou a surgir na antiga colônia os ares da civilidade e progresso vindos da Europa e com isso, a legitimidade de dizer não apenas *quem* podia praticar a arte de curar, mas também *quais* saberes teriam a chancela da cientificidade e ganhariam seu lugar na administração e organização social do país (idem, 2009).

Em 1808 chegamos à primeira organização nacional de Saúde Pública, no Brasil, quando D. João VI transferiu a Corte para a Brasil, restabeleceu as funções de Físico-Mor e Cirurgião-Mor, além dos Juízes-comissários e Delegados do Físico-Mor, com a exigência de que fossem formados por Coimbra. Os Juízes-Comissários tinham como auxiliares dois Visitadores-Examinadores, além de um Meirinho e um Escrivão, exercendo sua atividade fiscalizadora, julgadora e punitiva, à parte da Justiça Comum. Tinham autoridade, inclusive, para tributar e arrecadar taxas relativas aos seus serviços (Brasil, 1977, p. 125).

Também foi criado em 1808 o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião do Serviço de Saúde dos Portos, com delegados nas províncias. Soma-se a essas medidas a vigilância dos portos como meio de conter as epidemias, sendo criado em 1828 a Inspeção de Saúde Pública do Rio de Janeiro, com serviços de vigilância em terra e no mar, com direito à quarentena, estando subordinada ao senado da Câmara, e a criação de Inspetorias em todas as províncias marítimas (ibidem).

Com a mesma finalidade, foi criada a Junta de Instituição Vacínica do Rio de Janeiro, precedente ao Instituto Vacínico do Império, demonstrando que até os idos de 1850 “as atividades de saúde pública, em resumo, estavam limitadas ao seguinte: 1 - Delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais. 2 - Controle de navios e saúde dos portos. 3 - Autoridades vacinadora contra a varíola.” (ibidem.). Retomaremos o assunto das vacinas mais adiante.

Em 1828 a Lei de Municipalização dos Serviços de Saúde foi aprovada e previu a criação das Juntas Municipais que reuniu as funções exercidas pelo Físico-Mor, Cirurgião-Mor e seus Delegados. Retirando, contudo, o direito de cobrar tributos sanitários e transferindo para justiça comum o julgamento dos casos.

No ano de 1851, foi promulgada a lei que criou a Junta Central de Higiene Pública que tinha por atribuições “executar a polícia médica das embarcações, boticas, mercados e de "todos os lugares, estabelecimentos e casas de onde possa provir danos à saúde pública".” (BRASIL, 1977, p. 5). A Junta era consultiva e com primazia nas demandas sanitárias, havendo corporações similares nas províncias.

Abriu ao Ministério do Império um crédito extraordinário para despesas com providências sanitárias tendentes a atalhar o progresso da febre amarela a prevenir o seu reaparecimento e a socorrer os enfermos necessitados (Decreto nº 752, de 8/1/1851). Mandou executar o regulamento do registro dos nascimentos e óbitos (Decreto nº 798, de 18/6/1851). Abriu ao Ministério do Império um crédito extraordinário para as despesas com a epidemia de bexigas, na província do Pará e em outras (Decreto nº 826, de 26/9/1851). Mandou executar o regimento da junta de Higiene Pública (Decreto nº 828, de 29/9/1851); Abriu ao Ministério do Império um crédito extraordinário para as despesas com a junta de Higiene Pública naquele exercício (Decreto nº 835, de 3/10/1851) (Funasa, 2017, ON-LINE¹⁸).

A antropóloga Lilia Moritz Schwarcz no livro “O Espetáculo das Raças” (1993) examinou a construção das representações raciais no Brasil do século XIX. A autora analisou o impacto das teorias raciais europeias, como o cientificismo e o darwinismo social, na formação das ideias sobre raça e no desenvolvimento de uma hierarquia racial no país. A autora explicitou como as primeiras instituições oficiais foram surgindo ao longo do tempo a partir da emergência de se criar uma nação independente da metrópole, ainda que nos dois Reinados essa separação tenha ocorrido sob o selo real dos Bragança’s.

Schwarcz (1993) abordou como foi se construindo um saber médico oficial, seu perfil profissional, suas instituições e práticas. Analisou que com a vinda da família real para a colônia há época, houve a necessidade de se criar dois cursos médico-cirúrgicos, mas ainda sem o caráter de formação superior, pois quem expedia as licenças era a Universidade de Coimbra e por conta da ocupação francesa ao território português, esta encontrava-se impedida. O fato é que houve uma preocupação com as condições de higiene e sanitárias na colônia as quais motivaram as primeiras ações em prol de um saber médico oriundo da Europa.

Em carta régia de 18 de fevereiro de 1808 de d. João VI criou a Escola Cirúrgica da Bahia e em 2 de abril do mesmo ano, a Escola Cirúrgica no Rio de Janeiro que também

¹⁸ Disponível em <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>

funcionou no Hospital Militar (Schwarcz, 1993). Em 1810, o rei, não confiando nos cirurgiões da colônia, enviou 3 estudantes para continuarem os estudos em Edimburgo (Londres), no ano de 1813 autorizou a criação da Academia Cirúrgica do Rio de Janeiro e em 1815 a da Bahia. Sendo que em 1829, foi criada a Sociedade de Medicina cuja missão seria analisar as propostas de reformas dos cursos de medicina e fundamentar a transformação para as faculdades e, em 1832 foi outorgada a lei de criação das primeiras Faculdades de Medicina que expediriam títulos de “doutor em medicina, farmacêutico e de parteiro, abolido o de sangrador” (ibidem. p. 144-145). Estavam aí os caminhos para institucionalização dos cursos de medicina, seus saberes e práticas.

Com as primeiras instituições de saber, uma classe intelectual começou a se formar, estando vinculada a elite portuguesa e atuando na defesa de seus interesses. Inicialmente formavam um grupo homogêneo que encontra seu amadurecimento por volta de 1870, no Segundo Império, no qual houve uma especialização profissional, diversificando e fragmentando a categoria dos homens da ciência (Schwarcz, 1993).

Conforme demonstrado pela antropóloga, de pronto as demais práticas de curar continuavam a existir oficialmente, são elas: o cirurgião-barbeiro, o cirurgião sangrador, o cirurgião aprovado e o cirurgião formado (o que cumpriria dois anos a mais de prática médica). Por cerca de 40 anos, houve a tentativa de institucionalização da profissão médica diante das ausências de material especializado, parcas e deficientes estruturas de ensino e lentes (professores) com qualificações consideradas insuficientes para o ensino da prática. Sobre isso,

Mesmo com os avanços, as faculdades continuavam a sofrer com a penúria e a desorganização. Os professores, em boa parte mal preparados para as novas atribuições, transformaram-se em doutores por decreto de 1832 e eram motivo de chacota devido às aulas monotonamente lidas e os critérios pouco científicos de contratação: “o patronato em matéria de concurso tem estado de uma maneira que causa repugnância: os filhos sucedem aos pais, os cunhados, os sobrinhos e os tios; é o princípio da hereditariedade monárquica, única que o país reconhece” (Santos Filho, 1947:180). O perfil sócio-econômico dos alunos, por outro lado, na mesma proporção em que a profissão se valorizava, tendia também a se alterar. Principalmente a escola carioca era frequentada por uma clientela privilegiada em termos econômicos, e que pouco respeito guardava aos mestres da faculdade, oriundos basicamente de estratos mais humildes da população — em sua maioria pardos e mestiços (Santos Filho, op. cit: 278) — e, muitas vezes, aparentados aos primeiros barbeiros e sangradores (Schwarcz, 1993, p. 145).

Fica perceptível que os perfis dos estudantes e dos professores passavam por sensíveis mudanças e essa diferença foi motivo, inclusive, de revoltas estudantis naquele período. Em meio a isso, as epidemias e suas consequências e a Guerra do Paraguai (1865-1870) foram proporcionando panoramas para ascensão da figura do médico, que passaria a ser reconhecido

como cientista e pesquisador, sendo “financiado pela nação, formado por universidades e [passaria a intervir] na realidade” (Schwarcz, 1993, p. 141), transformando-a.

É nesse contexto que surgem as imprensas médicas, uma espécie de jornalismo científico que visava suprir a carência de livros de medicina no Brasil que era redigida pelos próprios médicos e se pretendia a uma neutralidade científica e, longe das “paixões políticas” (BM, 1902, p. 206 citado por Schwarcz, 1993, p. 147).

Lilia Schwarcz (1993) analisou, sobretudo, a “Gazeta Médica da Bahia” (1866), embora mencione também ter existido por um vasto tempo e de forma difusa, publicações da “Brazil Médico” do Rio de Janeiro foi pouco aprofundada pela autora, não obstante, haveria um forte intercâmbio de conhecimento entre elas: “Da Bahia vêm, prioritariamente, os estudos sobre medicina legal” e, a partir dos anos 20, os ensaios sobre “alienação e doenças mentais”. Do Rio de Janeiro, por outro lado, partem os textos sobre “higiene pública”, os modelos de combate às grandes epidemias que infectam a nação. (p. 147 -148). Sendo este o contexto o qual as teorias raciais europeias vão se enraizando no saber médico e se disseminando para população.

O tema racial é ainda relevante, pois integra o arsenal teórico de ambas as escolas. Na Bahia é a raça, ou melhor, o cruzamento racial que explica a criminalidade, a loucura, a degeneração. Já para os médicos cariocas, o simples convívio das diferentes raças que imigraram para o país, com suas diferentes constituições físicas, é que seria o maior responsável pelas doenças, a causa de seu surgimento e o obstáculo à “perfectibilidade” biológica (Schwarcz, 1993, p. 141).

E foi a partir das perspectivas que circulavam pelas faculdades que as publicações das revistas vão buscando o tom da originalidade médica brasileira, a partir do clima, seu povo, a raça, a natureza e o grau de civilidade, desembocando em diagnósticos e prognósticos que foram sendo traçados para um país em construção (ibidem.) Do “médico missionário” que vislumbrava a cura e intervenção, abre-se o caminho agora para o “médico político” cuja missão era intervir nos destinos da nação (Schwarcz, 1993).

A autora do “Espetáculo das Raças” (1993), examina como foi se moldando o viés higienista em sua atuação no coletivo e não mais no indivíduo. Sob o lema de “prevenir de curar” (p. 151) pretendiam eliminar os males da sociedade antes que eles criassem raízes no tecido social. Paralelo a isso, emergia a ideia de saneamento, (Schwarcz, 1993, p. 151).

caberia aos médicos sanitaristas a implementação de grandes planos de atuação nos espaços públicos e privados da nação, enquanto os higienistas seriam os responsáveis pelas pesquisas e pela atuação cotidiana no combate às epidemias e às doenças que mais afligiam as populações. No entanto, essa divisão entre sanitaristas — responsáveis pelos grandes projetos públicos — e higienistas — vinculados diretamente às pesquisas e à atuação médica mais individualizada — funcionou,

muitas vezes, de maneira apenas teórica. Na prática, as duas formas de atuação apareceram de modo indiscriminado.

Começou-se a era dos grandes projetos urbanísticos de saneamento, em que se prescreveriam e receitariam novos hábitos, costumes, rotinas do modo de se vestir, alimentar-se, portar-se e uso dos espaços; um verdadeiro manual de educação higiênica. Note que muitas dessas práticas mostraram-se eficazes no combate a epidemias e doenças no geral, na atualidade já existem comprovações de fato, científicas, sobre a relação entre saneamento, higiene e saúde pública, o que está em análise são as motivações não aparentes que alicerçaram tais práticas ao longo do tempo, sobretudo, para quem se dirigia os atos de intervenção e limpeza social.

Foi no período da transição para o século XIX que surgiram, inclusive, outras ciências como a química e a física, momento o qual o saber da religião e seu lugar ocupado nas esferas institucionais de poder começaram a ser questionados e a declinar, assim como os saberes que buscavam, no espírito, deuses ou outras explicações “metafísicas”, “sobrenaturais” a causa das doenças (Stancik, 2009). O saber da medicina e suas práticas começaram a se transformar, ganhar notoriedade e status de científico à medida que focavam sua atenção sobre a doença e capturavam para si, o hospital, por exemplo, agora um espaço destinado à cura dos enfermos. Passaram a organizar no seu entorno, um corpo técnico-científico que se pautava pelos ditames da ciência neutra, objetiva e experimental, assim como o corpo como portador da doença com seus sintomas e sinais, que passaram a ser descritos e localizados ao mesmo tempo, das descobertas dos micro-organismos, anestesia, invenção do raio-x e demais avanços nas suas ferramentas terapêuticas (Stancik, 2009).

Ao longo do tempo, as preocupações acerca das condições sanitárias de higiene e limpeza na colônia portuguesa se tornaram uma constante (Chalhoub, 1996; Skidmore, 2012), para as quais se construíram aparatos de fiscalização e controle em torno dos hábitos da população, sobretudo entre os negros escravizados, libertos, livres e outras pessoas pobres que viviam em áreas de cortiços, estalagens, hospedarias e afins.

É nessa perspectiva que “A cidade febril”, livro escrito por Sidney Chalhoub (1996), apresentou a cidade do Rio de Janeiro (capital do país) durante o século XIX, focando especialmente nos aspectos sanitários e nas condições de saúde da população. O autor examinou como as epidemias de febre-amarela e varíola afetaram a cidade e como as políticas públicas e as práticas de saúde foram moldadas em resposta a essas doenças, ainda que seu objetivo inicial fosse tecer uma análise aos cortiços e a sua importância para a luta social dos negros.

Para os propósitos da tese em questão, é válido compreender como a febre-amarela em seus dois momentos, 1850 e 1870, estava ao encontro do caminho de civilização e progresso

pretendido pelos médicos, engenheiros e políticos da época, uma vez que a patologia levava ao óbito mais a população branca imigrante do que a negra, atrapalhando assim os anseios de embranquecimento do país (Chalhoub, 1996).

A partir de pesquisa historiográfica feita por Chalhoub (1996) aos arquivos e documentos do Ministério do Império e da Junta Central de Higiene, entre outros, o historiador enunciou que “Todos os esforços e recursos foram dirigidos à febre-amarela, enquanto doenças como a tuberculose e a varíola, ambas normalmente associadas a mestiços e pobreza, eram quase completamente negligenciadas” (p. 94).

E é deste modo que entraremos na seara sensível e polêmica de fatos históricos igualmente complexos e em volto de certas crenças parciais que chegam até à contemporaneidade naturalizadas. Nas análises de Sidney Chalhoub (1996) a luta contra as consequências dos ciclos epidêmicos da varíola no país se confundiu com a história da “variolização” e daí, posterior, vacinação no país.

Por “variolização”, leia-se o processo de inoculação do pus variólico para o qual Chalhoub (1996) apresentou diversas possibilidades de origem, tendo sido práticas utilizadas na Constantinopla, na China, Europa Ocidental, África e, por fim, nas Américas, guardadas as pequenas diferenças, a ideia no geral era fortalecer o organismo a partir de contato com excrementos, roupa ou outro material que tenha pertencido ao portador da varíola. Tais atos, possuíam explicações fundamentadas no empirismo da época e, algumas delas estavam baseadas em tradições e visões de mundo diferentes do saber médico oficial-europeu.

Dito isso, sobre a vacina jenneriana, sendo assim batizada em homenagem ao seu descobridor Dr. Edward Jenner, pairava a crença em fins do século XVIII de que indivíduos que trabalhavam com gado, em particular, ordenhadores de vaca, não contraíam a varíola. Ao ter ouvido de uma camponesa essa história, Jenner teria, nos idos de 1770, se lançado em experimentos para verificar a veracidade da medicina tradicional camponesa.

A vacina é uma doença que ocorre ocasionalmente nas vacas, consistindo em ulcerações, altamente contagiosas, que se formam nos úberes desses animais. Jenner passou a pesquisar o assunto e notou que, com efeito, certos indivíduos que se ocupavam de ordenhar vacas não contraíam a varíola nas grandes inoculações das bexigas que realizavam no reino a cada ano. Soube depois que tais pessoas, tendo esfoladuras nos dedos, contraíam botões semelhantes ao *cowpox* das vacas. Chegou assim à hipótese, que já lhe fora sugerida pela camponesa, de que o indivíduo que contraía o *cowpox* adquiria imunidade contra a varíola (Chalhoub, 1996, p. 106).

E foi assim que em 1798 publicou seus achados em um livro “Um Inquérito sobre as Causas e os Efeitos da Vacina da Varíola”. Tal técnica, embora tenha sido aceita por boa parte

da comunidade médica, posto que a “variolização” apresentava riscos, também despertou a desconfiança de outra parte e da sociedade no geral, uma vez que a matéria da vacina seria retirada das mamas (úberes) das vacas e, acreditava-se que isso levaria a um processo de “bestialização” do ser humano com “a transferência para o homem de doenças características desses animais” (Chalhoub, 1996, p. 106). Confesso que se eu tivesse lido isso antes de 2020 teria achado até engraçado, mas diante do contexto brasileiro em relação às vacinas contra a Covid-19 e a “transformação em jacaré”, considero, hoje, até mais aceitável esse pensamento existir naquela época do que a aberração de sua existência na atualidade.

Observações à parte e seguindo. Ao considerar que a vacina não era uma doença tão comum no gado, o método utilizado foi o “braço a braço” que consistia na “inoculação da vacina animal (*cowpox*) num certo número de pessoas, os vacinados seguintes receberiam o fluido vacínico diretamente extraído do braço dos que haviam sofrido a operação oito ou nove dias antes” (Chalhoub, 1996, p. 107).

O fato é que consta nos arquivos que foi somente a partir de 1790 que alguma medida profilática começou a ser adotada pela colônia portuguesa e, com frequência, foi a “variolização”, que embora haja relatos do uso deste método na região Amazônica no século XVIII, ela não ocorreu de modo sistemático. Em que pese as divergências sobre o marco temporal de aporte da vacina jenneriana no Brasil, Chalhoub (1996) demarca o ano de 1804 primeiramente na Bahia e, posteriormente, enviada ao Rio de Janeiro.

Felisberto Caldeira Brant, futuro marquês de Barbacena, mandou à Lisboa, como cobaia, sete crianças de sua propriedade; um médico que acompanhou os escravos, aprendeu a técnica de vacinação braço a braço, e voltou aplicando o método sucessivamente aos cativos durante a viagem (Chalhoub, 1996, p. 107).

Seja como for, via *cowpox* ou braço a braço, era o corpo negro escravizado que serviria de cobaia neste período de testes da vacina. E ainda que conste nas análises de Chalhoub (1996) que os serviços de vacinação tenham atendido nos primeiros anos aos africanos escravizados quando da sua entrada nos portos da colônia, os dados pesquisados apontam uma diminuição na quantidade de “pretos” (leia-se escravizados) vacinados ao longo do tempo. Em 1820, de um universo de 2.688 vacinas aplicadas, 1.803 eram em pretos, 284 em pardos, 8 em indígenas, 593 em brancos, esse número representava 3,27% do total da população de negros escravizados (conforme o censo de 1821). Já no período de 1846 a 1850, das 21.857 vacinas, 10.502 haviam sido aplicadas em “pretos” nesse período, havendo uma redução de 6,8% (censo de 1849) (Chalhoub, 1996, p. 110-11).

Esses dados sinalizam que o objetivo final nunca foi a população negra (escravizada, liberta ou livre), mas sim, vencer as incertezas em relação ao novo método, impedir a contaminação da população branca da colônia que podia pagar pelos serviços de vacinação e garantir a integridade de suas “peças” enquanto mão-de-obra para continuidade do comércio agrário. A diminuição na vacinação de “pretos”, pode ser atribuída ao fim do tráfico de escravizados no ano de 1850, portanto, a partir daí, não havia um controle nas vacinas em relação ao contrabando negreiro ocorrido nos anos seguintes e assim, nem a obrigatoriedade em vaciná-los.

O que se observou foi a celeuma das incertezas em relação ao método da vacina quando, por exemplo, o retorno daqueles que haviam recebido o *cowpox* após os oito ou nove dias era bem abaixo ao desejado, talvez pela situação incômoda e dolorida que significava raspar as pústulas, ou mesmo pela ação policial que passou a acompanhar essa busca pelos vacinados para compartilhar do material à técnica braço a braço.

Alia-se a isso, a propagação da “variolização”, ainda que arriscada, entre as camadas populares, praticadas por pessoas não autorizadas pelos serviços de vacinação. O método utilizado e, não há vacina em si, também passaram a proliferar outras doenças, como foi o caso da sífilis. A recontaminação por parte de pessoas já imunizadas, também entrou nas querelas sobre a eficácia da vacina, assim como as exigências de revacinação depois de um tempo, pois a vacina perderia seu potencial de ação, sendo necessário regenerá-la e ir em busca de “*cowpox* verdadeiras” (Chalhoub, 1996, p. 117). Por um tempo, passou-se a importar vacinas da Europa, mas as garantias de que chegariam com eficácia eram mínimas e os preços altos. São esses, dentre outros fatos, que corroboraram para a aversão da população à vacina, pesa-se a isso a forma de controle e repressão com que estava se estruturando o serviço de vacinação.

Ademais, as condições de vida pós-abolição não se alteraram significativamente na vida da população negra, o que mudou foi o sistema de trabalho em consonância com as mudanças econômicas e políticas que o país começava a vivenciar.

O presidente Rodrigues Alves nomeou como prefeito do Distrito Federal, o engenheiro Francisco Pereira Passos, encarregado de fazer uma reforma urbana no Rio de Janeiro, que sofria com o crescimento desordenado, a falta de saneamento e uma consequente série de surtos de doenças. Em janeiro de 1904, pouco mais de um ano após assumir, Pereira Passos começou sua maior obra – a construção da Avenida Central, futura Rio Branco – de onde foram removidos à força centenas de famílias de trabalhadores pobres, que moravam em sobrados, cortiços e cabeças-de-porco. O bota-abaixo do prefeito podia ser sucesso entre a elite, mas era alvo do descontentamento popular (Valporto, 2019, ON-LINE¹⁹).

¹⁹ Por Oscar Valporto, 2019. Disponível em: <https://projeto colabora.com.br/ods11/rioerua-harmonia-e-revolta/?amp=1>

A “Revolta da Vacina” de 1904, revolta esta, que também poderia ter sido denominada como insurreição negra às condições de vida indignas e desumanas, ou apenas “Revolta Negra”. Contudo, o que os livros de história ensinam foi a que pessoas (sem cor, inclusive) pobres do RJ haviam se sublevado contra a obrigatoriedade da vacina e a invasão das suas casas na busca pelos transmissores (ratos e mosquitos), sendo o estopim, a “nudez” das mulheres frente aos vacinadores, coisa que seria uma desonra à moralidade familiar da época. Momento em que o médico Oswaldo Cruz havia participado e sido importante.

Onde, na verdade, a “Revolta da Vacina se constituiu uma das mais pungentes demonstrações de resistência dos grupos populares do país contra a exploração, discriminação e o tratamento espúrio a que eram submetidos pela administração pública nessa fase da história” (Sevcenko, 1904, p. 10 citado por Chalhoub, 1993, p. 98). Pessoas negras, diga-se de passagem!

E mais uma vez, nossa memória é escrita e desenhada pelas mãos de quem contou a história oficial. Aqui vou fazer uma pausa para contar outro fato mais atual (ou nem tanto) que ocorreu nos EUA. Em seu livro “Mulher, raça e classe”, Ângela Davis (2016) apresentou a pré-história do movimento de controle da natalidade que havia surgido nos Estados Unidos em meados de 1970. Sua provocação inicia com o questionamento feito por feministas brancas sobre a ausência das mulheres negras no movimento pró-aborto. Pois, se, as mulheres negras são as que mais sofrem direta e perversamente com os abortamentos inseguros, por que elas não estariam se fazendo presente no movimento que lhes favorecia?

Davis (2016) recorreu à história para demonstrar, como respostas apressadas, fazem-nos perde de vista o que de fato aconteceu. As mulheres negras usaram, no período da escravidão, o aborto como uma tática para fugir das condições desumanas em que se encontravam. Davis descreve,

Não porque as mulheres negras descobriram soluções para a situação, mas antes porque estavam desesperadas. Os abortos e os infanticídios eram atos de desespero, motivados não apenas pelo biológico processo de nascimento, mas pelas opressivas condições da escravatura. A maior parte destas mulheres, sem dúvida, teriam exprimido o seu profundo ressentimento se alguém saudasse os seus abortos como um passo de pedra em direção à liberdade (p. 147).

Percebe-se que o aborto possuía sentidos diferentes para as mulheres negras e brancas, para estas representava a assunção de uma autonomia sobre seu corpo, seu direito de escolha, para aquelas, era a única escolha possível diante do cenário da escravidão, pois além de não querer submeter seus filhos ao horror do sistema, isso não traria substancialmente “mais

emprego, melhores salários, melhores escolas, etc” (p. 147), em suma, havia outras prioridades (Davis, 2016).

Mulheres negras estiveram na luta contra a esterilização compulsória e, em geral, sem consentimento, que foi uma política oficial nos EUA para o controle da pobreza e, por consequência, do genocídio do povo negro (ibidem.). O presidente Roosevelt, em 1905, propagandeou que as novas práticas de maternidade voluntária estariam levando ao suicídio da raça branca, uma vez que a natalidade entre seus pares havia reduzido consideravelmente. Para o presidente; “as pessoas pobres tinham a obrigação moral de restringir o tamanho das suas famílias, porque as famílias grandes criavam um dreno nas taxas e gastos de caridade dos ricos porque as crianças pobres eram menos parecidas em ser ‘superiores’” (Davis, 2016, p. 149-150).

Os dados da época elucidaram que as mulheres negras e porto-riquenhas foram os principais alvos desse processo de esterilização. Na Carolina do Norte, por exemplo, das 7.686 cirurgias realizadas desde 1.933, cerca de 5.000 foram em mulheres negras. Acredita-se que no ano de 1970, o número de esterilizações realizadas com o aval do governo federal dos Estados Unidos, tenham sido em proporções maiores e inimagináveis (Davis, 2016).

Se, as feministas brancas tivessem considerado essa pré-história do movimento pró-aborto de 1970, talvez conseguissem perceber o porquê de mulheres negras não aderirem a ele. Se, as demandas e percepções das mulheres negras sobre a prática e direito ao aborto tivessem sido levados em consideração, além do isolamento às vozes de mulheres negras que denunciaram tais práticas genocidas de esterilização, no geral, sem o apoio de mulheres brancas, talvez o movimento tivesse tido um maior apoio de mulheres negras.

Corta para o Brasil de 1904 novamente. O panorama apresentado, exemplifica que ao não compreender, intencionalmente ou não, os sentidos, percepções e experiências da população negra em toda sua dimensão histórica, política e ancestral, perdemos de vista as verdadeiras motivações de suas ações ou não, e, apressamo-nos em respostas eivadas de racismo. Assim, quando Prata Preta (Horácio José da Silva), capoeirista, trabalhador da estiva, candomblecista e um dos líderes da Revolta da Vacina, considerado por muitos, como símbolo de resistência ao governo, foi às ruas do Rio de Janeiro e construiu sua barricada, arrisco dizer que o estopim foi menos pela vacina e sua obrigatoriedade e, mais pela austeridade e coerção que acompanhavam o processo aliada às péssimas condições de vida e, que neste momento encontrara-se difícil de separar as coisas (vacina e vida de coerção e morte).

Se realizarmos o exercício de compreender que em 1904 ainda era viva a memória da escravidão e suas práticas de tortura, horror e todo resto, que teve suas estruturas atualizadas

para um aparato policial na República do século XIX, há de se ter pistas do porquê a força policial nunca foi, até hoje, vista com amistosidade pela população negra, sobre quem pesou/pesa a marca da suspeição contínua onde quer que nossos corpos adentrem. Alia-se a isso o já exposto sobre a abolição ter sido meramente uma mudança formal de regimes de trabalho em virtude da pressão exterior, mas que nem de perto representou o fim das hierarquias raciais, muito pelo contrário, iniciou novas páginas que se arrastam e se atualizam até o nosso cotidiano.

Em 1903, o médico sanitarista e bacteriologista Oswaldo Cruz, havia assumido a Diretoria-Geral de Saúde Pública com a missão de melhorar o saneamento do Distrito Federal e acabar com as epidemias. Dentre as medidas do jovem médico, consta o “exército de mata-mosquitos com autoridade para invadir casas atrás de insetos transmissores”, é de se imaginar que as casas que podiam ser violadas pelos agentes de saúde, em virtude de um estado de exceção do qual nos fala Mbembe (2018), era a dos mais vulneráveis, na grande maioria, de pessoas negras.

Então, quando da publicação em jornal no dia 9 de janeiro de 1904, do projeto que instituiu a obrigatoriedade da vacina contra a varíola para a qual seria exigido o devido comprovante, para obtenção de empregos, matrícula em escolas, viagens, entre outros acessos a direitos, além do pagamento de multa para quem resistisse à vacinação, tais práticas foram o estopim.

Foram 5 dias de intensas manifestações contra as condições de vida existentes na República de 1904

Em 10 de novembro de 1904, a recém-criada Liga contra a Vacinação Obrigatória organizou uma manifestação e o pau quebrou no Largo de São Francisco: estudantes enfrentaram as forças policiais, apanharam e muitos foram presos. No dia seguinte, o motim se espalhou pelo Centro da Cidade: bondes incendiados, trilhos arrancados, lojas depredadas, linhas telefônicas cortadas, iluminação pública destruída. Os conflitos se estenderam pela região da Pequena África com resultados semelhantes: a sede do Moinho Fluminense -primeira fábrica de moagem de trigo do país, inaugurado anos antes – foi depredada pelos manifestantes (Valporto, 2019, ON-LINE).

E seguiam os levantes populares, que passaram a ser duramente reprimidos pelo Exército e Marinha, quando da tentativa de golpe militar arquitetado pelo Clube Militar liderado pela Escola Militar da Praia Vermelha.

Àquela altura, Prata Preta já havia organizado uma barricada em torno da Praça da Harmonia, com a madeira retirada dos restos da demolição do antigo Mercado da Harmonia, inaugurado em 1857 e demolido 44 anos depois. Na esquina das ruas Sacadura Cabral e Pedro Ernesto, os amotinados de Prata Preta montaram um falso canhão: um poste de luz derrubado que, de longe, parecia uma arma de guerra [...] uma semana depois do começo dos conflitos, houve o ataque final de militares e

policiais às barricadas da praça – a história registra que Prata Preta, armado com revólveres e navalhas, matou um soldado e mandou outros três para o hospital antes de ser preso. No comando da resistência, já era chamado de Zumbi da Saúde. Horácio José da Silva foi deportado para o Acre e nunca mais se ouviu falar dele. A história oficial da Revolta da Vacina registra 23 mortos, 67 feridos e 950 presos – muitos deles com o mesmo destino de Prata Preta, o Acre (Valporto, 2019, ON-LINE).

E foi ali na Praça da Harmonia (o nome oficial é praça Coronel Assunção, um dos líderes da Guerra do Paraguai, de quem consta um busto seu inaugurado em 1959), situada no bairro da Gamboa, zona central do Rio de Janeiro, que a história de Prata Preta, o Zumbi da Saúde (o bairro da Saúde no RJ) fora apagado dos livros de História e, toda a complexidade resumida em ser contrário a obrigatoriedade da vacina. No mesmo lugar em que tentaram rebatizar a praça, ergueram monumentos, inventaram até outras memórias, mas que não conseguiram sufocar os anseios da população negra por um futuro de, enfim, liberdade, até porque “se Palmares não vive mais, faremos Palmares de novo!”.

Talvez não da mesma forma, mas utilizando de ferramentas diversas, como a cultura tradicional afro-brasileira. No mês do carnaval, sai às ruas desde 2004, o Bloco Cordão do Prata Preta com concentração na praça da Harmonia em que a barricada e seus cachões se transformaram na alegoria que não deixa apagar definitivamente da memória, seu líder negro e as resistências sempre presentes nas histórias da população negra.

Por fim, e não menos importante, retomo com certa cautela a ideia inserida por Chalhoub (1996) referente a Omolú, “orixá da varíola” (p. 138), como mais um dos entraves da não aceitação da vacina jenneneriana pela população negra. Além da desconfiança por parte da população negra, como apontado pelo historiador, no caso do Pai Manoel, curandeiro da cidade de Recife que gozava de privilégios na província de Pernambuco, onde chegou a ocupar lugares destinados aos médicos oficiais e, quando da sua prisão, Recife se viu em meio a motins. Ou da imagem de São Benedito que não participou da procissão dos Terceiros da Ordem da Penitência no Rio de Janeiro em 1849, vendo-se a cidade em meio a primeira grande epidemia no verão seguinte (idem., p. 137). O fato é que era forte a crença na “etiologia sobrenatural das doenças parecia [estar] bastante generalizada no Rio de Janeiro em meados do século XIX” (Chalhoub, 1996, p. 137).

Retomo a ideia geral de que as concepções de saúde e doença, vida e morte, embora já se modificando a partir de uma primazia do saber médico oficial, ainda coexistiam com visões de mundo diferentes (da cultura africana e indígena, em particular). Pois, por mais que se tente homogeneizar e solapar as diferentes tradições e cosmogonias, elas não desapareceram com o tempo e sobrevivem de forma pontual e/ou fragmentadas. Nesse sentido, faz-se compreensível

que a população com a mais vívida memória e perto das fontes orais primárias, confiassem mais nas visões dos seus mais velhos, das pessoas dos seus cotidianos, do que no saber médico que se mostrava coercitivo e distante das suas realidades.

O candomblé embora possa parecer ser um só, são várias nações que aqui foram obrigadas a reconstruir suas tradições africanas ancestrais. Ora divergindo completamente, ora trocando entre si e se comunicando, mas que recontam lugares e origens diversas, uns cultuam vodunssis, outros inkisses e os mais conhecidos – os orixás. Cada nação tem suas águas próprias que desembocam em Casas específicas com tradições mantidas pela oralidade por meio de cultos iniciáticos. Meu intuito não é explicar e nem colocar legendas, é apontar que para se compreender a força que Omolú tem para o povo Iorubá, Xapanã para Angola e Sagbatá para o Jêje é preciso outras linhas interpretativas e, ainda assim, só se chegará até a porta do *Ilê*, ainda que muito já se tenha escrito e exposto por intelectuais que até iniciaram na religião, mas há segredos que são sagrados.

Dito isso e tecendo algumas críticas à leitura de Chalhoub (1996) em relação a Omolú. O conceito de deus bom e deus mal, não faz parte da tradição candomblecista, essas são intromissões e interpretações ocidentais-cristãs do Deus que envia pragas e dilúvio para destruir o mundo, sendo este desconhecido para nossas tradições, assim como punição, culpa e expiação não fazem parte da tradição; são conceitos cristãos. Não existe dualidade, isto é, a característica dual de espalhar a doença e defender seus devotos (Chalhoub, 1996), uma vez que saúde e doença são a cara e coroa da mesma moeda, ambas existem em unicidade e equilíbrio perfeito. O desequilíbrio é oriundo das más práticas do homem (branco, sobretudo), ver as principais causas e/ou propagação das doenças conforme entendemos na atualidade. Omolú é conhecedor de todas as moléstias e suas curas, por isso mesmo, é médico dos pobres e foi um dos baluartes na criação do *ayê*. Assim, a saúde não é a ausência de doença e vice e versa, enquanto saúde e doença não podem ser compreendidas como patologias (ou estado são) nos moldes ocidentais. É preciso que se amplie o olhar a uma saúde integral e ancestral tal qual Omolú nos ensina a enxergar para além das chagas; pois o belo e saudável vive sob as palhas.

Então, deduz-se que naquele período, não seria o médico, a pessoa de confiança para os devotos de Omolú e, sim, seus sacerdotes ou afins. Seriam eles que teriam mais peso para afirmar sobre as práticas de cura e cuidado, assim como ter acesso ao seu corpo. Sobre as práticas de cura, é de se imaginar que uma tradição tão antiga, também tenha sua sapiência própria na arte de cuidar, tendo sido a vacina jenneriana uma prática alheia à realidade da população. Atotô! O senhor está na terra, sempre.

Desta maneira, frisamos que mais do que disciplinar e maximizar a potência da sociedade visando sua maior produtividade, estava em andamento um projeto político que tinha na morte seu ponto áureo. Lilia Schwarcz (1993, p. 141) citou Foucault para quem “O século XIX falará obstinadamente da morte” (Foucault, 1977:196), não para enaltece-la com temor, mas para, a partir de amplas intervenções públicas, corrigir o curso da morte e impedir o enfraquecimento biológico das populações. O que escapa a esse ponto de vista, é a necropolítica que, apoiada na raça e na criação do “outro” como inimigo, justificou um estado de exceção que possibilitou lançar sobre a população negra um cenário de convivência com a morte em um projeto de nação racista e, por isso mesmo, igualmente, genocida. Tais observações ficam nítidas quando Sydney Chalhoub (1996) analisa que se preteriu os cuidados mais sistemáticos em relação à tuberculose ou à varíola, em razão da febre amarela pois esta barrava os interesses pela imigração europeia com fins de branquear a população e suprir a mão-de-obra na pós-abolição. Ou mesmo quando Schwarcz (1993) ancorou na raça os dilemas presentes na fundação de um saber médico institucionalizado para quem a originalidade foi “sanear a nação” e embranquecer ao máximo seu povo, sendo ou a mestiçagem (Bahia) ou a mera existência dos corpos negros (RJ) um atraso aos ideais civilizatórios do país.

Nesse local, portanto, a nação foi antes pensada em termos raciais do que entendida a partir de critérios econômicos ou culturais. As epidemias não eram apenas epidemias, já que pareciam revelar o longo caminho que nos distanciava da “perfectibilidade”, ou mesmo a “fraqueza biológica” que imperava no país. Na Gazeta, a associação entre doença e mestiçagem era demonstrada não só por meio de relatos médicos e estatísticos, como também por imagens e fotos, que expunham, de forma muitas vezes cruel, a grande incidência de moléstias contagiosas na população mestiça brasileira (Schwarcz, 1993, p. 152).

Deste modo, entre a volta da coroa real a Portugal, as diversas invasões francesas e holandesas, a Proclamação da Independência em 1822, a renúncia de D. Pedro I em 1831, o período regencial e o Golpe da Maioridade de D. Pedro II, revoltas populares, o sistema escravocrata e um reinado em decadência, a História do Brasil foi sendo inventada (Miskolci, 2012). E “O problema negro no Brasil (Rodrigues, 1933/88:1) passava, de fato, a ser entendido como uma questão científica.” (Schwarcz, 1993, p. 152) apoiada por teorias raciais cujo ápice foi a eugenia, como veremos mais adiante.

Foi preciso inventar uma memória para o país, para a qual foi fundado, em 1838, o Instituto Histórico e Geográfico (IHGB) com a missão de escrever a história oficial a ser

contada às gerações futuras. O IHGB surgiu estreitamente ligado a D. Pedro II, o “monarca ilustrado” e conservador dos interesses da elite (Schwarcz, 1993).

Para este fim, em 1844 o instituto realizou o concurso para saber “Como se deve escrever a história do Brasil?”, dava-se início à laboriosa confecção de uma história que ao longo dos tempos tentaria apagar os rastros de sua configuração, mas não sem insurreições e vozes subversivas da população, que nos chegou agora como um fato acabado e naturalizado. O ganhador do concurso em questão foi o naturalista alemão Karl von Martius²⁰, o qual indicou que a história nacional deveria se apoiar na tropicalidade do país e na mistura das raças (Ventura, 1991; Miskolci, 2012; Schwarcz, 2012).

Conquanto, essa mistura seria orientada a um ideal de branquidade como molde civilizador a ser alcançado (Ventura, 1991). Karl von Martius lançou a analogia de três enormes rios, cujo maior deles remetia a população branca, que no decorrer do seu curso iria recebendo os outros dois, referentes aos povos negros e indígenas. Era o rio branco que guiava e assimilava os demais rumo a um progresso civilizatório, purificando (clareando) as águas e, enfim, podendo representar uma nação em que as raças conviveriam harmoniosamente (Escarchar, 2012).

E é a partir desse desejo de embranquecimento da nação que o historiador Thomas E. Skidmore em seu livro “Preto no Branco” (2012) nos ofereceu rastros desse norte orientador desde o movimento abolicionista mediante suas análises políticas, sociais e econômicas sobre o Brasil. Para o autor, a Guerra do Paraguai (1865-1870) foi o marco na mudança de perspectiva acerca do início do fim da escravidão, uma vez que houve um intenso recrutamento de escravizados, levando o imperador a decretar em 1866 que aqueles que tivessem servido nas Forças Armadas “seriam libertos incondicionalmente” (Skidmore, 2012, p. 50).

Até então havia vozes isoladas que clamavam os ares da civilização europeia e pediam a mudança do sistema de trabalho e econômico para outro moralmente mais bem-quisto diante dos olhos estrangeiros. Depois do fim do tráfico negreiro em 1850 com a Lei Eusébio de Queiroz, o passo seguinte foi a Lei do Ventre Livre em 1871, ineficaz, na prática, como as demais, pois “se o senhor não quisesse aceitar a indenização, paga pelo governo, quando a criança atingia oito anos, tinha ainda a opção de manter sob sua autoridade o ingênuo” até a idade de 21 anos – ou seja, como escravo de *facto*” (Skidmore, 2012, p. 52).

Na sequência, foi aprovada a Lei dos Sexagenários (1885) que concedia liberdade incondicional aos escravizados com mais de 65 anos, caso conseguissem chegar vivo até essa

²⁰ Karl Friedrich Philipp von Martius foi um médico, botânico, antropólogo e pesquisador alemão que estudou o Brasil, especialmente a região da Amazônia.

idade. E, por fim, a Lei Áurea em 13 de maio de 1888, que foi conduzida pela ala conservadora do Parlamento, fazendeiros receosos de perder o controle político com as mudanças vindouras. No mais, o fim da escravidão, deveu-se mais pelas pressões estrangeiras, sobretudo dos ingleses, a exemplo, do bloqueio virtual da Marinha Real Britânica em 1850, do que pelo desejo de libertar os escravizados (ibidem.).

A título de conhecimento,

Os abolicionistas ativos dividiam-se em dois grandes grupos. Como anotou Nabuco em suas memórias, havia um grupo “pioneiro”, constituído de José do Patrocínio, Ferreira de Menezes, Vicente de Sousa, Nicolau Moreira e João Clapp. Esses homens eram, antes de tudo, propagandistas que se valiam de argumentos emocionais. [...] O outro grupo – encabeçado por Nabuco, André Rebouças, Gusmão Lobo e Joaquim Serra – compunha-se de moderados cujo objetivo era a manipulação da opinião parlamentar (Skidmore, 2012, p. 54-55).

E foram esses dentre outros nomes notórios que imbuídos dos espíritos do liberalismo econômico e político conduziram as mudanças para um novo sistema. É válido ainda apontar que em 1868, formou-se a Escola de Recife sob a liderança de Tobias Barreto, da qual também fazia parte Sílvia Romero, Franklin Távora (romancista), Araripe Júnior (crítico literário), Inglês de Sousa (romancista), mais tarde também foram contagiados pela liderança de Barreto, Artur Orlando, Clóvis Beviláqua, Graça Aranha, Fausto Cardoso e Sousa Bandeira (SKIDMORE, 2012). Em 1874, Ceará também reuniu um grupo de intelectuais como “Rocha Lima, Capistrano de Abreu e Araripe Júnior” (ibidem., p. 46).

Ademais, oriundo da França, o pensamento positivista criava raízes no Brasil em um momento de fragilidade no sistema político e econômico do país, de “rejeição sistemática do catolicismo, do romantismo e do ecletismo associado à monarquia agrária” (Skidmore, 2012, p. 47). Em 1876, foi fundada no Rio de Janeiro a primeira Sociedade Positivista e no ano de 1881, foi fundado o Apostolado Positivista, igreja formal, com grande inserção na Academia Militar no Rio de Janeiro.

Eram esses ideais positivistas que alimentavam a efervescência do “progresso e de ciência” (ibidem. p. 49), sendo rapidamente identificado “com a ciência aplicada” (ibidem. p. 48), atraindo “membros da elite que ansiavam por desenvolvimento econômico, mas sem mudança social” (ibidem. p. 48), influenciando, sobremaneira, “a formação de engenheiros, oficiais do Exército e médicos a partir da década de 1870” (Skidmore, 2012, p. 49).

As razões humanitárias dos abolicionistas, ficam explícitas nas falas de seu expoente Joaquim Nabuco, que temia pelo isolamento e atraso do Brasil em relação à Europa e EUA,

mas sem que houvesse uma alteração nas hierarquias raciais. Segundo Skidmore (2012), para Nabuco:

era uma pena que os holandeses não tivessem ficado no Brasil no século XVII. Embora tivesse o cuidado de explicar que a grande contribuição holandesa fosse a “liberdade do comércio e a liberdade da consciência”, as implicações étnicas pareciam inequívocas: “A nossa evolução social foi demorada pela pronta terminação do domínio holandês” (p. 60).

Contudo, já se formara no país um sentimento de negação do preconceito racial. Segundo Nabuco, no seu livro “O Abolicionismo” (1883) “A escravidão, por felicidade nossa, não azedou nunca a alma do escravo contra o senhor, falando coletivamente, nem criou, entre as duas raças, o ódio recíproco que existe naturalmente entre opressores e oprimidos” (citado por Skidmore, 2012, p. 62).

“A cor, no Brasil, não é, como nos Estados Unidos, um preconceito social contra cuja obstinação pouco pode o caráter, o talento, o mérito de quem incorre nele”. Ao contrário do que ocorria nos Estados Unidos, os abolicionistas no Brasil raramente se viam obrigados a discutir a questão da raça em si, porque os defensores da escravidão praticamente nunca recorriam a teorias de inferioridade racial. [...] Não obstante, os abolicionistas brasileiros falavam sobre o papel da raça na história. A maioria previa um processo “evolucionista” em que o elemento branco aos poucos triunfaria. Também estavam dispostos a acelerar essa “evolução” promovendo a imigração europeia [...] (Skidmore, 2012, p. 62).

Antes de adentrar no papel que a imigração teve para o ideal de embranquecimento da população brasileira, ainda se faz necessário trazer a fala de José do Patrocínio sobre o processo de escravidão no Brasil para quem ao invés de “haver procurado destruir as raças selvagens, as assimilou, preparando-se assim para resistir à invasão assoladora do preconceito de raças”. Aqui o predomínio branco era descrito em termos mais polidos: falava-se de fusão (Skidmore, 2012, p. 63).

Assim, as bases do que mais tarde foi denominado de mito da democracia racial já estavam presentes neste período, da mesma forma que a ideia da escravidão mais branda no Brasil, quando comparada aos EUA (Estados Unidos da América) (Nascimento, 2017). Ideologias essas que se enraizaram no tecido social, entranharam-se no corpo e na mentalidade de todos até hoje, quando paramos, por exemplo, para pensar na influência do positivismo na sociedade, ver a Psicologia, ou na “meritocracia” que é proclamada quando um negro e/ou pobre ascende socialmente com a máxima de que “basta querer e se esforçar”, culminando na ideia ainda persistente de que no Brasil não existe racismo (somos todos iguais), presente na fala de muitos profissionais da saúde ao não concordar com a PNSIPN.

Note que a vinda de imigrantes para o país serviria a dois objetivos, suprir a carência de mão de obra quando do fim do regime escravocrata e o outro, seria o branqueamento da população. Para Nabuco, “a imigração europeia [traria] sem cessar para os trópicos uma corrente de sangue caucásico vivaz, enérgico e sadio que [poderíamos] absorver sem perigo” (Skidmore, 2012, p. 63).

Essa intenção fica mais nítida quando da rejeição das propostas de imigração chinesa para o Brasil; seja de forma definitiva ou de modo transitório. Essa celeuma rendeu discussões acaloradas no ano de 1870, sendo inclusive encomendado um estudo sobre a imigração chinesa aos EUA pelo visconde de Sinimbu, realizado pelo cônsul geral do Brasil em Nova York, que defendeu a imigração chinesa, mas em caráter transitório. Tal possibilidade foi rebatida ardorosamente por Joaquim Nabuco, pois estes não aprendiam a amar a terra, ou seja, não internalizavam o sentimento nacionalista; iam “viciar e corromper ainda mais a nossa raça”. Por mais transitória que fosse a imigração, argumentou, seria inevitável que o Brasil ficasse “mongolizado, como foi africanizado [...]” (Skidmore, 2012, p. 65). E, em um debate parlamentar sobre o tema, um dos debatedores concluiu que “o negro se melhora, o ‘chim’ é impossível” (ibidem., p. 66).

Diante desse cenário, é compreensível que a febre-amarela, tendo consequências mais catastróficas na população branca imigrante, ela se tornaria alvo privilegiado das práticas de saúde pública, posto que confrontava com os interesses econômicos e raciais da classe dominante. Sobretudo a partir do ano de 1870, o combate à febre-amarela se intensifica, cujo alvo passa a ser o extermínio dos seus focos, ainda que não houvesse um consenso quanto às suas causas; seja importada via tráfico - agora ilegal, nos portos ou navios, por contágio (contato físico), determinismo climático e, a mais aceita à época, emanções miasmáticas ou infecção, ou seja, elementos impuros presentes no ar que causariam doenças (Chalhoub, 1996).

Em 1873 o Senado do Império solicita a Junta Central de Higiene explicações acerca das causas da febre-amarela, as providências que estariam sendo adotadas para seu combate e por fim, o que estaria sendo feito para preservar a vida e saúde dos imigrantes que acabavam de chegar. Pereira Rego – o barão de Lavradio – e presidente da Junta, retornou dizendo que as causas a partir desse segundo grande momento da epidemia no Rio de Janeiro (o primeiro havia sido em 1850) teria como causa não mais a vinda do exterior, mas sua proliferação por terra, em particular devido às obras de construção do esgoto sanitário e às más condições de higiene e de moradia existente nos cortiços, momento o qual houve uma intensificação na fiscalização e destruição de muitos deles, mas em virtude da crise habitacional motivada pelo aumento da

imigração, outros surgiriam (Chalhoub, 1996). Válido pontuar que também houve um empenho na definição do que seriam os cortiços em uma ampliação do seu significado (ibidem.).

Conforme dito anteriormente, é a partir deste período que a febre-amarela se torna um problema de saúde pública pois,

quando o vômito preto retornava a cada verão, os imigrantes recém-chegados morriam em grande número nesses locais, enquanto a população negra da Corte resistia bem ao flagelo, na verdade, os negros morriam em números ainda maiores de doenças, tais como a tuberculose e a varíola, que as autoridades públicas não estavam preparadas para – ou não queriam? – sequer perceber, quanto mais priorizar e combater (Chalhoub, 1996, p. 89).

E seguindo as ideias do presidente da Junta Central de Higiene, Chalhoub (1996) prossegue informando que,

A cólera foi descrita como um flagelo que escolhia suas numerosas vítimas entre escravos e “indivíduos de ordem inferior” – uma clara referência a libertos e homens livres de cor. A doença não respeitava “condições de aclimação, antes ferindo com mais força os aclimados”, particularmente “as classes inferiores da sociedade”, que viviam em piores condições higiênicas. Ao promover seus estragos entre os trabalhadores escravos e outros “de ordem inferior”, a cólera contribuía “eficazmente para a decadência da agricultura”, e causava, além disso, “a ruína de muitas fortunas importantes”. A febre amarela, por outro lado, vitimava indivíduos que não tinham “certo grau de aclimação indispensável”; castigavam impiedosamente “os estrangeiros recém-chegados e os brasileiros vindos do interior”, mas era “quase nula sua influência nos pretos”. Por conseguinte, a praga amarela fazia “decrecer as transações mercantis” e, quiçá mais grave, afastava a imigração, “que nos deve trazer braços para desenvolver e fazer prosperar a agricultura e a indústria ainda tão atrasadas entre nós por falta de imigrantes idôneos a esses fins (Chalhoub, 1996, p. 93).

Seja pela não adaptação ao clima dos trópicos, as condições geradas pelas epidemias – como supracitado, que elevava a mortalidade dos imigrantes, a forma com que a miscigenação foi pintada na Europa e EUA, ocasionando uma degeneração e a presença massiva de africanos trazidos para o país, a questão é que o Brasil não ofereceria atrativos para os imigrantes de boa estirpe (franceses, ingleses, alemães em detrimento dos portugueses, por exemplo). Foi necessário criar ou pelo menos tentar vender outra imagem do Brasil no exterior, políticos e escritores brasileiros se dedicavam a projetar uma imagem que pretendia impressionar europeus, ocidentais e americanos (Skidmore, 2012).

Vários foram os “propagandistas” dedicados a construir uma imagem da nação dos sonhos para atrair imigrantes, dentre eles, o barão do Rio Branco, Joaquim Nabuco, Rui Barbosa, por exemplo. Um dos espaços escolhidos para tal venda foram as exposições internacionais (Skidmore, 2012).

O Brasil competia com a Argentina e Estados Unidos, na concorrência por imigrantes, sendo que estes tinham em seu favor climas temperados e uma imagem mais embranquecida do seu país, no caso os EUA, foi um dos que mais atraiu estrangeiros para sua região norte (ibidem.).

A França seria o espelho perfeito no tocante à cultura e sua população tinha a preferência da elite local, embora tenha vindo poucos franceses para o Brasil, curiosamente, foram portugueses, italianos e espanhóis os que mais emigraram para o país (Skidmore, 2012). O fato é que a *belle époque* foi um período de intenso replanejamento urbanístico e construção de prédios para tornar o Brasil mais afrancesado o possível, ocorrendo mudanças de norte a sul do país.

Na década de 1900, o Rio de Janeiro não só replanejou suas ruas e projetou um novo conjunto de edifícios importantes como também acabou com a febre amarela. Por suas realizações como principal organizador da impopular campanha de saneamento do Rio, Oswaldo Cruz tornou-se um herói (Skidmore, 2012, p. 195).

Junta-se a isso a imagem de país cordial e sem conflitos inventada pelos seus vendedores. Um Brasil sem conflitos raciais, conforme Domingos Jaguaribe afirmara sobre “a admirável conduta moral por todo Brasil” dos ex-escravizados, país o qual não havia preconceito racial; “veem-se homens de cor casando-se com mulheres brancas e vice-versa, de maneira que a população negra tende a diminuir extraordinariamente. Dentro de cinquenta anos se terá tornado muito raro no Brasil” (citado por Skidmore, 2012, p. 191). Sendo este um ponto colocado em contraste com a situação racial nos EUA por Caio de Menezes; “uma vantagem, sobre os Estados Unidos, de haver rasgado o preconceito de cor, de modo que o próprio negro tende a se dissolver no turbilhão inexorável da raça branca” graças à cordialidade das relações raciais no Brasil (citado por ibidem., p. 193).

Na mesma pegada, aqui seria um país sem dilemas trabalhistas; “não havia necessidade de organizações trabalhistas e não há praticamente distúrbios ou disputas de natureza trabalhista [...] as classes trabalhadoras têm, geralmente, moradia adequada” (afirmação desmentida pelas favelas que se multiplicavam no Rio) (Skidmore, 2012, p. 194).

Barão do Rio Branco foi um dos mais proeminentes propagandistas do Brasil, sobretudo no período em que foi Ministro das Relações Exteriores (1902-1912):

Agora estava em condições de empregar todos os recursos de sua pasta numa sofisticada campanha publicitária. Uma maneira de fazer isso (e ele fez) era preencher os cargos do serviço diplomático com **homens brancos que os estrangeiros considerariam civilizados e refinados, reforçando assim a imagem de um país**

europizado que se tornava cada vez mais branco. Isso podia ser visto na escolha dos intelectuais para as missões diplomáticas. Desde o início do Império houvera literatos no serviço diplomático brasileiro (Skidmore, 2012 p. 196-197, grifo meu).

Percebe-se que história, literatura, saúde, entre outros, são fatos e nomes que se interligaram no emaranhado que teceu o que chamamos de Estado-nação. Nada foi por acaso, nem mesmo na escrita aqui proposta, incluindo os nomes que porventura, faço questão de trazer para essas linhas, pois em algum momento já nos deparamos com eles em contextos diferentes e, por acaso ou não, desconhecemos suas convicções raciais. Como por exemplo, Oliveira Viana, fundador da Academia Brasileira de Letras, eficiente propagandista do país, outro foi Rui Barbosa, sobre o qual Sydney Chalhoub destinou importantes análises sobre sua fala a seguir acerca da febre amarela:

É um mal, de que só a raça negra logra imunidade, raro desmentida apenas no curso das mais violentas epidemias, e em cujo obituário, nos centros onde avultava a imigração europeia, a contribuição das colônias estrangeiras subia a 92 por cento sobre o total de mortos. Conservadora do elemento africano, exterminadora do elemento europeu, a praga amarela [febre amarela], negreira e xenófoba, atacava a existência da nação na sua medula, na seiva regeneratriz com sangue africano, com que a corrente imigratória nos vem depurar as veias da mestiçagem primitiva, e nos dava, aos olhos do mundo civilizado, os ares de matadouro da raça branca (citado por Chalhoub, 1996, p. 57).

Lendo esses nomes e outros como Serzedelo Correia, outro propagandista da época, não tem como não associar às histórias que as ruas (não) contam, são seus nomes, assim como de praças, monumentos que estão por todos os lados e repetimos todo santo dia sem desconfiar que foram teóricos, escritores e políticos em prol do racismo.

Destaca-se ainda, promulgada em 1850 a Lei de Terras (n.º 601/1850) que regularizou o latifúndio no Brasil, dificultando o acesso à terra aos pequenos produtores rurais. A lei garantiu que as terras que não estavam sendo produtivas (devolutas) somente poderiam ser adquiridas mediante à compra e, naquela altura, duas semanas após o fim do tráfico de escravizados, mudança de sistema de trabalho com fortalecimento da imigração e ampliação do setor cafeeiro do Sudeste, apenas imigrantes ricos e grandes proprietários conseguiriam comprar terras. Além disso, as terras doadas sob o regime de doação, via sesmarias ou apossadas antes da lei, recebiam a anistia e os seus donos receberiam a titulação legal, mas, na prática, apenas os grandes proprietários foram os beneficiários da Lei (Mendes, 2009).

Por fim, é válido pontuar que a política imigratória brasileira (1887-1914), pelo decreto de 28 de junho de 1890 que teve como adendo a “cláusula que excetuava ‘indígenas da Ásia ou da África, que somente mediante autorização do Congresso Nacional poderão ser admitidos

[...]” (Skidmore, 2012, p. 200) e, já no decreto de 19 de abril de 1907, as barreiras raciais foram diluídas, posto que era quase improvável a vinda espontânea de africanos e asiáticos, sendo substituída por “criminosos, bandidos, pedintes, vagabundos, loucos e inválidos” (ibidem, p. 201). Estimou-se que cerca de 2,7 milhões de imigrantes entraram neste período no país, sendo que mais da metade teve como destino São Paulo.

Diante desse panorama apresentado, já é possível adentrar no universo das teorias raciais e como elas serviram aos propósitos de embranquecimento da população, contribuindo sobremaneira para o enraizamento da necropolítica no país, que teve na saúde-diretriz seu pilar fundamental para construção do país.

3.1.3 Do determinismo climático às teorias raciais no contexto brasileiro

O ano de 1870 foi considerado um marco da efervescência ideológica, cultural, política e, conseqüente, início das mudanças que irão se solidificar no decorrer do finissecular XIX (Schwarcz, 1993; Miskolci, 2012). É a partir desse ano que as doutrinas deterministas do evolucionismo e darwinismo adentram as terras brasileiras oriundas da Europa, onde já entravam em descrédito científico, mas que por aqui encontraram um terreno fértil e propício para seu florescimento (Schwarcz, 1993).

A antropóloga Lilia Schwarcz (1993) analisou os discursos sobre as teorias raciais a partir da circulação destas em diferentes instituições, compreendendo as dimensões e mudanças que essas ideias assumiram no decorrer da história no período de 1870 a 1930, aquele ano considerado como de grandes mudanças ideológicas, políticas e sociais no país e este, como o ano em que a teoria evolucionista entra em descrédito, bem como as instituições vigentes até o momento começam a ser substituídas pelas primeiras universidades de ensino superior.

As teorias europeias desembarcaram no Brasil trazendo conflitos que transformaram o idílico Brasil em um inferno na terra, fadado à degeneração e insucesso.

A filosofia da Ilustração inverteu a visão paradisíaca da América, ao formar um novo discurso sobre o homem e a natureza americanos, marcado pela *negatividade*. Esse discurso, que rompe com a projeção da imagem do Éden sobre o Novo Mundo, legitima a expansão colonial europeia, encarregada em difundir as “luzes” da Europa civilizada. A ideia de “inferioridade” do meio americano e da “fraqueza” de suas formas de vida se difundiu no pensamento europeu do século XVIII, com Buffon, De Pauw e Raynal (Ventura, 1991, p. 22).

Ventura (1991), cita que anteriormente às ideias ilustradas havia a teoria climática de Montesquieu, o qual relacionou formas de governo relacionando aos tipos de clima existente.

Desse modo, nas regiões mais quentes haveria uma tendência à escravidão, enquanto em regiões mais temperadas, esta seria de liberdade e de civilização, como ocorria na Europa. No entanto, para Montesquieu, a escravidão iria de encontro à natureza humana, posto que traria uma degradação moral também aos senhores.

O historiador inglês Henry Thomas Buckle adepto do determinismo climático, lançou a obra “História da Civilização na Inglaterra” na qual continham oito páginas sobre o clima e a natureza brasileira, sem que este tivesse pisado no país. Segundo ele, “Em nenhum outro lugar há tão penoso contraste entre a grandiosidade do mundo exterior e a pequenez do interno. [...] E a mente, acovardada por essa luta desigual, não só foi incapaz de avançar, mas sem ajuda estrangeira teria, indubitavelmente, regredido. [...]” (citado por Skidmore, 2012, p. 68).

A partir dessas ideias climáticas, o naturalista francês conde de Buffon (Georges-Louis Leclerc) expandiu as análises ordenando o homem em uma estratificação cujo patamar mais alto era o do homem, branco e europeu visto como “mais belo e bem-feitos, [...] é daí que se devem tomar o *modelo* e a *unidade* a que se devem referir todas as outras nuances de cor e beleza” (1753, p. IV apud Ventura 1991, p. 22), em virtude de sua região ser mais favorável a uma vida ativa em contraste aos homens selvagens dos trópicos que pouca ou nenhuma chance teriam de sobreviver às adversidades da natureza e de atingir algum nível de civilização europeia.

Foi nos estudos do conde de Buffon em sua obra “História Natural do Homem” (1707 apud Ventura, 1991) que o conceito de “degeneração” aparece, porém, restrito aos animais, a exemplo do cruzamento entre cavalo e asno que resultaria no *mulo*, ser híbrido e estéril. Mulo que foi, posteriormente, ampliado para os homens no caso do cruzamento entre o branco e o negro, cujo nome mulato dele se origina. Cornelius de Pauw, filósofo holandês, foi um dos que generalizou o conceito de degeneração aos homens. Para ele, os habitantes dos trópicos não teriam qualquer chance contra o clima ou contra o solo, estando fadados a serem selvagens sem história (Ventura, 1991).

As ciências naturais, inventada pelos europeus, trouxe essas situações problemáticas para os intelectuais brasileiros resolverem:

Afirmava-se que os europeus do norte tinham conquistado poder econômico e político graças a sua herança genética e ao ambiente físico singularmente favorável. Em suma, os europeus do norte eram as raças “superiores” e desfrutavam de um clima “ideal”; por implicação, as raças mais morenas e os climas tropicais jamais poderiam produzir civilizações comparáveis. Alguns desses autores excluíam explicitamente a possibilidade de civilização numa área destituída de condições europeias. Não por coincidência, a análise era dirigida às áreas que tinham sucumbido à conquista europeia desde o século XV: a África e a América Latina. Assim, uma Europa em

expansão encontrou uma explicação científica para suas conquistas políticas e econômicas (Skidmore, 2012, p. 67).

A era das Grandes Navegações inaugurou um deslocamento não só de espaço, mas de perspectiva, enquanto a antiga explicação teológica e obediência à Igreja Católica foi paulatinamente substituída, desde a Renascença, por formas ilustradas de pensar e ver o “outro”. Essa sede por conhecimento fez com que homens se lançassem pelos mares aterrorizantes e desconhecidos, entrando em contato com novos povos, colocando no centro do debate a questão da diferença: quem são esses outros? Como classificá-los?

Jean-Jacques Rousseau, filósofo suíço, e sua teoria humanista interpretaram o nativo americano como o “bom selvagem” que, contraposto ao homem civilizado, não havia sucumbido às virtudes do progresso, sendo “moralmente superior”, acreditando em um “progresso às avessas” (Schwarcz, 2012, p. 60). Um dos seus conceitos-chave era a noção de “perfectibilidade” em que o indivíduo buscaria estar sempre se aperfeiçoando, ou seja, teria a vontade inata para buscar ser melhor. Essa noção, entretanto, carregaria a “fonte de todos os males do homem”, acarretando as desigualdades entre eles, sendo esses vícios, o divisor da humanidade (ibidem., p.59).

Os princípios liberais da Revolução Francesa e a Ilustração se pautam no *monogenismo*, em que a humanidade compartilharia de uma origem única tendendo ao progresso, que encontraria no seu caminho os meandros para a hierarquização entre os homens. Tratava-se de um ponto de vista ligado ao predomínio da Igreja que considerava que todos os homens nasciam iguais e seriam dotados da capacidade do livre-arbítrio (Schwarcz, 2012).

O *poligenismo* entra em cena em meados do século XIX, a partir da contestação dos dogmas e autoridade desferidos ao monogenismo da Igreja e seus adeptos. Com o avanço científico, as ciências biológicas, vem legitimar que a humanidade teria origem diversa se apoiando nas diferenças raciais percebidas.

Retornando a Hipócrates, o poligenismo insistia de que as diferentes raças humanas constituiriam “espécies diversas”, “tipos” específicos, não redutíveis, seja pela aclimação, seja pelo cruzamento, a uma única humanidade. [...] A “perfectibilidade” anteriormente encontrada no “bom selvagem” agora lhe era recusada, assim como era questionado o voluntarismo, próprio do século das Luzes (Schwarcz, 1993, p 66).

A partir desse corolário, novas ideias são contrapostas aos *liberté, égalité* iluminista, a noção de raça cunhada por Carl von Linné, do lançamento de seu compêndio classificatório *Systema naturae* em 1758, foi desenvolvida por Georges Cuvier, naturalista francês, no início do século XIX que considerou estanques as diferenças fisiológicas entre os tipos raciais que

seriam herdadas pelas gerações futuras. Agora o naturalista, apoiado no racialismo da humanidade, classificou, nomeou e atribuiu características comportamentais, cognitivas, psicológicas e morais a todos os indivíduos (Schwarcz, 1993).

O ministro francês Arthur de Gobineau (1816-1882) esteve no Brasil a contragosto, diga-se de passagem, sendo um dos expoentes do determinismo racial. A miscigenação era uma realidade já profundamente disseminada e praticada no país quando da chegada de Gobineau por aqui, o que corroborou com sua visão sobre a “feiura” da população e sua “degenerescência”, chegando a supor que em 200 anos não haveria mais ninguém no país (Skidmore, 2012).

Outro adepto foi o francês Louis Couty que publicou o livro “O Brasil em 1884. Esboços Sociológicos” (1884) no qual enunciou “Tentei provar que foi a colonização pelos africanos escravizados que produziu todos os males do Brasil, e indiquei a colonização por homens livres da Europa como o único remédio possível” (citado por Skidmore, 2012, p. 72). O mais conhecido dentre eles, talvez tenha sido o naturalista suíço Louis Agassiz comandou a expedição Thayer pelo Brasil em 1865 e publicou o livro “Viagem ao Brasil: 1865 – 1866” com o relato da sua viagem:

Não poderá negar a deterioração decorrente da amálgama das raças, mais geral aqui do que em qualquer outro país do mundo, e que vai apagando, rapidamente as melhores qualidades do branco, do negro e do índio, deixando um tipo indefinido, híbrido, deficiente em energia física e mental (Skidmore, 2012, p. 72).

O caráter multirracial do país no século XIX já era um fato inegável e a mestiçagem era o calcanhar de Aquiles para a constituição de uma unidade nacional, sendo tão vista como o processo que levaria ao fim da população, como também algo que poderia ser contornado com o branqueamento da sociedade. A questão é que até meados de 1800, embora a noção das diferenças raciais já existisse, ainda não havia na Europa um conjunto organizado de saberes de forma sistemática (Skidmore, 2012). “No entanto, em 1860, as teorias racistas tinham conquistado o beneplácito da ciência e gozavam de plena aceitação por parte de líderes culturais e políticos nos Estados Unidos e na Europa” (ibidem., p. 92).

Thomas Skidmore (2012) dividiu didaticamente as teorias racistas que tentavam explicar as diferenças raciais dessa época em três: A escola etnológica – biológica (1); imergiu nos Estados Unidos no período de 1840 e 1850, cujas diferenças entre as espécies foram atribuídas à criação igualmente diferenciada, esta teoria também ficou conhecida como poligenia. Vários autores, a exemplo de Samuel Morton, Josiah Nott e George Glidden

estudaram o crânio de múmias egípcias para provar que sempre houve diferenças entre as espécies humanas. Essas perspectivas tinham por objetivo justificar a superioridade da raça branca e inferioridade de negros e indígenas e “que essas diferenças eram resultado direto do fato de terem sido criadas como espécies separadas” (ibidem., p. 92). Outro nome de peso ligado a essa teoria foi o de Louis Agassiz para quem,

as diferentes espécies do gênero *Homo* podiam ser atribuídas às diferentes regiões climáticas onde viviam. Como os pressupostos iniciais definiam a raça branca como superior em qualidades mentais e sociais (como a “construção de civilizações”), essa superioridade ganhava assim uma fundamentação científica (Skidmore, 2012, p. 93).

Como esboçado por Schwarcz (1993), nesse momento surgiram disciplinas que foram se encarregando do esquadramento do corpo humano na busca pelas diferenças físicas, mentais e culturais. A frenologia, a antropometria analisava o cérebro humano e suas particularidades para ditar condutas e capacidades. A antropologia criminal, cujo principal teórico é Cesare Lombroso, vai associar morfologias cranianas a tipos de criminosos e criminalidade. Paul Broca, da Sociedade Anthropologica de Paris, mediante a análise dos crânios, vai tentar “comprovar a inter-relação entre inferioridade física e mental” (Schwarcz, 1993, p. 67), condenando a miscigenação, acreditando na fixidez racial para encontrar as raças puras.

Em suma, a escola etnológica-biológica (Skidmore, 2012) esteve comprometida em provar que:

a existência de outras diferenças – aquelas que mais tarde viriam a ser chamadas de “culturais”. Os divulgadores [...] usavam os instrumentos de uma nova ciência, a antropologia física, para conferir uma base científica a preconceitos preexistentes sobre o comportamento social dos não brancos, ao mesmo tempo que outros pesquisadores afirmavam encontrar evidências da inferioridade mental dos negros nos resultados dos testes de QI a que eram submetidos (Skidmore, 2012, p. 93).

A segunda escola, denominada de histórica por Skidmore (2012), englobava as explicações da etnológica-biológica e introduziu a história como viés para justificar a superioridade da raça branca sobre os demais. Teve sua origem nos EUA e Europa, com expoentes como Arthur Gobineau, por exemplo, contudo, foi com o arianismo que atingiu seu ápice. Nomes como o de Houston Stewart Chamberlain fizeram com que, após a Guerra Franco-Prussiana (1870-1871), a Alemanha abraçasse a perspectiva da superioridade da raça branca do norte da Europa como o suprasumo ao qual os demais jamais alcançariam.

Em 1859, Charles Darwin publicou “A origem das espécies” que veio para apaziguar as disputas interpretativas entre monogenistas e poligenistas. Ambos conduziram ao seu modo a perspectiva evolutiva para dentro de seus campos de estudo, convergindo no uso do conceito de raça como pilar das construções sociopolíticas. Se para o monogenismo a evolução veio e se encaixou à sua ideia de humanidade una, para os poligenistas, esta noção foi adaptada mediante a crença de que a origem comum fazia parte de uma pré-história cujo tempo decorrido teria possibilitado “heranças e aptidões diversas” (Schawrcz, 1993, p. 72).

Assim, a terceira escola racista, conforme divisão proposta por Skidmore (2012) foi denominada de darwinismo social que se diferenciava das anteriores por acreditar na origem única das espécies, mantendo a ideia central de justificar a inferioridade negra e indígena e a superioridade branca a partir da evolução das espécies.

O modelo evolucionista social postulava que todas as comunidades poderiam atingir o progresso e que partilhavam de uma origem única da humanidade (Schawrcz, 1993). Dessa noção, os intelectuais brasileiros extraíram o otimismo de que era possível se transformar em uma nação civilizada e atingir o almejado progresso modernizante, apesar dos prognósticos do darwinismo social.

Denominada “darwinismo social” ou “teoria das raças”, essa nova perspectiva via de forma pessimista a miscigenação, já que acreditava que “não se transmitiriam caracteres adquiridos”, nem mesmo por meio de um processo de evolução social. ou seja, as raças constituiriam fenômenos finais, resultados imutáveis, sendo todo cruzamento, por princípio entendido como erro. As decorrências lógicas desse tipo de postulado eram duas: enaltecer a existência de “tipos puros” – e, portanto, não sujeitos a processos de miscigenação – e compreender a mestiçagem como sinônimo de degeneração não só racial como social (Schawrcz, 1993, p. 76-78).

Deste modo é importante compreender como essas teorias foram implantadas no país. Da degeneração à regeneração, o jeito original brasileiro elegeu a mestiçagem como mito fundador de sua nação, considerada um “laboratório racial” que entre as críticas de mera importação de teorias europeias e de originalidade brasileira, as quais foram inicialmente consumidas como folhetins e manuais *à la carte*, os intelectuais da época, driblaram o mal-estar que a busca pela civilização trazia, tomando para si a responsabilidade de elaborar uma história nacional.

Embora o darwinismo social tenha tido características diferentes, foi abraçada por muitos adeptos de outras escolas que logo organizaram outras formas explicativas a partir das ideias de Darwin.

Se a evolução no sentido de formas superiores de vida natural resultava da “sobrevivência dos mais aptos” numa competição entre espécies e variedades diversas, era lógico supor que as diferentes raças humanas tinham passado por um processo semelhante. No processo histórico, as raças “superiores” tinham predominado, condenando as “inferiores” a encolher e desaparecer (Skidmore, 2012, p. 95).

Para Schwarcz (2012), o conceito de raça nunca foi neutro e desde o início esteve ligado “aos próprios destinos da nacionalidade” (p.20). Por meio dele, foi possível dar uma resposta para o problema que começava a surgir no Brasil com a certeza do fim da escravidão como sistema de trabalho: qual o lugar dos negros nessa história?

As teorias raciais tentavam dar conta desse problema à medida em que a política e a economia do finisséculo XIX se estruturavam em torno do setor agrário e do paternalismo que moldavam as relações interpessoais e as hierarquias raciais. Eram costumes que “*não mais* dependia da escravidão para se manter” (ibidem., p. 81).

O momento exato em que essa dependência deixou de existir é uma questão que ainda não foi pesquisada. O importante aqui é que a maioria dos fazendeiros brasileiros, principalmente os das prósperas regiões cafeeiras do Centro-Sul do país, se deu conta de que a abolição não ameaçaria sua hegemonia social e econômica. A análise mostrou-se correta. Os escravos recém-libertados sujeitaram-se à estrutura social, multirracial e de cunho paternalista, que durante muito tempo havia ensinado aos libertos de cor os hábitos de deferência em suas relações com patrões e outros superiores na escala social. [...] (Skidmore, 2012, p. 81).

E a elite brasileira, percebendo que a mudança de sistema não ameaçava os interesses políticos e econômicos que se apoiaram diretamente sobre a raça, viram nas teorias raciais oriundas dos EUA e da Europa o arcabouço explicativo perfeito para ratificar sua posição sócio racial e empurrar os negros à margem da civilização, humanidade e direitos.

Os intelectuais brasileiros mergulharam nas teorias raciais, com grande influência dos franceses, encontrando autores como Gustave Le Bon (1841-1931) que teve grande repercussão no Brasil, inclusive, para muitos, o autor é considerado um dos fundadores da Psicologia Social e possui uma obra denominada “A Psicologia das Multidões”.

Assim, como veremos a seguir, da mestiçagem à concepção da democracia racial, foi-se criando um lugar para o negro na sociedade brasileira. Nesse sentido, das teorias às ações, a população negra foi construída como inimiga do processo civilizatório e passou a ocupar um lugar bem determinado dentro do projeto político de gestão da morte; o daqueles que deveriam desaparecer com o processo de embranquecimento concreto e simbólico.

3.1.4 Mestiçagem, Democracia Racial e Racismo Institucional: a solução brasileira

Cantada em verso e prosa na atualidade, a mestiçagem brasileira, esconde raízes perversas e representam o que Rita Segato chamou de “miscigenação etnocida” (2021, p. 263), enquanto uma “estratégia perfeita para a expropriação da linhagem que enterrou a memória de quem-se-é, de-onde-de-veio”. Para a autora é o corpo mestiço que possibilita outra compreensão da classificação racial não pautada nos aprisionamentos da identidade fixa e a-histórica que orientam algumas leituras sobre esses processos e posicionamentos ao longo da história.

Sempre foi indigesta para o Brasil a ideia da miscigenação como um fator que levaria à degeneração e extinção do seu povo. Ainda que houvesse intelectuais brasileiros que concordavam plenamente com essa ideia da degenerescência, como o médico Nina Rodrigues, havia aqueles que concordavam parcialmente e tinham previsões mais otimistas sobre o futuro da nação, a exemplo do escritor e crítico literário Sílvio Romero (Skidmore, 2012).

Alia-se a isso que após a institucionalização da antropologia física como a primeira disciplina reconhecida que mobilizou expedições e pesquisas pelo país, a situação do negro não foi aventada. Inauguraram-se os primeiros Museus destinados a estudar seu povo e suas “culturas”, sendo os indígenas, os primeiros eleitos desse processo. Em 1876, foi construído o Museu Nacional do Rio de Janeiro, sob a direção do botânico Ladislau Neto, onde se fundou um dos primeiros laboratórios de fisiologia experimental. No ano de 1885, coube ao suíço Emílio Goeldi, conduzir o Museu Paraense e as pesquisas sobre os indígenas. Já nos idos de 1893, foi inaugurado o Museu Paulista, cuja missão de conduzir o centro de antropologia física ficou a cargo do alemão Herman von Ilhering.

Coube ao médico maranhense Nina Rodrigues (1862 – 1906), um dos expoentes do poligenismo e do darwinismo social no Brasil, os primeiros estudos sistemáticos sobre a população africana traficada para o país e seus descendentes. Ele tentou catalogar cientificamente essa população na pretensão de “delimitar um objeto, o negro ou africano” (Ventura, 1991, p. 52) e, quiçá, encontrar a solução para este “problema”.

procurou, sem a vantagem de um conhecimento pessoal da África, identificar os principais grupos linguísticos. Reuniu fotografias e desenhos de objetos de arte brasileiros de origem africana e também se dedicou à questão da assimilação dos africanos a sua nova pátria. Ao longo de toda sua carreira, frisou a importância de se distinguir claramente as principais regiões do Brasil ao se falar da assimilação do africano (Skidmore, 2012, p. 103).

Não obstante, sua notoriedade se deu pelos seus estudos na área da medicina legal, ainda que a etnologia afro-brasileira também tenha sido notável, contudo, as suas teses sobre as diferenças raciais e a inferioridade negra e indígena aliado ao dogmatismo do seguidor de Agassiz (Skidmore, 2012), atraíam mais a atenção dos que tentavam achar a solução para o “problema negro” no país.

Foi um crítico ferrenho dos princípios liberais e do livre arbítrio (capacidade de discernimento), ele acreditava que a criminalidade estava relacionada à raça e hereditariedade, argumentou que a influência racial e biológica era um fator significativo na determinação do comportamento humano. Defendeu que certas raças seriam inimputáveis uma vez que delas não se podia esperar muita coisa, para o médico deveria haver um código penal específico para cada uma, posto que “os crimes são involuntários em certas raças inferiores que não se pode julgá-los com os códigos de ‘povos civilizados’” (Schawrcz, 2012, p. 24).

Para ele a presença negra e, por tabela, a mestiça, eram um obstáculo aos ditames do progresso e civilização almejados pelo país, representavam um retrocesso, uma vez que a degeneração seria um caminho sem volta e sem sucesso. Nesse sentido, seus estudos sobre a criminalidade do final do século XIX e início do XX contribuíram para a propagação da imagem do negro como possuindo características físicas, morais e psicológicas inatas para a criminalidade com o respaldo do discurso de legitimidade da ciência (Schawrcz, 2012).

Sobre a mestiçagem, tentou construir uma classificação racial – pouco precisa – mas que corroborou com a visão da multirracialidade do país, sendo ele mesmo um mestiço, fato que revela a perversidade do racismo que naquele momento ganhava ares de cientificidade.

Como era de esperar, os mestiços representavam um problema para ele. Contornou-o dividindo-os em três subgrupos: (a) o tipo superior (plenamente responsável, incluindo presumivelmente o próprio Nina Rodrigues); (b) os degenerados (alguns parcialmente responsáveis); os restantes totalmente irresponsáveis; e (c) os tipos socialmente instáveis que, como os “pretos e os índios”, só teriam “responsabilidade atenuada”. Não explicou, em lugar nenhum, *como* essas categorias graduadas atuariam e a *quem* caberia decidir a classificação racial de cada indivíduo. [...] Cabe suspeitar que as distinções raciais poderiam bem depender do desejo das autoridades competentes de punir os acusados (SKidmore, 2012, p. 105).

Diferente de intelectuais que pregavam o sumiço da raça negra e mestiça com a ascensão da raça branca ao longo do tempo. Nina Rodrigues via que a mestiçagem lograria sucesso em relação à branca, sobretudo nas regiões ao norte do Brasil. Por vezes, o médico lançou mão do determinismo climático e ratificou a teoria da “degenerescência latina” aludindo que nos trópicos a raça branca teria como principal obstáculo o clima e a longo prazo ela desapareceria (Skidmore, 2012).

A mestiçagem, foi vista por muitos, como mau agouro da nação a qual impediria o processo evolutivo rumo a um estágio mais avançado de civilização. A saída foi, então, o branqueamento da população para neutralizar os efeitos nocivos das raças inferiores sem alterar as estruturas de poder existentes que teve em Silvio Romero (1851-1914) um dos pensadores expoentes (Ventura, 1991) para quem:

Sua teoria da mestiçagem e do branqueamento parte de uma combinação de pressupostos racistas (existência de diferenças étnicas inatas) e evolucionistas (lei da concorrência vital e do predomínio do mais apto). Prevê que o elemento branco seria vitorioso na “luta entre raças”, devido à superioridade evolutiva, que garante seu predomínio no cruzamento. Prevê assim total branqueamento da população brasileira em três ou quatro séculos (Ventura, 1991, P. 50).

É preciso entender que mais do que acaso ou coincidência, as teorias e autores foram criticamente selecionados e traduzidos para o Brasil, como forma de atender a uma demanda que surgia no finisséculo XIX, mediante os prenúncios da abolição da escravatura (ventura, 1991, Schawrcz, 1993). Em vistas disso, as teorias raciais cumpriam o papel conservador e despótico da elite brasileira, ainda que o sistema político e econômico estivesse findando.

O nacionalista Sílvio Romero esteve alinhado com as teorias da inferioridade da raça negra e dos indígenas, contudo, mostrou-se reticente em acatar ideias deterministas sobre o futuro da nação (Skidmore, 2012). Defendeu que o clima tropical era cruel com todos, criando inclusive um povo “indiferente e apático” (ibidem., p. 75), mas pregava que com hábitos de higiene e mudanças na alimentação era possível resistir às adversidades climáticas.

E para ele, a característica factual do Brasil era a mistura das três raças, ainda que a branca fosse de qualidade inferior, a saber, a portuguesa – ideia também compartilhada por Nina Rodrigues que, igualmente, acreditava na superioridade dos brancos germano-saxões - haveriam contribuído com sua cultura e que havia sido pela força da raça negra que os brancos haviam conseguido resistir ao clima tropical, os indígenas não teriam contribuído com quase nada para o país. Nesse sentido, não teria no Brasil, raças puras, essa miscigenação havia produzido uma “sub-raça mestiça e crioula” (ibidem., p. 76).

Suas conclusões sobre o futuro da nação variavam entre a condenação e o otimismo de um país soberano em alguns anos. Deste modo, afirmava “que a vitória na luta pela vida, entre nós, pertencerá, no porvir, ao branco; [...] o tipo branco irá tomando a preponderância até mostrar-se puro e belo como no Velho Mundo” (citado por Skidmore, 2012, p. 78). Por vezes, contradizia-se enunciando que “Dentro de três ou quatro séculos, a fusão étnica estará talvez completa, e o brasileiro mestiço caracterizado” (citado por Skidmore, 2012, p. 79).

O fato é que o ideal de branqueamento emergiu como a possibilidade de redenção dos filhos de Cam, tal como pintado por Modesto Brocos em 1895 e exposto pelo médico e diretor do Museu Nacional, João Batista de Lacerda (1846-1915) no Congresso Universal das Raças, realizado em Londres, em 1911. O quadro “A Redenção de Cam”, foi considerado uma representação deste ideal e, assim descrito por Lacerda: “O negro passando a branco, na terceira geração, por efeito do cruzamento de raças” (Roncolato, 2018, ON-LINE²¹).

Esta ideologia consistia em: “o homem de cor pode elevar-se, mas apenas mediante um grande investimento de esforço. O processo de aculturação [...] podia transformar o elemento negro” (Skidmore, 2012, p. 110), e poderia ser concretizada no aumento da quantidade de pessoas brancas que diluiriam o sangue negro e indígena ao longo do tempo. Sendo assim descrito por Batista Lacerda:

O cruzamento do preto e do branco não produz geralmente progênie de qualidade intelectual inferior; se esses mestiços não são capazes de competir em outras qualidades com as raças mais fortes de origem ariana, se não têm instinto tão pronunciado de civilização quanto elas, é certo, no entanto, que não podemos pôr o *métis* ao nível das raças realmente inferiores (citado por Skidmore, 2012, p. 112).

Conforme Florestan Fernandes (1972) comentou, a figura do “mulato” ou mestiço surgiu na pós-abolição como a possibilidade de redenção da sociedade ao apaziguar os ânimos e possíveis retaliações da parte dos ex-escravizados, inviabilizou a existência de políticas públicas que pudessem amenizar as disparidades oriundas dos anos do regime escravocrata e, por consequência, eximiu os senhores das responsabilidades sobre os destinos dos alforriados. Assim, a sociedade não tinha nenhuma dívida para com os negros livres, uma vez que pairava a noção de equilíbrio entre as raças, havendo inclusive a possibilidade de ascensão dos “mulatos”.

Nesse mesmo sentido, Skidmore (2012) apontou a perspectiva de Batista Lacerda, para quem a figura do mestiço teria tido

[...] acesso ‘aos mais altos cargos públicos’ e aos ‘supremos ramos da administração’. Além disso, os casamentos inter-raciais [...] ‘já não são olhados com desdém como outrora, agora que a alta proporção do mulato e a prova de suas qualidades morais levaram as pessoas a fazer vista grossa ao evidente contraste dos seus caracteres físicos. Sua origem negra é esquecida na comparação de suas qualidades morais e intelectuais com as dos brancos (p. 112).

²¹ Disponível em: <https://www.edusp.com.br/mais/a-tela-a-redencao-de-cam-e-a-tese-do-branqueamento-no-brasil/>

Evidenciava-se assim que a presença da classificação intermediária, que por sinal estava entre a elite brasileira, passava a ocupar um lugar fundamental na história do país (1889-1914), sobretudo se contraposta à situação racial dos EUA.

Essa categoria comportava enormes variações, que iam desde prestigiadas figuras da sociedade, que só podiam ser chamadas de mulatas nos círculos mais íntimos, até criminosos do submundo que se enquadrariam na categoria penal dos “degenerados”, proposta por Nina Rodrigues. [...] Tinham tomado a teoria racista de empréstimo à Europa, e logo descartaram dois de seus pressupostos principais – o caráter inato das diferenças raciais e a degeneração dos mestiços – a fim de formular sua própria solução para o “problema negro”. A sensação de alívio – por vezes, até de superioridade – que lhes dava a comparação de seu futuro racial com o dos Estados Unidos não era o menor dos atrativos dessa solução (Skidmore, 2012, p. 126).

Por aqui, não houve um sistema de discriminação racial institucionalizado como nos EUA, pelo menos não de forma abertamente assumida. O que começava a se consolidar nessa época era a ideia da convivência pacífica entre as raças, apoiada na tese da benevolência da escravidão no país, como afirmou o economista, político, professor e artista Abdias Nascimento (1914-2011):

Durante séculos, por mais incrível que pareça, esse duro e ignóbil sistema escravocrata desfrutou a fama, sobretudo no estrangeiro, de ser uma instituição benigna, de caráter humano. Isto graças ao colonialismo português que permanentemente adotou formas de comportamento muito específicas para disfarçar sua fundamental violência e crueldade. Um dos recursos utilizados nesse sentido foram a mentira e a dissimulação (Nascimento, 2017 p. 59).

Nesse sentido, as ideias de Abdias Nascimento (2017) seguem sustentando como o mito “do senhor benevolente” que, teve respaldo do projeto humanizador da Igreja Católica, aliviavam a culpa do colonizador ao acreditarem no “alto grau de bondade e humanidade na escravidão praticada na católica América Latina” (p. 62). Por aqui, inclusive, haveria se incentivado as práticas culturais-religiosas africanas (algumas que acirravam rivalidades entre as nações africanas) e, por consequência, teriam contribuído para a “sobrevivência cultural africana” no Brasil. Essas ideias, para o autor, confirmavam outro mito que nos é caro até hoje: o da democracia racial.

O invólucro imagético da democracia racial, segundo Nascimento (2017) deve ser,

[Compreendido] [...] como significando a metáfora perfeita para designar o racismo estilo brasileiro: não tão obvio como o racismo dos Estados Unidos e nem legalizado qual o apartheid da África do Sul, mas eficazmente institucionalizado nos níveis oficiais de governo assim como difuso no tecido social, psicológico, econômico, político e cultural da sociedade do país (p.70).

E, segue na conceituação do mito da democracia racial no Brasil:

[...] erigiu-se no Brasil o conceito de *democracia racial*; segundo esta, tal expressão supostamente refletiria determinada relação concreta na dinâmica da sociedade brasileira: que pretos e brancos convivem harmoniosamente, desfrutando de iguais oportunidades de existência, sem nenhuma interferência, nesse jogo de paridade social, das respectivas origens raciais ou étnicas. (Nascimento, 2017, p. 48).

Sendo este feito motivo de orgulho dentre os brasileiros por conseguirem driblar seus prognósticos negativos. Um dos intelectuais que ratificaram essa ideia foi o criador do “lusotropicalismo”, Gilberto Freyre (Nascimento, 2017, p. 49) que se esmerou na tentativa de criar um panorama de harmonia e convivência pacífica entre as raças, tanto quanto em reforçar a existência de uma “metarraça”, isto é, “a morenidade” (ibidem., p. 51).

As práticas de embranquecimento da população seguiram. A partir de 1930, o negro passou a ser assimilado institucionalmente pelo Estado-nação e a mestiçagem encontrou sua regeneração no mito da democracia racial que já vinha sendo formulada por vários autores, contudo, encontrou na obra “Casa-grande & Senzala” (1933), de Gilberto Freyre, seu suprasumo (Schwarcz, 2012).

Da Semana de Arte Moderna em 1922, passando por importantes literatos brasileiros como Mário de Andrade, José Lins do Rêgo, Jorge Amado, Rachel de Queiroz; o samba, a capoeira, o candomblé, o futebol, a gastronomia, “[foi] a cultura mestiça que, nos anos de 1930, despontava como representação oficial da nação” (Schwarcz, 2012, p.47).

A mestiçagem de outrora encontrava agora um lugar aceitável no imaginário nacional, deixando de ser um fardo tropical para ser valorizada, incentivada e transformada em política oficial pelo Estado Novo. Tratou-se de valorizar a singularidade do povo brasileiro que havia sido fundado na mistura e convivência harmoniosa das três raças (Schwarcz, 2012).

Desde o mito do descobrimento do Brasil se assentou a crença de que aqui havia um paraíso na terra, cuja dócil incorporação dos indígenas, que foram elevados a símbolo de nossa originalidade durante o Império, na realidade encobriu o peso da aculturação cristã-católica, na tentativa de extermínio das nações originárias com o intuito de se assimilar esses “outros” (Guimarães, 2002).

Ao tentar esquecer as marcas que o passado escravagista deixou na história, inventaram-se outras memórias coletivas aludindo a essa convivência pacífica e feliz das três raças (índio, negro, branco) fundadoras do povo brasileiro. Contudo, o que pesa nas condições de vida da população negra até hoje é que com a abolição não se garantiram condições materiais e

concretas para a sua entrada no universo competitivo da economia, da posse de bens e propriedades, da política, dos direitos e da humanidade.

Procurou-se assimilar a cultura negra sem, no entanto, alterar as bases hierárquicas da sociedade, mantendo os negros à margem dos direitos, memória e história. Passando a fazer parte do “discurso oficial [em que] o mestiço vira nacional ao lado de um processo de desafricanização de vários elementos culturais, simbolicamente clareados” (Schwarcz, 2012, p. 58).

Fica evidente que o processo de valorização da mestiçagem tendia ao embranquecimento, funcionando como uma bússola que orientava ao ideal de branquidade profetizado pelos teóricos raciais que deveria ocorrer ao longo de três ou quatro séculos. Assim, aos poucos foi sendo criado todo um imaginário social que paulatinamente foi internalizado, obviamente, com muita resistência e “aquilombamentos”.

Longe de enaltecer o que era “coisa de preto”, o que se pretendia era fazer o racismo à brasileira “passar em branco”. Cenário este que começa ser desmistificado quando do projeto de pesquisa financiado pela UNESCO em 1951 e coordenado pelo antropólogo suíço Alfred Métraux que estudava relações raciais e tinha interesse em confirmar o sucesso do laboratório racial brasileiro que contrariava os prognósticos negativos dos antigos intelectuais.

O referido estudo contou com autoridades no assunto como Thales de Azevedo, Roger Bastide, Oracy Nogueira, Florestan Fernandes, Virgínia Bicudo, entre outros, em que o Programa de Pesquisa sobre Relações Raciais no Brasil veio revelar que a democracia racial era um mito, posto que não se tratava de uma realidade objetivamente experimentada pelos negros, servindo aos interesses de um projeto político de nação (Schwarcz, 2012).

Os estudos de Florestan Fernandes foram mais profícuos na desmistificação da convivência equilibrada entre as raças, ao demonstrar por meio de análises sociológicas as disparidades estatísticas sobre a situação das classes sociais no país; havia um hiato entre as condições de vida da população autodeclarada branca das populações preta e parda as quais se assemelhavam. Apontou também uma das particularidades do racismo à brasileira, o “preconceito de ter preconceito” (Schwarcz, 2012), anteriormente já mencionado.

E foi esse o contexto de estruturação do que hoje chamamos de Estado Democrático de Direito brasileiro. Um país que tem na democracia seu principal feito e mito. Para Achille Mbembe (2020), o discurso oficial que impera sobre as sociedades democráticas é o da ausência de violência e do terror e com lugares pacificados em que as formas do poder soberano não mais existiriam. Contudo, o autor observa em sua obra “Políticas da Inimizade” (2020) como a violência física e a brutalidade, o terror e o antiterror, fazem-se presente nas formas

contemporâneas de Estado e alicerça a ameaça constante da morte que aterroriza a vida dos que precisam encontrar meios de manutenção de seus privilégios coloniais, exterminando esse “Outro” – inimigo racializado.

[...]o projeto terrorista é levar à ruína da sociedade de direitos, ameaçando objetivamente seus alicerces mais profundos. De outro modo, a mobilização antiterrorista se funda na ideia de que apenas medidas excepcionais podem suplantar inimigos sobre os quais deveria poder se abater, sem reservas, a violência do Estado. Nesse contexto, a suspensão dos direitos e a abolição das garantias que protegem os indivíduos são apresentadas como condição de sobrevivência desses mesmos direitos. Noutros termos, o direito não pode ser protegido pelo direito. Ele só pode ser protegido pelo não direito. Proteger o Estado de Direito contra o terror exigiria violentar o próprio direito, ou então constitucionalizar aquilo que até então pertencia ao âmbito da exceção ou do franco não direito. Sob pena de os meios se tornarem um fim em si mesmo, qualquer iniciativa de defesa do Estado de Direito e de nosso modo de vida implicaria, pois, um uso absoluto da soberania (Mbembe, 2020, p. 62).

O estado de exceção, tornara-se regra nos Estados-coloniais-contemporâneos à medida que sob a égide de uma suspeição constante, encontrou no racismo sua pedra angular que conforma até à atualidade a economia, a política, as relações intrapsíquicas, interpessoais, institucionais, entre países e entre outras, em um processo de “generalização da relação belicosa” (p. 63) e da espacialização que permite “descarregar esse terror confinando suas manifestações mais extremas a algum outro lugar estigmatizado racialmente – a *plantations* sob a escravidão, a colônia, o campo, o *compound* sob o *apartheid*, o gueto ou, como nos Estados Unidos de hoje, a prisão” (Mbembe, 2020, p. 63).

Os cortiços, como denunciado por Sidney Chalhoub, representaram esse lugar que carregava o estigma e precisava ser demolido. As favelas, periferias e quebradas da atualidade são esses espaços, com a marca do perigo e do corpo suspeito. Compreender como no Brasil a relação belicosa se expressa, permite-nos aprofundar o debate sobre – a convivência pacífica das raças, isto é, subverter o mito da democracia racial que funda no país um tipo peculiar de racismo que tem na igualdade seu discurso oficial mais danoso, pois pretende exterminar, desde os tempos da invasão, a população negra e indígena em sua política de gestão da morte.

O Estado é sempre racista (Mbembe, 2018) e, durante muito tempo, utilizou abertamente de teorias raciais em prol do seu pretendido embranquecimento demográfico (genocídio). No período da Ditadura Militar (1964-1985) retirou do censo oficial de 1970 a categoria raça-cor e, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD/IBGE) de 1976 que levantou mais de 135 formas de classificação entre o branco e o negro, só foi divulgada em 1985. As execuções sumárias e as violências policiais têm no corpo preto o alvo perfeito, como aponta o Índice de Homicídios na Adolescência (5ª edição, IHA), divulgado em 2019, que

ressaltou em números que a taxa de mortalidade de jovens negros no Brasil é 2,88 vezes maior do que a de jovens brancos. Para citar alguns exemplos que inundam de sangue os dados estatísticos oficiais, seja pela ação ou omissão estatal.

“Aqui não há guerra entre raças! Somos todos iguais” – dizem os amantes da democracia racial, mas “o mundo é diferente da ponte para cá”, como já diria os Racionais MC’s. O Estado chega nas periferias, com bala e pé na porta, na desassistência de saúde, sem saneamento – básico –, moradia indigna, alimentação inadequada, trabalho - emprego e renda inexistentes ou precarizados, educação que ensina que preto é sinônimo de escravo, isso para citar algumas coisas que existem no mito da democracia. A mentira e a dissimulação cumprem bem seu papel de alimentar a ideia do senhor-Estado benevolente em que as consequências da escravidão cruel não teriam chegado ao nosso século. O ano é 2023.

A exceção virou regra e o racismo também, substituto perfeito para a manutenção das hierarquias raciais no liberalismo, neoliberalismo, pós-liberalismo, capitalismo, imperialismo e todas essas racionalidades econômicas e políticas dominantes da atualidade. A soberania, dizia Mbembe (2020):

consiste no poder de fabricar toda uma série de pessoas que, por definição, vivem no limite da vida – pessoas para quem viver é um constante acerto de contas com a morte, em condições em que a própria morte tende cada vez mais a se tornar algo espectral, tanto em termos de como é sofrida quanto pela forma como é infligida. Vida supérflua, portanto, em cujo preço é tão baixo que não possui equivalência própria, nem em termos mercantis e muito menos em termos humanos; essa espécie de vida cujo valor está fora da economia e cujo único equivalente é o tipo de morte que lhe pode ser cominada (Mbembe, 2020, p. 68).

Note que não se trata mais de decidir quem morre e nem tão somente, matar, mas construir formas de viver com a morte na espreita, ela caminhando ao lado e, no Brasil, foi construído um mundo cujo contato da vida e da morte foram mascarados pela narrativa e prática dissimulada da convivência pacífica entre as raças. Os dados estatísticos oficiais (na maioria subnotificados) conservam essa lógica, uma vez que mesmo sendo o corpo negro (pretos e pardos) o que ocupa os piores índices, os que mais morrem, os que estão sub-representados nos espaços de produção de saber e de exercício legitimado de poder, não passam de números frios, análises qualitativas que empurram a vida negra de volta aos navios negreiros, pois sua existência é um perigo, mas o ano é 2023 e o navio negreiro-colonial-agora-é-o-Estado-Democratico-de-Direito.

De regra, trata-se de uma morte à qual ninguém se sente obrigado a reagir. Em vista desse tipo de vida ou desse tipo de morte, ninguém sente nenhum senso de

responsabilidade ou justiça. O poder necropolítico opera por uma espécie de reversão entre a vida e morte, como se a vida não fosse outra coisa senão o veículo da morte. Ele busca sempre abolir a distinção entre meios e fins. É por essa razão que lhes são indiferentes os sinais objetivos de crueldade. Aos seus olhos, o crime constitui parte fundamental da revelação, e a morte de seus inimigos é, em princípio, desprovida de qualquer simbolismo. Uma morte assim não tem nada de trágico. É por isso que o poder necropolítico pode multiplicá-lo ao infinito, seja em pequenas doses (o modo celular e molecular) ou irrupções espasmódicas – a estratégia dos “pequenos massacres” intermitentes, seguindo uma implacável lógica de separação, estrangulamento e vivissecção, como se vê em todos os palcos contemporâneos do terror e do antiterror (Mbembe, 2020, p. 69).

“Vídeo mostra mãe gritando por socorro em hospital de SP antes de filho morrer sem atendimento por falta de maca para obeso”²². Essa foi uma matéria, do vídeo que circulou pelas redes sociais no dia 06 de janeiro de 2023. Vitor Augusto Marcos de Oliveira (25 anos) pesava 190kg, passou mal na quinta (05/01/2023) e sua mãe, Andreia Marcos de Oliveira, o levou a UPA de Perus (SP). Após ser encaminhado pela Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde para o Hospital Cachoeirinhas, foi informada que lá não havia suporte especial para pessoas obesas. A partir daí foi recusado em outras unidades, até chegar na frente do Hospital de Taipas, zona norte da capital de São Paulo, onde teve três paradas cardíacas em uma ambulância e sua mãe, no vídeo, entra e sai do Hospital, gritando, clamando pela vida do seu filho. Mas ele morreu. A cor deles? Entre no site da matéria e veja.

Mas a saga de dona Andreia não acabou aí: “Mãe se revolta com lixo dentro de caixão do filho que morreu após ter atendimento negado por seis hospitais em SP”²³. “O caixão do filho havia sido preenchido com pó de serra aparente, caixotes de madeira e folhas de jornal para que o corpo do jovem ficasse nivelado dentro da estrutura”. Há quem diga que foi pelo peso apenas, mas o sistema é interseccionado e, como estamos perseguindo, o racismo tem um lugar central na conformação das violências e brutalidades. Veja dor e saiba a cor.

“Homem negro é carregado com pés e mãos amarrados por PMs após prisão em SP”²⁴. Robson Rodrigo Francisco (32 anos), foi preso em flagrante após ser identificado por furtar bombons e bebidas, totalizando R\$500,00 na vila Mariana, zona sul de São Paulo, no dia 04 de junho de 2023. O vídeo inundou as redes sociais no mês de junho. Ele teve os pés e mãos amarrados e foi arrastado pela camisa até à viatura e pelos corredores da UPA, a pessoa que fez a filmagem também foi levada à delegacia. No boletim de ocorrência constava: “três pessoas

²² Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2023/01/06/video-mostra-mae-gritando-por-socorro-em-hospital-de-sp-antes-de-filho-morrer-sem-atendimento-por-falta-de-maca-para-obeso.ghtml>

²³ Disponível em <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2023/01/12/mae-se-revolta-com-lixo-dentro-de-caixao-do-filho-que-morreu-apos-ter-atendimento-negado-por-seis-hospitais-em-sp.ghtml>

²⁴ Disponível em <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2023/06/06/policiais-usam-corda-para-amarrar-maos-e-pes-de-homem-suspeito.htm?cmpid=copiaecola>

participaram de um "arrastão" para furtar alimentos do mercado. [...] levaram produtos — uma caixa de chocolate, cerveja, bebidas alcoólicas, energéticos e macarrão.” Os fins justificam os meios? Para Mbembe (2020) não existe mais diferença entre os meios e os fins. O ano é 2023.

Em grande medida, o racismo é o motor do princípio necropolítico, na medida em que esse é o nome dado à destruição organizada, é o nome de uma economia sacrificial cujo funcionamento exige, de um lado, a redução generalizada do preço da vida e, de outro, a familiarização com a perda. Este princípio está em ação no processo pelo qual, atualmente, a simulação permanente do estado de exceção justifica a “guerra contra o terror” — uma guerra de erradicação, indefinida, absoluta, que reivindica o direito à crueldade, à tortura e à detenção ilimitada — e, portanto, uma guerra que extrai suas armas do “mal” que alega erradicar, num contexto em que o direito e a justiça são exercidos sob a forma de intermináveis represálias, vingança e revanches (Mbembe, 2020, p. 69).

Desta forma, as violências sociais; simbólicas e concretas foram se tornando normas, sendo institucionalizadas e incorporadas nas práticas cotidianas, sem causar culpa ou remorso, talvez uma “nota de repúdio” para expiação da moral cristã-colonial. O racismo foi assumindo lugares e formas de se perpetuar ao longo do tempo, sobretudo no Brasil, foi dissimulado sob o viés — da “ausência” dele ao mesmo tempo, em que criavam mecanismos para apagar (embranquecer) os seus rastros na história, da memória e quando isso não era suficiente, o próprio corpo negro (individual, coletivo e ancestral).

Silvio Almeida (2018), apontou como os racismos individuais, institucional e estrutural se interligam na manutenção do poder necropolítico. Para o advogado e filósofo, “o racismo é a manifestação normal de uma sociedade, e não um fenômeno patológico ou que expressa algum tipo de anormalidade. O racismo fornece o sentido, a lógica e a tecnologia para as formas de desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea” (Almeida, 2018, p. 15-16).

Veja que para os autores supracitados, o racismo está a serviço da necropolítica, estruturando e moldando o próprio tecido social, suas relações e entidades. Isso não significa naturalizá-lo para aprender a conviver com ele, mas para redirecionar o problema para o colonialismo em sua forma atual, a colonialidade e suas formas de atualizações contemporâneas. Em síntese, faz-se urgente compreender a constituição do Estado-nação Brasil, suas histórias e sua gente a partir da ubiquidade do racismo em diferentes épocas e, como ele sustenta e oferece técnicas diversas para a gestão da morte, o próprio narrador da história oficial cuja necropolítica foi criando seu mundo e personagens. Essa é a marca que está no caminho de todas as políticas, públicas ou não, a que antecede e atravessa todas as instituições. Se isso não for considerado nas análises, nem a melhor lei, ideia ou ação, por mais progressista

que se proponha, vai conseguir alcançar a população negra, indígena ou demais que foram construídas como o “Outro-inimigo” que necessita ser exterminado para garantir a vida de uma minoria.

Dito isso, para Almeida (2018) a concepção individualista é aquela que logo pula, quando “um caso” de racismo ganha destaque nas mídias oficiais e alternativas. A prática imoral e criminosa, fica restrita ao âmbito da conduta de indivíduos ou grupos isolados, que em tese não representam o comportamento de uma maioria – racional e saudável, que não compactuaria com tais atos (à luz do dia). Uma concepção carente de história e que diante dos conflitos inerentes às formas de gestão existentes, condena a ponta do iceberg, mas nada, além disso.

Quando os líderes do Pantera Negra no livro “*Black Power: Politics of Liberations in America*” (1967), Charles V. Hamilton e Kwame Ture (nome africano de Stokely Carmichael), definiram o racismo institucional como “a falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional devido à sua cor, cultura e origem étnica” (p. 4 citado por Geledés, 2016, p. 17), estavam dando um salto epistemológico para se pensar no enraizamento histórico do racismo no tecido social, uma vez que as instituições se originaram da necessidade de gerenciamento das condutas, comportamentos, afetos e subjetividades individuais e coletivas, garantindo a inteligibilidade dos princípios e organização da sociedade sob a regência do Estado que, enquanto democrático de direito, atua como o garantidor da mediação dos conflitos do seu povo, das condições elementares da vida, das relações internacionais e, acima de tudo, no controle das instituições para que estas construam e disseminem as regras, normas e padrões que mantenham a desigualdade racial.

A concepção institucional (Almeida, 2018, p. 29) surge “como resultado do *funcionamento* das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios a partir da raça”. Mais do que uma falha ou fracasso institucional, seu objetivo precípua é o da gestão da morte, construindo as condições da vida plena e integral para alguns em detrimento do inimigo racializado.

No caso do racismo institucional, o domínio se dá com estabelecimento de parâmetros discriminatórios baseados na raça, que servem para manter a hegemonia do grupo racial no poder. Isso faz com que a cultura, a aparência e as práticas de poder de um determinado grupo tornem-se o horizonte civilizatório do conjunto da sociedade (Almeida, 2018, p. 32).

Assim, a concepção institucional do racismo, está intimamente ligada ao projeto político de gestão da morte mantido não apenas pelo uso deliberado do estado de exceção, mas na

produção de formas de viver com a morte. Possibilitando concessões aos que tensionam por mais espaço frente ao poder institucional, se for necessário, para manutenção da ordem e no controle dos conflitos (ibidem).

Por fim, o racismo estrutural²⁵, foi considerado na escrita desta tese aos moldes das concepções de Almeida (2018), tendo ele efeitos políticos e práticos.

Assim como a instituição tem sua atuação condicionada a uma estrutura social previamente existente – com todos os conflitos que lhe são próprios –, o racismo que esta instituição venha a expressar é também parte desta mesma estrutura. As instituições são apenas a materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização que tem o racismo como um dos seus componentes orgânicos. Dito de modo mais direto: *as instituições são racistas porque a sociedade é racista* (Almeida, 2018, p. 36).

A estrutura social que predetermina a organização econômica, política e jurídica é antes de tudo histórica e permeada de conflitos. Servindo ao necropoder como base do seu projeto de Estado em que mesmo não sendo possível ver ou não estando diretamente descrito, funciona como simulacro para o racismo se organizar no Brasil, isto é, escamoteado pela narrativa do mito da democracia racial. É sobretudo um racismo estruturado, e estrutura as relações, as formas de sujeição e de subjetivação, a vida psíquica, tendo domínio sobre as racionalidades políticas e econômicas, pelo dito e pelo não dito. A estruturação não formal, ou seja, no sentido da legalidade de formas de existência do racismo, não excluiu sua existência e a construção de um modo peculiar de racismo no Brasil que inicialmente se trata de um projeto genocida, um projeto de morte embalado pelo necropoder.

E a saúde-diretriz, como se insere nisso? Arrisco dizer que assim como a segurança-diretriz emergiu pela necessidade de “defender a sociedade” e a manutenção de um tipo de ordem, a educação-diretriz como meio de ratificação de um tipo de saber, de narrar a história, prescrevendo práticas de higiene e boas condutas de civilidade. A saúde-diretriz foi primordial para o ideal de embranquecimento da população: forneceu os elementos essenciais para a história oficial, esquadrinhou os corpos, respaldando as desigualdades físicas, morais, psíquicas, intelectuais e de condutas. Em seu nome, elegeu-se não só quais doenças deveriam ser priorizadas para seu enfrentamento, mas como e quais práticas estariam adequadas ao seu cuidado, interviu-se nas cidades, higienizando e saneando os espaços, a vida e, ditando como o

²⁵ O livro “O Fascismo da Cor” (2023) apresentado em entrevista pelo sociólogo e jornalista Muniz Sodré, para quem o racismo no Brasil não é estrutural, divergindo do filósofo Silvio Nascimento, sobre as bases científicas da estrutura sob o qual o conceito de racismo estrutural analisado por ele.

mundo deveria ser construído e quais corpos caminhariam com a marca da suspeição, do estado de exceção e seria o inimigo a ser eliminado.

Assim, a saúde-diretriz, como apontado no presente capítulo, foi o carro-chefe da necropolítica, pois, possibilitou a construção de pontos cruciais ao arcabouço explicativo da inferioridade do negro (mais do que para superioridade do branco) e, chegou agora, na forma de políticas, instituições, programas, a vida em si ou a noção de um corpo são, ou como um estado completo de bem-estar biopsicossocial, fazendo perder de vista seu caráter histórico e seus objetivos, além dos seus efeitos no imaginário social, como a existência dos estereótipos (imagens de controle) sobre a população negra, por exemplo.

A premissa de que o mundo deve ser necessariamente hierárquico e racializado (independentemente dos conteúdos concretos que a racialidade assume em cada caso) opera, naturalizada, nos sistemas de autoridade e, como sabemos, por trás das instituições supostamente democráticas, no que agora chamamos de “racismo institucional”, originando, como epifenômeno, a desigual distribuição de recursos e direitos. Nunca a subordinação foi tão exclusivamente racial como na modernidade avançada, quando a raça, transformada em fantasma, aciona o mundo por trás das regras e dos nomes (Segato, 2021, p. 273).

Nesse sentido, a raça segue sendo na atualidade a pedra angular da estruturação das iniquidades em saúde pública, pois aciona toda essa breve construção da saúde-diretriz e mobiliza narrativas e silenciamentos que se refletem na mortalidade da população negra, do viver sem diagnósticos adequados, nas prescrições de remédios inadequados, na inexistência de serviços ou unidades de saúde nos territórios e, quando existem, são precarizados ou estão sucateados, mas não por um propósito externo, mas pela lógica interna de funcionamento das instituições que reproduzem os racismos.

E, antes que se pense, que o fim está demarcado e nada pode ser feito frente a isso. Advogo que meu intuito aqui foi fazer o racismo ser nomeado e o silêncio ser quebrado, como passo inicial para se pensar em soluções. Mas, conforme apontado por Silvio Nascimento (2018), a aposta nas políticas afirmativas é outro passo para se alimentar os conflitos que as instituições precisam dar conta. “Deste modo, os conflitos e os antagonismos que afetam a instituição podem resultar em uma reforma que provocará a alteração de regras, dos padrões de funcionamento e da atuação institucional. Um exemplo desta mudança institucional são as políticas de ação afirmativa [...] (ibidem., p. 32)”.

No tópico seguinte, será analisado a eugenia como tecnologia predileta da saúde-diretriz que ajuda ainda atualmente a manutenção das desigualdades raciais na estruturação dos obstáculos a leis, programas, projetos políticos como o SUS, por exemplo, e, mesmo a PNSIPN.

3.2 EUGENIA: VIDA DE UNS E MORTE DE “OUTROS”

1 - Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis da vida.

2 - A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (Relatório Final, VIII Conferência Nacional de Saúde, 17 a 21 de março de 1986).

Comumente, a história da saúde pública é escrita a partir da epidemiologia, da dinâmica das instituições e, particularmente no Brasil, das movimentações que desembocaram na redemocratização do país e o surgimento da Constituição Federal de 1988 com o Movimento Sanitarista Brasileiro. Ainda que sejam demarcações legítimas acerca de uma institucionalização do sistema de saúde tal como o conhecemos a partir da Lei 8080/1990, faz-se necessário ampliar as perspectivas sobre a saúde para ser compreendida, não só como um resultado de outras condicionantes sociais, uma condição de vida, por assim dizer, ou uma política pública, mas também enquanto uma diretriz estruturante das políticas da morte.

Foucault (2012), apresentou a medicalização enquanto uma tecnologia da biopolítica em que a medicina ampliou seu objeto de prática e de saber para além da doença-saúde, passando a controlar, isto é normatizar as condutas humanas, a organização e higiene do meio urbano, em suma, o cotidiano das relações da população, produzindo outros modos de subjetivação.

[...] vai afirmar que essa intervenção médica a nível biológico vai deixar na humanidade um rastro de medicalização, ou seja, sob a tutela dos saberes médicos e saberes biológicos, uma diversidade de discursos sobre higiene, condutas, saúde, comportamentos são produzidos e integram uma rede capilar de medicalização, interferindo por sua vez na construção de instituições, sistemas de limpeza, transporte, conservação, etc., até que nada escape às suas teias (Foucault, 2011 apud Lemos, Gomes, Oliveira, 2020, p. 79).

Da mesma maneira, em seu texto “O nascimento da medicina social”, Foucault enfatizou que a medicina social, longe de ser um campo de saber-prática individualista, tendo este caráter apenas nas relações médico-paciente, tem no corpo social seu principal lócus de agência.

Sob a hipótese de que no capitalismo houve a modificação da medicina privada para a medicina coletiva, descreveu essa passagem ao retomar os diferentes processos ocorridos na

Alemanha; com uma medicina de Estado, na França; com sua medicina urbana e na Inglaterra; com a medicina da força de trabalho (Foucault, 2012).

Demonstrou nesse texto como a cidade com seu ordenamento e infraestruturas, criou um corpo corporativo médico junto às funções administrativas, um escrutínio e policiamento da população em tempos de epidemia, em que ar, água, decomposições, entre outros, tornaram-se objeto de análise, ou seja, o meio também sofreu a intervenção da medicina, as leis de regulamentação e de assistência aos mais pobres com o intuito de assegurar “a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas.” (Foucault, 2012, p. 95), também foram estudadas pelo filósofo francês enquanto intervenção do processo de medicalização que tomava corpo neste período.

O contexto social que possibilitou o surgimento da saúde pública e dos saberes e práticas da medicina estiveram sob a égide da biopolítica, conforme apontou Michael Foucault, mas também em coexistência com a necropolítica de Achille Mbembe (2018). Defendemos a perspectiva de que foi com a eugenia enquanto uma tecnologia para construir uma nova nação que a saúde conseguiu até hoje se firmar como uma diretriz no amplo projeto das políticas da morte no Brasil. Nesse sentido, faz viver nos mundos de morte que constrói, produzindo sujeitos-moribundos (eu colonial de Mbembe, 2020) mediante a ficção do inimigo, de um “outro” forjado que teve a raça como seu principal pilar para segregação simbólica ou “à moda do Estado do apartheid” (Mbembe, 2018, p. 43).

Um certo interdito se impôs ao mencionar a palavra eugenia após a barbárie do nazismo europeu, com isso as ciências a expurgaram de seus vocábulos e estudos e, firmaram pactos sociais para que tamanha aberração não mais voltasse a se repetir. Nancy Stepan (2005) defendeu a tese de que a América Latina foi considerada como mera consumidora e replicadora das ideias europeias, com isso, os estudiosos não se deram ao trabalho de investigar a eugenia nesse continente. E com isso, desconsideraram que “a eugenia não foi unitária e não pode ser indiscriminadamente apreendida. O estudo da eugenia na América Latina revela algumas das forças contraditórias que atuavam dentro do movimento, e as formas diversas como poderiam ser absorvidas” (p. 11).

Ainda que para muitos a eugenia seja apenas um movimento social e científico que ficou no passado, Nancy Stepan (2005), trouxe valiosas contribuições para uma melhor compreensão da sua atuação e seus efeitos no Brasil. Em que para a autora, trata-se de um projeto discursivo com características próprias, pois adotou caminhos diferentes mediante o modelo de nação, sociedade e cultura que almejavam para cá, posto que “a região também esteve envolvida na autoconstrução nacionalista, em que o estabelecimento de fronteiras entre o *self* e o outro e a

criação de identidades eram cada vez mais realizadas por e mediante discursos científicos e médicos” (p. 14).

Propôs em seu livro “A Hora de Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina” (2005) a necessidade de se aprofundar os estudos sobre a temática, a partir de suas formas não-nazistas, uma vez que ao relembrar a eugenia extraordinária se camuflaria suas outras formas e efeitos, pois trazia à lembrança o caráter da aberração histórica e da imoralidade que se pretendia esquecer, fazendo-se necessário “recapturar a eugenia” “ordinária e seus significados sociais” (Stepan, 2005, p. 13).

A eugenia na América Latina utilizou dos conhecimentos científicos “supostamente universais” (Stepan, 2005, p. 14) sobre a hereditariedade em prol dos seus projetos de modernidade e progresso, particularmente em seus estudos sobre o Brasil, Nancy Stepan, revelou como,

Os eugenistas brasileiros baseavam sua eugenia não na concepção mendeliana da genética, a estrutura dominante na Grã-Bretanha, nos Estados Unidos e na Alemanha, mas em uma corrente alternativa de noções lamarckianas de hereditariedade. Esse estilo de eugenia refletia conexões científicas de longa data com a França, bem como fatores mais locais de cultura política; ajudava também a estruturar os debates sobre a degeneração e determinava como a nova genética e as ciências do saneamento interagiriam de forma inovadora na “eugenia”. Se a eugenia brasileira tinha uma base científica distinta, sua aplicação às áreas críticas da reprodução e da sexualidade também a distinguia. [...] como a ideologia racial no Brasil afetara a forma como a eugenia centralizava o discurso científico e o debate social, e como a eugenia tornara-se fonte de discussões interpretativas entre vários grupos que tentavam usá-la para seus distintos projetos políticos (Stepan, 2005, p. 14-15).

Deste modo, conforme visto nos tópicos anteriores, foi necessário criar um *modus operandi* próprio para forjar sua história, memória e povo brasileiro; um projeto político de genocídio do negro, mas também dos indígenas. A eugenia serviu como mecanismo perfeito para que esse “outro” fosse laboriosamente forjado como um inimigo que precisaria assumir cada vez mais as características, valores, morais e cultura do colonizador, este sim sujeito de direitos, cidadão e ser humano.

Stepan (2005) descreveu em suas investigações como na América Latina, sobretudo depois da Primeira Guerra Mundial, as ideias da eugenia ganharam força, pois abriram a possibilidade para pensar saídas para a civilização, progresso, evolução e regeneração de suas emergentes nações. “A partir de então, a eugenia tocou ou influenciou a história da medicina, da família, da maternidade, da população, da criminologia, da saúde pública e do bem-estar social. [...] articulou novas e poderosas imagens da saúde como questão de hereditariedade e raça” (Stepan, 2005, p. 15).

Com isso, precisamos compreender como esse projeto discursivo da eugenia se construiu no Brasil, para vislumbrar outras análises sobre a contemporaneidade da saúde pública no país. Foi com Francis Galton, cientista britânico, que a palavra eugenia foi criada em 1883, para se referir aos bem-nascidos (do grego *eugen-s*). Período próximo ao fim da escravidão no Brasil, mas que já despontavam mobilizações abolicionistas desde 1880 e Leis com esse cunho, a exemplo, do Ventre Livre em 1871, as quais anunciavam a preocupação com o problema que estaria por vir quando da Lei Áurea (1888): o que fazer com os negros escravizados que agora serão livres?

A população negra começara a despontar como um incômodo que precisava ser solucionado. Nesse sentido, os discursos eugênicos e a sua ação como tecnologia tinha como foco a população, mas também o corte ao nível biológico mais profundo, a genética humana para aprimoramento da sociedade brasileira seguindo as leis da hereditariedade. Mbembe (2018) ao focar não mais na razão e, ter oferecido outros elementos para análise, a saber, a “instrumentalização generalizada da existência humana e a **destruição material de corpos humanos e populações**” (p. 11, grifo nosso).

Podemos, então, ter indícios de que a necropolítica enquanto projeto de gestão da morte tem ingerência sobre os corpos biológicos, inclusive a níveis microscópicos, mas também sobre as populações. Do mesmo modo, ela não é mera replicadora de mecanismos já existentes, é, também, capaz de forjar suas próprias tecnologias e técnicas, assim como forjar um mundo de morte, ou pelo menos articular, ou dispor as ações e elementos da sua fundação, produzindo outras subjetividades e relações que tem na raça a pedra angular do seu projeto político da morte. É válido dizer que em se tratando de corpos negros, estes são sempre tridimensionais: são individuais, coletivos e ancestrais (Amador de Deus, 2011), logo, as tecnologias que visem à sua destruição atingem esse corpo em todas essas características.

Simone Rocha (2014) demonstrou como a eugenia teve enraizamentos diversos pelos países por onde se fez presente ao longo do tempo. Na Grã-Bretanha, foi fundada em 1907 a *Eugenics Education Society* que teve no ano seguinte, Francis Galton enquanto presidente honorário e foi presidido pelo filho de Charles Darwin, Leonard Darwin (1911 a 1928), tendo seu nome alterado para *Galton Institute*, em 1989.

Mediante a ideia do “valor cívico” hereditário (Rocha, 2014, p. 21) proposto por Galton, deveria ser incentivada a reprodução nas classes mais altas e a sua diminuição nas demais. No início do século XIX, os eugenistas ingleses, acreditavam na hereditariedade da “debilidade mental” (p. 21) e lançaram mão dos métodos da segregação e da esterilização, chegando a existir no Parlamento britânico leis que proibiam a reprodução das pessoas com essa patologia e a

punição para pessoas não eugênicas que se casassem com elas. De modo geral, eram criminosos, pessoas com transtornos psicológicos e outros ditos degenerados os que eram considerados não eugênicos e, portanto, deveriam ser alvo dos métodos de diminuição reprodutiva.

Nos Estados Unidos da América, foram criadas disciplinas nas Universidades, houve crescimento exponencial dos adeptos “da causa pró-melhoramento racial” (Rocha, 2014, p. 23) e, vultuosos investimentos financeiros. As legislações criadas foram para “esterilização compulsória do inadequado; prevenção de casamentos não eugênicos e controle da imigração” (ibidem).

Em 1907, foi criada em Indiana, EUA, a primeira lei sobre a esterilização, pois se acreditava que o crime, a “idiotia” e “imbecilidade” eram hereditárias. Chegou a existir em mais de 15 estados e a maioria incluía os “epiléticos” nesse rol de desajustados, só na Califórnia, tem-se registro de cerca de 3000 pessoas esterilizadas (Rocha, 2014).

O psicólogo Robert Yerkes chegou a criar o *Quociente de Inteligência - QI* (Escala Yerkes-Bridge) para facilitar a seleção dos que poderiam deteriorar a “imagem de uma nação eugenizada, próspera e rica” (idem, 2014, p. 24) com fins de encaminhar para esterilização,

as vítimas eram habitantes pobres, o “lixo branco” rural da Nova Inglaterra à Califórnia, imigrantes de toda a Europa, negros, judeus, mexicanos, nativos americanos, epiléticos, alcoólatras, criminosos banais doentes mentais e quaisquer outros que não tivessem os cabelos louros e os olhos azuis do ideal nórdico que o movimento eugenista glorificava (Black, citado por Rocha, 2014, p. 24).

As leis de proibição matrimonial ocorreram de dois modos nos EUA: proibindo a união entre brancos e negros, essa existente desde o período colonial, e as que impediam o casamento entre aqueles considerados deficientes. O *Act to Regulate Immigration* de 1882 era o controle de imigração que impedia aqueles que diante os olhos do Estado seriam um peso por não poderem cuidar de si, na década de 1920 a lei de imigração passou a adotar o preconceito racial em relação aos imigrantes do leste e sul da Europa (Rocha, 2014).

Alfred Ploetz, um dos precursores do movimento eugenista na Alemanha, criou em 1909 o periódico *Archiv für Rassen-und- Gesellschafts-Biologie* com o intuito de agregar autores e publicações em defesa e melhoramento da raça. Em 1910 fundou a Sociedade de Higiene Racial, da qual Galton foi presidente honorário, “Os membros eram pessoas brancas, adaptadas do ponto de vista ético, intelectual e físico, além de prósperas em termos econômicos. Ploetzs era moderadamente antissemita, simpático ao pan-germanismo e à superioridade nórdica” (Rocha, 2014).

Quando em 1933 a República de Weimar declinou, o nazismo com Adolf Hitler ascendeu ao poder defendendo a superioridade da raça ariana, seu melhoramento e o impedimento à mistura com as raças consideradas inferiores. Em 1933 foram promulgadas leis de esterilização compulsória em que cerca de 400.000 pessoas foram submetidas a ela. O desembocar dessa sucessão de fatos já é conhecido por todos, quanto da construção de vários campos de concentração em que o mais conhecido é o de Auschwitz (idem, 2014). Acredita-se que uma média de 5 milhões de judeus tenham sido assassinados.

No Brasil, foi criada em 1918 a Sociedade Eugênica de São Paulo, localizada na Faculdade de Medicina, em 1929, em vigor até 1933. Surgiu o Boletim de Eugenia (1929-1933) sob responsabilidade do Instituto Brasileiro de Eugenia, em que Renato Kehl, médico e farmacêutico, foi seu diretor. Entre seus objetivos, estava: “[...] promover o movimento eugenista, despertando o interesse público para os problemas do país que, segundo os eugenistas, teriam origem racial” (Rocha, 201, p. 43).

Simone Rocha (2014), ao analisar a manifestação de Renato Kehl sobre o carnaval, argumenta que este,

[...] manifestava seu desprezo às características culturais e aos aspectos físicos do povo brasileiro. Nesse sentido, pode-se compreender em seu discurso que os aspectos de classe (plebe) são associados a fatores de inferioridade física, intelectual e moral (feia, desengonçada, doente, maus instintos). Por outro lado, os concursos de beleza realizados no país neste período, [...] procuravam valorizar outras características que se opunham a algumas dentre as citadas acima e que seriam desejáveis, em termos eugênicos (p. 47).

A partir do exposto, é importante pontuar que embora a nomenclatura *eugénics* tenha sido cunhada por Galton e suas movimentações a partir de então ter possibilitado aglutinar pensadores e pesquisas em torno do movimento/ciência da eugenia, “a ideia de melhoramento da raça já existia desde a Antiguidade” (Rocha, 2014, p.16).

Podemos à primeira vista pensar que as ideias de Galton sobre a eugenia estejam sobre a égide exclusiva da biopolítica uma vez que esta visa, em um olhar desatento, o melhoramento de um grupo populacional, envolve taxas de natalidade e experimentos para esse fim. No entanto, ao examinar mais de perto os discursos e os eugenistas, percebe-se que o objetivo de garantir o aumento reprodutivo dos bem-nascidos, continha como lógica interna de sua constituição a diminuição, leia-se a destruição, das classes consideradas não-eugênicas. Por meio de técnicas diversas voltadas para selecionar e excluir pessoas com transtornos psicológicos, déficits cognitivos, deficiências físicas, outras crenças religiosas, outras culturas,

dependências químicas entre outros, o que prevalece na tecnologia da eugenia é a raça como pressuposto para selecionar os aptos a permanecerem sua existência na terra.

Foi por meio dos saberes e práticas médicas, onde as ideias tiveram grande aceitação, que circularam as teorias de Galton quando do início institucionalização da eugenia. Havendo grandes movimentações para fazerem parte da “consciência” de toda população, quase como uma religião.

Os movimentos sanitaria e higienista em alguns momentos se fundiram ao movimento eugenista, em outros se distanciaram. Tanto os médicos sanitaria e como o poder público buscaram encontrar medidas que amenizassem as dores de uma sociedade pobre e doente, que resistia aos ditames da modernização por apresentar problemas básicos a serem resolvidos (Rocha, 2014, p. 12).

Nesse sentido, uma história da saúde pública que não leve em consideração a eugenia enquanto presente até hoje e, mesmo, as ideias de melhoramento genético presente desde os tempos coloniais, no caso do Brasil, e enraizada no tecido social e nas noções de “saúde” e “bem-estar” tende a ser enviesada, por não considerar que a saúde também está no bojo de diretrizes sob o jugo da morte e suas políticas, tecnologias e técnicas. O que se pretendeu aqui foi apontar uma delas; a saber, a tecnologia da eugenia, como promotora não de vida e tampouco como condições de cuidado em saúde, mas sim da confecção de elementos orientados para destruição, desde os genes até culturas inteiras, ao propiciar o terror, o estado de sítio, criar o inimigo racial e camuflar discursivamente a raça.

Por outro lado, vale resgatar que a necropolítica no que se refere a população negra no Brasil é um dos aspectos estruturantes da política de saúde. Buscando dialogar com o período pós-constituição de 1988, é importante analisar de que forma essas matrizes do pensamento racial e da saúde interferem no arcabouço e na implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra na atualidade? Quais os seus impactos e tensionamentos? Como esses aspectos estão sendo implementados no nível nacional e no município de Belém. São aspectos que serão descritos e analisados. É o que faremos a seguir.

4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: UMA POLÍTICA DO SUS

Foi longo o caminho para criação da lei n.º 8080/90 que instituiu o Sistema Único de Saúde brasileiro e esse processo contou com vários setores da sociedade civil organizada. Faz-se necessário começar este capítulo lembrando que, de forma geral, os princípios do SUS

podem ser divididos em: 1) universalização, 2) equidade, 3) integralidade, 4) regionalização e municipalização, 5) descentralização com direção única em cada esfera e, 6) participação popular. Sendo a descentralização e comando único, o atendimento integral e a participação da comunidade, diretrizes que constam no art. 198 da Constituição Federal na seção “Da Saúde”.

Entretanto, a equidade não é um princípio que consta *ipsis litteris* na lei que instituiu o SUS e nem na Carta Magna, embora seja reconhecido como um “princípio doutrinário”. O inciso da lei n.º 8080/90, assim enunciou: “IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”. O termo “equidade” apareceu formalmente pela primeira vez na cartilha de 1990 do Ministério da Saúde intitulada “ABC do SUS: Doutrinas e Princípios” e “seu conceito estava relacionado à igualdade dos cidadãos perante as ações e serviços do SUS” (Albrencht, Rosa, Bordin, 2017, p. 117).

EQÜIDADE – É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos (Brasil, 1990, p. 5).

A perspectiva da igualdade não engloba as iniquidades que vêm sendo debatidas há algum tempo, incluindo as discussões no campo da saúde ao nível internacional. Pois, a equidade desloca o foco da noção que a igualdade carrega para dar espaço para as diferenças que foram historicamente transformadas em desigualdades para criar e manter hierarquias diversas.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários que ocorreu no Cazaquistão (URSS) em que foi construída a Declaração de Alma-Ata (1978) já constavam ideias como; responsabilidade do Estado sobre a saúde da sua população, participação individual e coletiva da comunidade, prioridade nas ações de cuidado no nível primário e próxima da localidade onde as pessoas vivem e trabalham, a educação para proteção, prevenção, reabilitação e assistência (cura) e, o reconhecimento das “II A chocante *desigualdade existente no estado de saúde dos povos*, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, *assim como dentro dos países [...]*” e “[...] levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e *dando prioridade aos que têm mais necessidade.*”

A carta de Ottawa, fruto da I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde que ocorreu no Canadá no ano de 1986, marcou o início das discussões sobre equidade no âmbito da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Albrencht, Rosa, Bordin, 2017). A Carta trouxe enquanto pré-requisitos para saúde “Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda -

Ecossistema estável – Recursos sustentáveis - Justiça social e *Equidade*”. No tópico da capacitação propôs que “*Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde*. As ações de promoção da saúde objetivam *reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários* para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde.” Já no tópico das “Significações das Ações em Promoção de Saúde: construindo políticas públicas saudáveis”, afirmou que esta seria “[...] uma ação coordenada que aponta para a *equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais*”. E, por fim, propôs entre seus compromissos de pactuação o de “atuar no campo das políticas públicas saudáveis e advogar um compromisso político claro em relação à saúde e à *equidade em todos os setores*,” e, também, “atuar pela *diminuição do fosso existente, quanto às condições de saúde, entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais, bem como lutar contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta mesma sociedade*”.

Segundo Albrencht, Rosa e Bordin (2017), foi a partir deste momento que a Organização Mundial da Saúde solicitou à professora em Saúde Pública na Universidade de Liverpool e conselheira da OMS para Pesquisas sobre Determinantes Sociais da Saúde, Margarete Whitehead, um estudo para refinar a definição de equidade considerando a polissemia existente acerca da sua utilização. Para Whitehead não há uma definição única para equidade, inseriu a dimensão ética e moral para se referir a essa concepção.

Ao discorrer sobre equidade e saúde, Whitehead (1992) parte de dois pressupostos: grupos de pessoas menos favorecidas têm menores chances de sobrevivência e existem grandes diferenças nas experiências de adoecimento entre as pessoas. Considerando que existem diferenças no perfil de saúde entre nações e entre grupos de uma mesma nação, a inequidade se refere a uma diferença específica: a desnecessária, evitável e injusta. Tal termo ganha uma perspectiva moral e ética, à medida que, embora os fatores biológicos e os efeitos de pessoas doentes se deslocando para classes sociais mais baixas sejam em parte responsáveis pelas diferenças em saúde, os fatores socioeconômicos e ambientais são os protagonistas nesse cenário (Albrencht, Rosa, Bordin, 2017, p. 116).

E, ainda segundo os autores, Whitehead (1992) enfatiza que,

a equidade exige que, idealmente, as pessoas tenham oportunidades justas de atingir seu potencial em saúde e que ninguém deveria ser menos favorecido de atingir esse potencial, caso essa situação possa ser evitada. As políticas deveriam reduzir ou eliminar as diferenças em saúde que são resultado dos fatores considerados evitáveis e injustos (Albrencht; Rosa; Bordin, 2017, p. 116).

Não existe no Brasil uma base igualitária formal ou não-formal que justifique a igualdade como pressuposto ideológico ou prático, seja no acesso ou na prestação do serviço, uma vez que o necropoder elencou a raça para personagem principal na construção do país e seu ideal de embranquecimento fez vigorar até hoje uma hierarquia racial apoiada na inferioridade da população negra e superioridade da população branca.

Um balizamento que visa dar continuidade às discussões que permearam a construção do SUS enquanto projeto em aberto cujo ápice, para além sua legalidade formal, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que pautou a mudança no conceito de saúde, criação de um sistema único, modos de financiamento, responsabilização do Estado e demais noções essenciais que constam na Lei orgânica do SUS.

Já estavam presente em março daquele ano (1-21/03/1986) algumas noções de equidade e a confirmação das desigualdades estruturais enquanto o terreno de implementação de um sistema unificado, como podemos notar no Relatório Final da 8ª CNS em seu tema 2 – “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” (8ª CNS), que trazia a seguinte alínea “b) atinentes às condições de acesso e qualidade: - universalização em relação à cobertura populacional a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas; - equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção [...]”.

Os estudo sobre a equidade, no geral, o associam à noção de justiça social. A pergunta que deve ser feita, é: quem julga? Isto é, quem é o juiz? Sob quais bases estariam assentados o julgamento? Qual ética? Qual moral? Os autores Albrencht, Rosa e Bordin (2017), apontam que o principal autor trazido para dialogar acerca da noção de justiça social é o filósofo John Rawls (1921 – 2022) para quem o ponto de partida é uma situação hipotética cujos indivíduos são iguais que as instituições seriam as peças principais para garantir ou não as circunstâncias favoráveis aos indivíduos.

Daqui já temos, inicialmente, dois problemas: 1) ter como condição inicial a igualdade, hipotética ou não, é desconsiderar que o racismo está estruturado e gera desigualdades concretas e simbólicas, 2) As instituições reproduzem o racismo cotidianamente. Assim, a lente de justiça social já nasce embaçada em sua origem. Os autores em questão apresentam as ideias do professor de economia e filosofia Amartya Sen, que se opõe a Rawls ao argumentar que a justiça social não pode ser reduzida às escolhas institucionais ou partindo de “arranjos sociais ideias” (ibidem., p. 117). Ele recoloca a agência da atuação em prol da justiça social nas capacidades e características internas e externas das pessoas.

Albrencht, Rosa e Bordin (2017) realizaram uma revisão de bibliografia visando compreender como o princípio da equidade tem sido estudado por pesquisadores brasileiros na

saúde. Como resultado de bases diferentes pesquisadas, eles analisaram 34 artigos que desenvolvem uma discussão sobre equidade. Saltou aos olhos que nenhum dos 34 estudos presentes na pesquisa abordaram a equidade em saúde, relacionando-a à equidade racial ou equidade racial em saúde. As tentativas de definir equidade, centraram-se, sobremaneira, nas noções de classe, não pontuando outras categorias como raça, gênero, orientações afetivas, regiões geográficas, entre outros.

Nesse sentido, precisamos retomar algumas ideias apresentadas pelo sociólogo argentino Carlos Alfredo Hasenbalg (1942 – 2014) estudioso das relações raciais brasileira que destinou muito de suas obras e coparticipações em escritos, sobre a transição da sociedade escravagista para a da industrialização, apontando os efeitos e impactos do racismo na mobilidade social da população negra. Para o sociólogo, não basta procurar as respostas para a situação atual no sistema escravocrata, uma vez que a raça e, por tabela, o racismo, atualizaram-se e se integraram aos mecanismos funcionais das sociedades industriais e na distribuição dos “lugares” sociais. Sendo assim, o racismo não é algo que ficou no passado como muitos querem acreditar, mas segue em um ciclo cumulativo de desvantagens (Hasenbalg; Silva, 1988), em que para o autor a educação e o mercado de trabalho são os dois principais estágios de desvantagens nessa competição desigual.

A presença desproporcional de pretos e pardos na base da hierarquia social deve-se em parte à sua maior concentração numérica em regiões menos desenvolvidas do Brasil. Além dessa desvantagem locacional, os efeitos de práticas racistas fazem-se sentir em todas as fases do ciclo de vida dos não-brancos (Silva e Hasenbalg, 1992). É nas etapas desse ciclo, que precedem o ingresso no mercado de trabalho, que pretos e pardos têm limitadas suas oportunidades educacionais. À menor dotação de educação, recurso cada vez mais importante na competição por lugares na estrutura ocupacional, acrescentam-se os resultados da discriminação racial no próprio mercado de trabalho, fechando-se o círculo vicioso que confirma pretos e pardos em posições sociais subordinadas. (Hasenbalg, Silva, 1999, p. 31).

Percebe-se que em cada etapa na vida da população negra a competição sócio racial agrega novas discriminações e obstáculos que aumentam as desvantagens sociais e limitam as oportunidades para sua plena inserção social. Neste sentido, falar de “oportunidades justas” referente à população negra, implica direta e necessariamente falar sobre racismo. Do mesmo modo, qualquer tentativa de falar de equidade em saúde sem incluir a equidade racial é uma ilusão mais uma vez baseada nas pressões externas dos acordos internacionais, porém, sem efeito prático na vida da população negra brasileira.

A raça, como atributo social e historicamente elaborado, continua a funcionar como um dos critérios mais importantes na distribuição de pessoas na hierarquia social. Em

outras palavras, a raça se relaciona fundamentalmente com um dos aspectos da reprodução das classes sociais, isto é, a distribuição dos indivíduos nas posições da estrutura de classes e dimensões distributivas da estratificação social (Gonzalez, Hasenbalg, 1982).

Para o sociólogo, existem duas condicionantes explicativas da atual situação desigual do negro: 1) geográfica: em que a população negra está distribuída desproporcionalmente, sendo que ela “vive nas regiões predominantemente agrárias e menos desenvolvidas do Brasil” (Gonzalez, Hasenbalg, 1982, p. 90) e, 2) as práticas do racismo, assim expostas:

Com relação ao racismo, além das práticas discriminatórias, uma organização social racista também limita a motivação e o nível de aspirações do negro. Quando são considerados os mecanismos sociais que obstruem a mobilidade social ascendente do negro, às práticas discriminatórias dos brancos devem ser acrescentados os efeitos derivados da internalização pela maioria da população negra de uma auto-imagem desfavorável. Esta visão negativa do negro começa a ser transmitida nos textos escolares e está presente na estética racista veiculada permanentemente pelos meios de comunicação de massa, além de estar incorporada num conjunto de estereótipos e representações populares (ibidem., p. 91).

Atente para a profundidade do enraizamento que o racismo no Brasil conseguiu alcançar: a noção de – eu, *self*, *persona*, de si, ou outro nome que a psicologia deseje batizar – desde que se refira a essa internalização que causa uma cisão na autoimagem, na autodefinição e autorreconhecimento da pessoa negra, que devido à presença deturpada e/ou falta de arcabouços explicativos positivos sobre o “ser negro”, o ideal de embranquecimento passa a ocupar essa lacuna com, a consequente, introjeção dos modelos de existir, pensar, sentir e fazer da branquidade. A negritude é colocada, então, como um movimento-posicionamento político, ético, ancestral, cultural e crítico de que anseia pela subversão dos lugares socio racialmente instituídos, mas, acima de tudo, em poder existir plena e integralmente enquanto negras, negros e negres.

Não existem soluções e nem análises simples ou únicas para encontrar caminhos na tentativa de contornar o problema do racismo para a população negra. Mas, há a certeza de que precisamos falar sobre isso! A equidade, sem análise racial, favorece o racismo. São tentativas parciais e incompletas que servem aos interesses do necropoder, sobretudo, como este se construiu e se atualiza no Brasil, tendo como veículo o silêncio e a negação da existência do racismo.

Por fim, ainda no encalço de Carlos Hasenbalg (2005) para quem:

[...] a raça, como traço fenotípico historicamente elaborado, é um dos critérios mais relevantes que regulam os mecanismos de recrutamento para ocupar posições na

estrutura de classes e no sistema de estratificação social. Apesar de suas diferentes formas (através do tempo e espaço), o racismo caracteriza todas as sociedades capitalistas multirraciais contemporâneas. Como ideologia e como conjunto de práticas cuja eficácia estrutural manifesta-se numa divisão racial do trabalho, o racismo é mais do que um reflexo epifenomênico da estrutura econômica ou um instrumento conspiratório usado pelas classes dominantes para dividir os trabalhadores. Sua persistência histórica não deveria ser explicada com mero legado do passado, mas como servindo aos complexos e diversificados interesses do grupo racialmente supraordenado no presente (Hasenbalg, 2005, p. 124).

Mediante estas perspectivas, fica a pergunta de como abordar as noções de recurso e classe, sem considerar como foram racialmente estruturados para privilegiar uns em detrimento de outros? Definitivamente é uma escolha arriscada cujo final é reafirmar uma estrutura racista.

Nesse sentido, retomando as dimensões éticas e morais atribuídas por Whitehead à equidade e à noção de justiça social, as epistemologias negras vêm há muito tempo afirmando que existem outras éticas e morais fora do mundo ocidental-branco e, sobre isso, trago as ponderações sobre a justiça para o povo Iorubá na figura de Xangô:

Nesse contexto, a figura de Xangô aparece como guardião da ordem e como orixá do fogo, dos raios, do trovão e da justiça. Carrega consigo um machado de dois gumes, o Oxé, que representa o equilíbrio que mantém o universo balanceado e consistente. A justiça de Xangô se apresenta, pois, como uma justiça responsiva, que enxerga, que ouve e que distribui de maneira equânime. [...] Pra você, o que é justiça? Uma sociedade que tanto fala em justiça, provavelmente é porque carece dela! Tendo ainda que enfrentar a Era da escassez dos símbolos, do vício das palavras esvaziadas e conceitos rasos, e da tentativa de silenciar nossa história e apagar nossa memória ancestral. A justiça de Xangô está para além do ordenamento jurídico, ampliando o olhar para a força das leis do universo que regem a natureza humana e todas as formas de vida na TERRA. [...] Justiça é a lei da ORDEM universal, onde cada coisa em seu devido lugar encontra sentido e potência. Para ordenar esta grande orquestra planetária é preciso, antes de tudo, ter a ética de olhar pra si mesmo(a) dentro do julgamento. Se enxergar como exemplo a iluminar a decisão. Xangô tem a obrigação de uma responsabilidade cármica ao julgar. Isso significa que sua decisão também se tornará seu carma. Por isso mesmo, quando julga, o faz sob a lâmina de seu próprio machado, que ao primeiro erro, degola a si mesmo. Tornou-se assim o Orixá da Justiça, pois em sua grandeza e sabedoria, no bater do martelo, nunca errou a sentença (Ramos; Prazeres, 2020, ON-LINE²⁶).

Se a justiça social, fosse feita sob a ponta do Oxé, certamente o racismo entraria enquanto critério a ser pesado para tomar a decisão pela equidade. Nesse sentido, advogo que dever ser indispensável falar de equidade racial, seja na saúde ou em qualquer outro âmbito. Assim, a equidade passa a acionar as diferenças, não para eliminá-las, posto que “cada coisa em seu devido lugar tem seu sentido e potência” que podem ter tentado solapar da nossa memória e dos nossos corpos, mas que resistiram às tentativas de padronização. O que deve ser

²⁶ Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/justica/justica-de-xango-uma-proposta-etico-juridica-a-partir-da-orixalidade/>

equiparado e equilibrado são as oportunidades que na história da população negra brasileira são profundamente desvantajosas e atingem a negação de “mim mesma” frente o mundo branco.

Para Margarete Whitehead e Göran Dahlgren (2006) “a origem étnica precisa ser incluída nas análises das iniquidades sociais em saúde em países com discriminação étnica acentuada” (p. 22), assim como a procedência geográfica. Os autores, contudo, fazem essa breve menção ao que poderíamos aproximar das noções étnico-raciais, contudo sem aprofundar e considerando argumentando sobre a importância dos aspectos socioeconômicos, apenas que, como já apontado por Hasenbalg, torna-se impossível falar de raça sem falar de classe e vice-versa.

Para finalizar, outro documento em que consta explicitamente o termo equidade é a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB-96) que visa à regulação do SUS. De modo geral, a equidade é adotada neste instrumento para se referir ao funcionamento, participação nos espaços decisórios e distribuição financeira aos municípios em relação ao Sistema Único de Saúde, assim como pensar a atuação tripartite e as responsabilidades objetivando à “integralidade com equidade”. Admite-se, neste documento, a discriminação positiva como forma de atuação no SUS com vistas à garantia da equidade.

Dito isso, convém reafirmar que o sistema de saúde brasileiro é um dos mais completos em prática e, por isso mesmo, mais complexos do mundo (englobando aí as peculiaridades geomorfológicas, demográficas e históricas). Uma conquista dos movimentos sociais, pesquisadores e políticos da época da 8ª CNS e da redemocratização brasileira. E, justamente (mas não apenas), pela grandiosidade do projeto em execução é que ele continua em construção, uma vez que para se garantir a saúde como um direito de todos é preciso que se considere o substrato desigual em que se assenta a implementação do SUS, o caráter multirracial da sua população e sua geografia díspar.

Nesse sentido, Almeida (2018) ratifica que sendo as instituições reprodutoras do racismo vigente na sociedade e tendo mecanismos próprios de manutenção da hierarquia racial em seu funcionamento, faz-se necessário não apenas denunciar tais práticas, mas construir políticas e adotar medidas compensatórias antirracistas e de afirmação dos direitos da população negra. Diga-se de passagem, a maioria da população brasileira!

Foi nesse sentido que os movimentos negros, mesmo tendo participado ativamente das ações e movimentos em prol do Sistema Único de Saúde, alegam que não foi o “suficiente para inserir, no novo Sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo.” (Werneck, 2016, p. 536). Nesse sentido, é urgente compreender e acionar as formas de

resistência que a população negra lançou mão para pautar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

4.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM PROJETO EM VIAS DE CONCLUSÃO

Os caminhos para uma redemocratização do país, pós-ditadura militar (1964-1985), foram marcados por atrocidades, crises econômicas, conflitos políticos e várias insurgências. Entre elas consta o Movimento Sanitarista Brasileiro e sua Reforma Sanitária, cujos atores diversos apontaram como queriam que fosse a saúde pública para a democracia que já despontara com a Assembleia Nacional Constituinte, convocada por José Sarney em 1985.

Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), centralizado e unificado, com objetivo de racionalizar a administração, ampliando a cobertura previdenciária e serviços médicos aos trabalhadores com carteira assinada. O Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) foi criado em 1977 pela lei 6.439, considerado uma autarquia federal que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas). Ao INAMPS consistia na função de garantir a assistência médica aos segurados, agora todos os que contribuía com a previdência social, enquanto a gestão financeira cabia ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). O INAMPS foi a política pública em saúde que precedeu o SUS e vigorou até 1993, quando foi extinto pela lei 8.689.

Desde o início a reforma na saúde assumiu o caráter de movimento envolvendo atores diversos, foram políticos, profissionais da saúde, funcionários públicos, intelectuais e movimentos sociais diversos. Em 1970 foi criada a revista Saúde em Debate, pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) “visando veicular as novas perspectivas de análise da saúde em prol das ideias-base para a viabilização da Reforma Sanitária” (Cohn, 1989, apud, Cotta; Mendes; Muniz, 1998, p. 18). Em 1979, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) surge nesse contexto para organizar os debates sobre o modelo de saúde que era pensado para o novo sistema, criticando o modelo assistencial-hospitalar e propondo outras possibilidades para o incipiente sistema de saúde pública.

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela lei 8.080/90 atribuiu ao Estado o dever de “prover condições para o efetivo funcionamento do modelo de saúde para a sociedade brasileira” (Cotta; Mendes; Muniz, 1998, p. 17). As características básicas que se pensavam para o novo sistema eram, a universalização do atendimento e da cobertura, hierarquização e

integralidade do sistema, regionalização, descentralização e unificação, além de instituir modos de participação e controle social da política. De modo geral, queria se sobrepor o modelo de privatização amplamente adotado no período militar e ampliar o acesso aos serviços de saúde para além dos trabalhadores contribuintes da previdência; a saúde deveria ser um direito de todos.

Para além das análises sobre o problema de o setor privado não ter assumido o papel único de complementar a médio prazo, com o do proposital sucateamento do Sistema que gera insatisfação com a qualidade dos serviços, esconde-se um projeto anterior de sociedade em que o título de cidadão e humano não é extensível a todos os indivíduos e grupos.

O “ideal universalizante igualitário” (Art. 194, itens I e II, da Carta Constitucional), que orienta a criação do SUS, carrega em si grande ambiguidade. A universalização de cobertura e do atendimento, tendo como modelo sociedade de base distributiva relativamente homogênea, quando transportada para uma sociedade de profunda e estrutural desigualdade social, dependendo de restrições orçamentárias, pode tender à exclusão de alguns grupos sociais (Fleury, 1994, citado por Cotta; Mendes; Muniz, 1998, p. 26).

E sobre essas desigualdades sociais, destacamos o projeto de genocídio da população negra no Brasil que acompanhou a construção do Estado-nação brasileiro, desde os tempos coloniais quando da invasão europeia. Forjaram-se mundos de morte e inimigos ficcionais foram criados para ser eliminados como condição *sine qua non* para a existência dos bem-nascidos.

Desta maneira, as contribuições dos ativistas negros que atuaram na elaboração do Sistema Único de Saúde precisam ser retomadas, pois reforma não é revolução, como afirmou a assistente social Maria Inês Barbosa (2022), em entrevista concedida ao “Nós, mulheres da Periferia²⁷”. Esta entrevista também contou com a participação de Fabiana Pinto, sanitarista, pesquisadora e integrante do “Mulheres Negras Decidem” que ao rememorar a história da saúde pública brasileira comenta:

A história tradicional sobre a saúde pública no Brasil e a história da construção do SUS costuma privilegiar determinados atores. Entretanto, outros grupos também foram grandes responsáveis por avanços na década de 70, 80 e na consolidação da Constituição, mas são esquecidos como agentes políticos. O próprio Movimento Mulheres Negras Decidem retoma como as mulheres negras foram agentes políticos na construção das principais políticas públicas estruturantes do nosso país. Então, pode ser comum associar o movimento da reforma sanitária, um movimento que não passa por comunidades tradicionais, por movimentos sociais, por movimentos de

²⁷ Disponível em <https://nosmulheresdaperiferia.com.br/saude-publica-e-um-direito-e-nao-um-favor-diz-maria-ines-barbosa/>

base. Isso é ignorado propositalmente. No entanto, pensando nessa construção de orientação de políticas públicas nesse período, os acordos dos movimentos de profissionais que contribuíram para a criação de programas que, depois, se configuraram como políticas no nosso sistema, a cor dessas pessoas é a cor negra. Hoje, a Política Nacional de Atenção Básica, que teoricamente é a política estruturante, tem seus primórdios no programa de Saúde da Família. Se a gente for olhar para uma perspectiva mais longa, chegamos no programa de Agente Comunitário de Saúde. E quem eram as pessoas que pensaram essas políticas e aprimorando ao longo da história? Essas pessoas éramos nós, eram os movimentos sociais, movimento de trabalhadores. A história exclui movimentos comunitários. Essas grandes lideranças não são vistas como figuras pensantes e pessoas que formularam também essas políticas. O movimento de mulheres negras atual tem um papel fundamental, que é trazer de volta esse lugar, que é negado quando analisamos esse processo de construção histórica, de quem conta a história da reforma sanitária, da consolidação do SUS, da constituição do SUS. (Nós, Mulheres periferia, 2022, ON-LINE²⁸).

Como colocado por Fabia Pinto (2022), a história oficial tende a considerar alguns atores em detrimento de outros, os quais na sua grande maioria são aqueles ligados a conhecimentos, culturas e corpos que se deseja propositalmente apagar. Uma história da saúde pública que conte a participação e saberes das populações negras, indígenas e outras diversidades étnico-culturais continua por ser escrita, assim como recontar o movimento sanitaria recolocando os sujeitos negros em suas participações ativas para o processo de construção do SUS também se fazem necessárias.

Os movimentos negros vêm resistindo e trilhando caminhos outros para pautar a saúde da sua gente nas agendas das políticas públicas e mesmo na reescrita da história do Movimento Sanitarista Brasileiro para a construção do Sistema Único de Saúde que possa dar conta das desigualdades raciais, de gênero e afins que estão enraizadas no tecido social brasileiro.

As mudanças no cenário da saúde pública, em particular a implementação da Lei 8.080/1990, possuem a proposta de garantir a universalidade do atendimento e da cobertura, descentralização das ações e serviços, regionalização, hierarquização, integralidade do sistema e controle social da política, contudo, foram considerados insuficiente para os movimentos negros, uma vez que negligenciaram a existência do racismo para a eficiência e eficácia de sua prática. Ainda nos anos de 1980, o movimento de mulheres negras, já denunciava, por exemplo, a problemática do racismo em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos no estado de São Paulo (Araújo; Teixeira, 2016). Neste sentido, perseguimos o projeto de um Sistema Único de Saúde com equidade racial para população negra.

²⁸ Fonte: <https://nosmulheresdaperiferia.com.br/saude-publica-e-um-direito-e-nao-um-favor-diz-maria-ines-barbosa/>

4.2 CAMINHOS DE RESISTÊNCIA: ATIVISTAS NEGRAS/OS NA LUTA POR SAÚDE

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. (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, 2009)

Essa é a marca sob a qual se assenta a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009). Marca que reafirma o reconhecimento da existência e consequências do racismo na saúde, incluindo, o “fracasso coletivo das instituições” brasileiras em combatê-lo e nas responsabilidades advindas do racismo institucional. É uma política afirmativa que nasceu sob o signo da equidade racial: “a diversidade seja um valor [devendo] desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las”.

Considerando que desde antes de 1980, os debates acerca da equidade já estavam presentes nas denúncias do movimento negro quanto ao mito da democracia racial, péssimas condições de vida, violência policial, em suma, do racismo.

Eles recorreram a várias formas de protesto e recusa daquela condição que lhes fora imposta, entre as quais se incluíam o suicídio, o crime, a fuga, a insurreição, a revolta. O afrodescendente escravizado praticou, ainda, a forma não violenta ou pacifista de manifestar sua inconformidade com o sistema. Foi o mais triste e trágico tipo de rejeição – o banzo. O africano era afetado por uma patética paralisação da vontade de viver, uma perda definitiva de toda e qualquer esperança. Faltavam-lhe as energias, e assim ele, silencioso no seu desespero crescente, ia morrendo aos poucos, se acabando lentamente (Nascimento, 2017, p. 71).

Nesse sentido, recontar sobre os passos que viabilizaram a Política Nacional de Saúde da População Negra, possibilita atribuir protagonismo às resistências históricas da comunidade negra que sempre as acompanharam e é sobre as diversas lutas que negras e negros vêm travando ao longo dos anos que os tópicos seguintes explanaram.

4.2.4 Primórdios de uma política: mulheres negras e direitos reprodutivos

As sujeitas políticas, mulheres negras, sob a égide, sobretudo, do feminismo negro, demandaram desde o início que nossos corpos são marcados localizada e situacionalmente de maneira interseccionada, isto é, mediante a interconexão das diferentes formas de opressões a que estamos submetidas. Logo, não é possível seccionar em compartimentos as estruturas que

tanto atravessam a vida de mulheres negras, quanto destinam lugares específicos nos sistemas sócios, raciais, econômicos, políticos, subjetivos, entre outros. Assim, toda e qualquer análise, ao considerar uma visão monocular de “categorias” de opressões, incorre no risco de uma leitura estática e superficial da vida concreta da população negra.

A população negra teve de forjar suas próprias ferramentas para se contrapor a uma sociedade racista que a todo custo tenta eliminá-los. Foi nesse sentido que Reinehr (2019) ao analisar em suas pesquisas a relação dos movimentos negros com o Estado, observou que foi a partir do movimento de mulheres negras que a saúde começou a aparecer na agenda estatal. Serão demarcadas as denúncias em torno das condições de saúde reprodutiva das mulheres negras a partir dos eventos que cercaram 1) o controle de natalidade via planejamento familiar e esterilização que culminaram na 2) Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) de 1991.

Para Reinehr (2019), o período que vai de 1970 a 1995 foi marcado por ações mais dispersas do Estado em relação à saúde da população negra, sendo basicamente em função das reivindicações das mulheres negras sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos e para produção e publicidade de estatísticas das iniquidades raciais em saúde que ocorreram algumas mobilizações governamentais. Ressaltou ainda que foi em função das ações e denúncias de ativistas negras em articulações nacionais e internacionais nos mais diversos âmbitos, que o campo saúde da população negra emergiu para pesquisa, estudos e atuações em políticas públicas.

O planejamento familiar passou a constar na Constituição Federal de 1988 como a liberdade do casal organizar e projetar sua vida familiar, conforme seus planos e ideais, podendo utilizar ou não métodos contraceptivos, cabendo ao Estado garantir os meios para isso (Damasco, 2009). Antes dos anos de 1980, havia diferentes visões sobre isso, sendo a partir das pactuações sobre a IV Conferência da Mulher, Beijing (1995) que os direitos reprodutivos passaram a ser internacionalmente reconhecidos e, no Brasil, foi com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983.

As discussões acerca do planejamento familiar no Brasil, podem ser divididos em correntes: o primeiro momento de 1930-1961, marcado pela corrente política dos “pró-natalistas” com a defesa da família e o aumento da natalidade pelo bem da economia e desenvolvimento do país, chegando a constar na Constituição Federal de 1937 que famílias numerosas receberiam bonificações, o segundo período 1964-1974, marcou o embate entre os “antinatalistas” e os “anticontrolistas”, sendo os primeiros puxados por “setores liberais das forças armadas liderados pela Escola Superior de Guerra, agências do governo norte-americano

como IPPF e UNFPA e economistas” (Damasco, 2009, p. 97) e os últimos pela Igreja católica, nacionalistas militares e partidos de esquerda (ibidem.)

Ao defender uma postura “antinatalista”, os militares ligados a Escola Superior de Guerra alegavam preocupação com a segurança nacional.³⁵⁸ A corrente “antinatalista” foi ainda influenciada pelas políticas controlistas empreendidas pelo governo norte-americano. Estas - calcadas na idéia de que o alegado descontrole do aumento populacional constituía um entrave ao desenvolvimento econômico e social - chegaram ao Brasil na década de 1960, sobretudo, porque o governo norte-americano temia que o nordeste brasileiro se transformasse numa nova “Cuba” e cortasse relações com os Estados Unidos (Damasco, 2009, p. 97).

Guiados pelas agências *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), a U.S. *Agency for International Development* (AID), a *United Nations Fund for Population Activities* (UNFPA) e apoiados em teorias de controle neo-malthusianas, os governos estadunidenses tentaram convencer os demais países que o crescimento populacional levaria à escassez de recursos financeiros e alimentícios, tendo impacto direto na economia dos seus países (ibidem.)

Já as teorias contrárias às políticas de controle, podiam ser subdivididos em outros dois em função da influência da (1) Igreja Católica que era contrária a qualquer intervenção na fertilidade e procriação e, (2) partidos de esquerda que eram opositores às ideias de que a economia e política seriam afetadas com o controle da natalidade (Damasco, 2009, p. 98-99).

Em meio a essa conjuntura, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BEMFAM) foi criada em fevereiro de 1966, com o objetivo de: “promover e propugnar pelo bem-estar da família, como célula constitutiva da nação”. A criação da BEMFAM ocorreu no bojo da XV Jornada Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia no Rio de Janeiro, em 1965, na qual participaram 697 profissionais brasileiros da área. A BEMFAM era ligada à Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF), instituição norte-americana, de caráter controlista e que forneceu recursos à instituição brasileira para realizar seus serviços. Essa ligação entre a BEMFAM e a IPPF ilustrava a presença e a influência controlista norteamericana nas políticas relativas ao planejamento familiar no Brasil (Damasco, 2009, p. 99).

A Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BEMFAM), apoiou-se nas ações da AID, propagando o combate ao aborto e o mais importante, atuou em parcerias com convênios junto a setores privados e públicos da saúde, investindo em cirurgias de esterilizações. Suas ações existiram até meados dos anos de 1970, quando arrefeceu as disputas entre antinatalistas e anticontrolistas no Brasil (ibidem.). Deve se considerar que além da AID e da UNFPA, havia outras agências internacionais como USAID (*United States Agency for International Development*) e a FPIA (*Family Planning International Assistance*), assim como outras organizações brasileiras que também receberam investimentos estrangeiros como o Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMEC), criado em 1974 no Rio de

Janeiro e a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF), que surgiu em 1981 (Damasco, 2009, p. 99-100).

Posteriormente, começam a surgir no país tentativas de colocar em prática políticas de governo em relação ao planejamento familiar, a exemplo do Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (PPGAR – 1977) em que médicos foram provocados à sua elaboração, tendo publicado o documento “Normas para identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétricos e da infertilidade no programa de saúde materno-infantil” (1978). O documento propunha diversos riscos que traziam como solução o impedimento da gravidez, alguns teriam caráter transitório que se sanado o risco a mulher poderia engravidar e alguns permanentes, sendo a elas orientado de que “o tratamento da doença e a prevenção de gestação poderão ser permanentes.” (citado por Damasco, 2009, p. 101).

Damasco (2009) mencionou que em entrevista concedida pela médica Ana Maria Costa que ingressara no Ministério da Saúde quando da elaboração do referido programa, esta mencionara que dentre os riscos à gravidez, constava na versão original a “cor e a pobreza”, tendo sido removidos na versão publicada, sendo substituídos por “patologia e estatístico” (Damasco, 2009). Mesmo não constando no programa publicizado, fica o destaque para a existência desses dois critérios, raça e classe econômica no debate e ordem daquele momento.

Ainda assim, o programa recebeu severas críticas e não foi implementado, tendo surgido em 1979 o Programa Nacional de Paternidade Responsável, confrontado pela Igreja Católica, pois propunha outros métodos de contracepção que não apenas os naturais e, e em 1980 o Programa de Ações Básicas de Saúde (PREVSAÚDE) que teve a oposição dos empresários, contrários aos investimentos no setor público que a ação previa (Damasco, 2009). Em 1983 foi promulgado o PAISM em tom mais conciliatório entre os movimentos feministas, Igreja Católica e Estado.

Ainda em 1982 foi apresentada a polêmica e racista proposta para controle de natalidade do Grupo de Assessoria e Participação (GAP's) do governo do Paulo Maluf no estado de São Paulo. Foi elaborado pelo economista e assessor do GAP-Banespa, Benedito Pio da Silva, o “Censo de 1980 no Brasil e no estado de São Paulo e suas curiosidades e Preocupações” (1982) e distribuído pelos demais setores da gestão, tendo sido assim exposto pelo deputado Luiz Carlos Santos (MDB-SP) na ALESP:

A população branca corresponde a 55%, a parda a 38%, a negra a 6% e a amarela a 1%. De 1970 para 1980 a população branca reduziu-se de 61% para 55% e a parda aumentou de 29% para 38% (...) enquanto a população branca praticamente já se conscientizou da necessidade de controlar a natalidade, principalmente nas classes médias e altas, a negra e a parda elevaram seus índices de expansão em 10 anos, de

29 para 38%. Assim temos, 65 milhões de brancos, 45 milhões de pardos e um milhão de negros. A manter essa tendência no ano 2000 a população parda e negra será de ordem de 60%, portanto muito superior à branca, e eleitoralmente poderá mandar na política e dominar postos-chaves. A não ser que façamos como em Washington, capital dos Estados Unidos, que devido ao fato da população negra ser da ordem de 63% não há eleições. (“O censo de 1980 no Brasil e no estado de São Paulo e suas curiosidades e preocupações” *apud* Pronunciamento do deputado Luiz Carlos Santos, São Paulo, 5 de agosto de 1982, citado por Damasco, 2009, p. 107-108).

Fica nítida a preocupação com o “empretecimento” da população brasileira que estaria indo ao encontro do ideal de embranquecimento tanto almejado para o futuro promissor do Brasil. O temor foi tanto que cogitaram suspender o processo eleitoral para que negros não ascendessem aos espaços de poder.

É válido lembrar que São Paulo foi uma das províncias que à época do fim da escravidão já estava em transição para uma economia cafeeira em que uma nova elite se formara. Nessa época a ala conservadora que “assinou” a lei áurea viu com bons olhos a vinda de mão-de-obra branco-europeia que atenderia aos seus anseios por trabalhadores com expertise e ao racismo que cumpriria o papel de justificar e manter o julgo político da incipiente burguesia tão receosa em perder esse lugar para os negros.

O ano de 1986 foi de intensas movimentações das ativistas negras em torno da saúde reprodutiva. Foi o ano em que a demógrafa, formada em matemática Elza Salvatori Berquó liderando o Núcleo de Estudos de População (NEPO-UNICAMP), coordenava com Alicia Bercovich e Estela Maria Garcia Tamburo a pesquisa “Dinâmica Demográfica da População Negra Brasileira”, empreendida nos anos de 1986-1987 que demarcou a produção de dados raciais que já vinham sendo publicizados de modo mais esparsado desde o projeto da UNESCO (1951). Seus estudos analisaram as estatísticas populacionais referente à fecundidade, mortalidade, nupcialidade das mulheres no país em dados desagregados por raça (Damasco, 2009).

TABELA 1 - Estudo da Dinâmica demográfica da população negra no Brasil. Textos Nepo, nº 9.

	1940	1950	1960	1980
BRANCA	344.7	326.8	294.8	258.6
PRETA	310.3	314.6	302.1	294.8
PARDA	344.3	357.4	361.0	345.2

FONTE: Adaptada de BERQUÓ, Elza et al. 1986.

A partir do estudo, percebeu-se que a taxa de fecundidade as mulheres pretas, com exceção de 1980, foi a mais baixa dentre as demais cores, sendo a parda a maior taxa em relação a elas. As autoras da pesquisa deduziram que fatores como a incidência maior de doenças relacionadas à saúde reprodutiva e menor número de casamentos e uniões legalizadas entre as pretas, contribuiriam para essa disparidade nas taxas.

Na mesma direção, os dados em relação aos casamentos apontaram que mulheres pretas se casavam em uma taxa menor (1960: 47.2, 1980: 47.1) se comparada às brancas (1960: 59.9, 1980: 57.4) e às pardas (1960: 54.2, 1980: 54.1). Quando Freyre (2004) empunhou sua máxima de que mulher branca é para casar, mulata para fornicar e a preta para trabalhar, estava não só reproduzindo pensamentos do alemão Heinrich Handelmann em sua *História do Brasil* (1860), mas solidificando os lugares sociais que o mito da democracia racial imputava para cada uma delas.

Com a pretensão de divulgar seu Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPRAH) no ano de 1986, o médico Elsimar Coutinho, espalhou em outdoors na Bahia, a seguinte imagem assim descrita: uma cena de necrotério, com uma criança de 5 anos, em pé, ao lado de um cadáver que estava coberto e aparecia o pé de uma mulher negra, uma criança negra e os dizeres eram: “Defeito de fabricação – Planejamento familiar, procure o Centro de Assistência e Reprodução Humana”(Entrevista de Ana Maria Costa citada por Damasco, 2009, p. 110). É de se imaginar que tal associação reforçava as imagens pejorativas que pesavam sobre os corpos da população negra e que alimentavam a perspectiva de extermínio da comunidade fosse causar revoltas e indignações nos movimentos negros.

Por fim, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)/IBGE de 1986 divulgou os métodos contraceptivos mais usados pelas mulheres brasileiras.

Quando se analisou de um modo geral a população feminina brasileira, entre 15 e 54 anos no período, constatou-se que o método predominante era a pílula anticoncepcional seguida da esterilização cirúrgica. Contudo, ao focalizar a análise sobre o grupo das mulheres – da mesma faixa etária - casadas e com filhos esse quadro se revertia, pois a esterilização cirúrgica aparecia como o método contraceptivo mais utilizado pelas mulheres casadas e com filhos, entre 15 e 54 anos. Este fato sugere que as mulheres brasileiras na época, que já possuíam uma família formada, tendiam a recorrer a um método contraceptivo mais definitivo, no caso a esterilização cirúrgica (Damasco, 2009, p. 112).

Concluiu-se que as mulheres negras (30 a 34 anos) recorriam à esterilização 5 anos mais cedo das mulheres brancas (35 a 39 anos). A situação mais conflitante era em relação ao nordeste; o quantitativo de mulheres brancas esterilizadas era de 455.803, já de mulheres negras (pretas e pardas) era de 902.052 (Damasco, 2009). Em relação à faixa etária de 25 a 54 anos,

todas as cores de mulheres das regiões norte, nordeste e centro-oeste, recorriam à esterilização com mais frequência. Haveria uma prevalência da esterilização enquanto método contraceptivo no nordeste, pela presença do Maranhão e Pernambuco, o que fez acender o alerta das ativistas negras, dado serem regiões com a maioria da população preta e parda (ibidem.). É válido mencionar, que ao lado da esterilização, a pílula anticoncepcional também apareceu entre os métodos contraceptivos mais utilizados na pesquisa, variando entre faixa etária, com mais de dois filhos ou não e em relação à região.

Nesse período foram realizadas pesquisas, seminários, palestras, participação em conferências internacionais, denúncias e articulações diversas em torno da temática que aguçaram as críticas em relação a não implementação completa da PAISM e pela necessidade de ser criar leis que regulassem as práticas cirúrgicas enquanto métodos contraceptivos (Damasco, 2009).

A exemplo de participação em conferências internacionais, a psicóloga Edna Roland em exposição ao painel *Reproductive Rights and Racism* no Fórum Paralelo das ONGs da 3ª Precon, Conferência Preparatória para Nova Iorque – abril 1994 e a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo – setembro 1994, publicado no artigo “Direitos Reprodutivos e Racismo no Brasil” (1995).

Nesses espaços, a psicóloga expôs sobre a situação das mulheres negras no Brasil em paralelo à situação do que ocorria nos EUA, apontou a proposta eugênica de branqueamento da população brasileira que estava/está em voga no Brasil, aludindo aos dados sobre a quantidade da população branca e preta nos anos de 1940 a 1980. Houve uma redução no quantitativo de pessoas que se autodeclararam brancas e pretas no período mencionado, em contraposição, ocorreu um aumento significativo da categoria “parda” que, entre outros fatores como a alta taxa de fecundidade, indicava ser o resultado principal do processo ideológico da miscigenação com vistas ao embranquecimento populacional (Roland, 1995).

Edna Roland (1995) utilizou os dados censitários apresentados no Seminário Nacional Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras (1993) pela demógrafa Elza Berquó, em relação à projeção e a realidade populacional em 1990. Os especialistas acreditavam que neste ano, o quantitativo de pessoas pardas continuaria em ascensão, enquanto entre as pessoas brancas e pretas continuaria o decréscimo (Roland, 1995). Contudo, o que se concretizou no ano de 1990:

A população preta diminuiu de 6% para 5% e a população parda se manteve praticamente constante. Como o índice de endogamia permaneceu o mesmo que em 1980 o não crescimento da população parda não se deveu a qualquer mudança na

questão da miscigenação, mas a uma grande redução na sua taxa de crescimento. A taxa de crescimento da população parda que era de 41% em 1980 passa a 23% em 1990 tornando-se menor que a taxa de crescimento da população branca de 24% contrariando todas as tendências históricas desde a década de 40. Além disso igualmente estranho esta taxa de crescimento da população branca foi maior do que na década passada (22%) (Roland, 1995, p. 510).

Não acreditando em coincidências numéricas, corroboro com a conclusão de Edna Roland (1995, p. 510) para quem “A população negra está diminuindo no Brasil ou está morrendo mais do que se esperava ou está se reproduzindo menos comparativamente a população branca. Parte disso é sem dúvida decorrente da esterilização”. Porém, o resultado da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito de 1993, que investigou essas denúncias, não confirmou as suposições das ativistas negras, como veremos mais adiante.

No ano de 1990, foi criada a Campanha Nacional Contra a Esterilização de Mulheres Negras, Rio de Janeiro, e teve a duração de dois anos, sob a coordenação da médica Jurema Werneck que à época estava à frente do Programa de Mulheres do Centro de Articulação de Populações Marginalizadas (CEAP) cujo slogan foi: “Esterilização – Do controle de natalidade ao genocídio do povo negro!” (Damasco, 2009, p. 115).

A OSC Geledés – Instituto da Mulher Negra, São Paulo, também se mobilizou em torno das denúncias e mobilização das mulheres negras em torno da saúde e direitos reprodutivos. Organizou oficinas, palestras, grupos e lançou em 1991 dois cadernos que continham os documentos 1) Mulher Negra e Saúde, 2) Esterilização: Impunidade e Regulamentação? (Damasco, 2009). Os conteúdos variavam da esterilização em si, ao aumento da incidência do HIV/AIDS em mulheres negras na década de 1980 a 1990, as consequências do abortamento ilegal, alertando também para a existência de doenças prevalentes na população negra (ibidem.).

Entre os dias 20 e 22 de agosto de 1993, aconteceu em Itapeverica da Serra, São Paulo, o “Seminário Nacional de Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras” que reuniu diversas entidades dos movimentos de mulheres negras, núcleos de pesquisa e demais movimentos de mulheres. Desse seminário saiu a Declaração de Itapeverica que serviu de base para a Conferência Internacional de Cairo em 1994, que postulava:

Partimos da constatação básica de que as políticas populacionais – quer sejam explícitas ou não – vêm colocando como meta o controle dos nascimentos das populações não - brancas e pobres; A posição racista e patriarcal dos neomalthusianos que encaram o crescimento populacional como responsável pela miséria, fome e desequilíbrio ambiental foi desmascarada pela evidência da manutenção de condições sub-humanas de vida em nosso país, apesar da queda da fecundidade ocorrida na última década [1980]; Os reflexos da esterilização em massa de mulheres negras no país já se fazem sentir na redução do percentual da população negra nesta década [1990], em comparação com a década anterior; o rápido aumento do número de casos

de AIDS em mulheres negras é extremamente preocupante e demonstra a ausência de controle das mulheres negras sobre a sua própria capacidade reprodutiva e sua sexualidade; liberdade reprodutiva é essencial para as etnias discriminadas. Portanto, precisamos lutar para que a reprodução possa ser decidida no mundo do privado, cabendo ao Estado garantir os direitos reprodutivos e assegurar condições para a manutenção da vida. (Declaração de Itapeçerica da Serra, 1993, p.2-3 citado por Damasco, 2009, p. 120-121).

Essa dificuldade para conectar os números que “simulam coincidências”, ou “rastros de eugenia” nas políticas públicas, além da omissão e pacto da branquidade ser mais forte nas esferas de decisão que impediram uma conclusão diferente pela CPMI sobre as esterilizações de mulheres negras, somaram-se a isso a ausência ou poucos dados oficiais que pudessem corroborar ou não com as denúncias feitas pelas mulheres negras no final dos anos de 1980 e início de 1990. Não à toa estava dentre suas reivindicações, a produção de dados desagregados por raça, pois desde cedo as ativistas negras perceberam que sem números, não se faz políticas públicas.

Em que pese as opiniões contrárias à utilização de dados racializados, se servem de instrumentos para moldar identidades raciais ou se raça não tem base biológica, o fato é que nesse país, os números é que ditam as regras; sejam esses da estatística os quais sempre estamos no ápice dos números frios da morte cotidiana, seja dos números na conta bancária, pois a pobreza tem cor. Além disso, mesmo que na atualidade, raça não tenha fundamentação biológica, mas durante muito tempo foi essa argumentação que serviu de base sólida para difundir ideais racistas que se mantêm ativas e atualizadas com o respaldo da intervenção estatal que tenta até hoje embranquecer física e/ou simbolicamente o país, isto é, os efeitos são concretos na qualidade de vida e na morte da nossa gente.

Em 1991, o Congresso Nacional Brasileiro acatou o requerimento da deputada federal Benedita da Silva (PT/RJ) criando a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito para investigar denúncias de esterilizações em massa e involuntárias de mulheres de baixa renda, pretas e pardas, sobretudo, em algumas regiões do país. Na época, não havia uma política oficial de controle da fecundidade e o Código Penal proibia a esterilização cirúrgica, método irreversível considerado crime de mutilação (Damasco, 2009).

A CPMI foi instaurada devido a um conjunto de declarações aprovadas por organizações de direitos humanos e movimentos sociais. Essas denúncias alegavam que médicos e profissionais de saúde estavam realizando esterilizações em mulheres sem o devido consentimento ou informações adequadas prestadas sobre os procedimentos. Durante o estudo, foram realizados depoimentos de mulheres que afirmaram terem sido submetidas a

esterilizações sem o seu conhecimento ou consentimento prévio. Essas mulheres relataram que muitas vezes foram coagidas, ameaçadas ou enganadas para concordar com a cirurgia.

A CPMI, CPI da Esterilização como ficou conhecida, também investigou o papel do Estado e das políticas públicas nesse contexto. Os trabalhos da comissão foram marcados por discutidos e debates acalorados. Houve conflitos entre os parlamentares sobre questões de raça, gênero, classe social e direitos reprodutivos.

Como resultado geral das investigações, a CPI da Esterilização produziu um relatório final em 1993 que destacou as irregularidades e abusos cometidos nas práticas de esterilização. O relatório eliciou mudanças nas políticas de saúde reprodutiva, visando à proteção dos direitos reprodutivos das mulheres e à prevenção de violações semelhantes no futuro. Foi consenso entre os/as parlamentares que o Brasil precisava regulamentar a esterilização cirúrgica e todas as ações para o planejamento familiar. Comprovou-se a ação não oficial de controle da natalidade financiada com recursos internacionais no Brasil desde a década de 1960 que confirmou que este cenário era mais característico das regiões pobres e no nordeste do país.

A maior incidência de esterilização em mulheres da raça negra foi denunciada pelo movimento negro, como um aspecto do racismo praticado no Brasil. Os dados levantados pelo IBGE, na PNAD de 1986, não confirmam a denúncia, mas é fato notório a dificuldade de se apurar com precisão a informação relativa à cor da pele dos brasileiros. (Congresso Nacional, 1993, p.117, citado por Damasco, 2009, p. 131).

Era de se imaginar que os dados não seriam suficientes para delatar um projeto (não oficial?) de genocídio da população negra. Juntou-se a isso o fato narrado por Damasco (2009, p. 130) sobre a participação da demógrafa Elza Berquó que ao ser indagada sobre a relação entre a mortalidade e o racismo, afirmou que “produziu, durante a década de 1980, pesquisas sobre a demografia da população negra no país - não fizeram qualquer correlação entre a esterilização cirúrgica e a população negra no Brasil, o que indica que não percebiam um viés de racismo, na prática da esterilização naquele período no Brasil”.

Em pesquisa realizada em 1994 decorrente de estudos patrocinados pela CEBRAP sobre a “Saúde Reprodutiva da Mulher Negra”, Elza Berquó atribuiu as diferenças na piora dos índices na qualidade da saúde reprodutiva a fatores econômicos, não encontrando grandes diferenças entre mulheres negras e mulheres brancas (Damasco, 2009). Em contrapartida, o professor da PUC-MG, André Caetano Junqueira²⁹ analisou a “Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde” acerca da contracepção no Brasil na década de 1990, concluindo que de

²⁹ “A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil: uma análise dos dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)” (1996)

fato eram as mulheres mais pobres que padeciam com as piores assistências em saúde reprodutiva, sendo mais constantemente induzidas à esterilização cirúrgica e que eram as pretas e pardas a maioria dentro desse quantitativo, também seria verdade que são elas as que mais são submetidas a essas violações (ibidem.).

Percebe-se então que o estopim para as mobilizações das mulheres negras, no geral, alinhadas ao feminismo negro, foi a saúde reprodutiva, mas o plano de fundo foi o genocídio da população negra no campo da saúde. Os caminhos que levaram à portaria n.º 992/2009 foram abertos por ativistas negras que seguem até hoje na luta pela efetiva implementação da Política. A história do campo de saúde da população negra teve como precursor as denúncias em torno da saúde reprodutiva e dos direitos sexuais de mulheres negras e, por tabela, a continuidade da população negra. Assim, a tentativa aqui foi articular as diferentes concepções de se contar os passos até à PNSIPN, considerando que “nossos passos vêm de longe”.

4.2.5 Rumo à institucionalização da política

Segundo Reinehr (2019, p. 62), o período que foi de 1996 a 2017, foi marcado por uma “contínua e massiva produção de práticas burocráticas do tipo de gabinetes”. A autora demarcou esse ciclo a partir de duas grandes manifestações públicas: a Marcha de Zumbi dos Palmares (1995) e a Marcha Nacional das Mulheres Negras (2017), ambas ocorridas em Brasília.

Com a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida, que reuniu cerca de 30 mil pessoas em Brasília em 20 de novembro de 1995, o Movimento Negro apresentou uma carta ao Estado, contendo suas principais reivindicações e demandas, o que gerou a criação de um Grupo de Trabalho Intersetorial para a Valorização da População Negra. A conformação desse grupo contemplou um subgrupo específico de Saúde da População Negra que passou a se responsabilizar pela elaboração e implantação de ações nessa área (Leitão, 2012, citado por Araújo; Teixeira, 2016, p. 190).

Já desde o ano de 1970, os movimentos negros debatiam sobre o foco das mobilizações ser o 20 de novembro ao invés do 13 de maio, uma vez que esta foi uma data que se refere a um acordo guiado pelos interesses internacionais e por conservadores que em nada refletiu na liberdade das condições desumanas de vida da população negra, enquanto o 20 de novembro reacendia a lembrança e resistência do líder Zumbi dos Palmares que em 1995 completaria 300 anos da sua morte (França, 2020).

Estimou-se que cerca de 30 mil pessoas estiveram nas ruas de Brasília rumo à Esplanada para reivindicar contra o racismo, pela cidadania e pela vida da população negra. Entregaram

ao então presidente, Fernando Henrique Cardoso, o documento “Por uma Política Nacional de Combate ao Racismo e à Desigualdade Racial” (Oliveira, 2003 citada por França, 2020, p. 32). Foi um momento de mostrar ao governo brasileiro a potência dos movimentos negros que mudaram o rumo das agendas estatais que se viram obrigados a começar a fazer concessões sobre as pautas raciais.

Destaca-se que se iniciou uma articulação mais sólida de negociações entre os movimentos negros e o Estado brasileiro que nos anos seguintes passaram a ocupar com maior frequência cargos e cadeiras nos governos, ainda que em número desproporcionalmente inferior ao de pessoas brancas nesses espaços.

os principais pontos reivindicados eram a inclusão do quesito cor nos prontuários de saúde e atestados de óbitos, além da implementação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, de modo que contemplasse efetivamente as mulheres negras. Outro ponto destacado no documento foi criar um sistema de saúde reprodutiva que contemplasse as especificidades dos homens negros, e garantir a continuidade dos programas de prevenção de DST/AIDS. E mais uma reivindicação relevante foi sobre a criação de um Programa Nacional de Hemoglobinopatias hereditárias, devido à forte presença da doença falciforme na população negra. As Hemoglobinopatias formam um grupo de doenças genéticas em que mutações nos genes causam alterações na hemoglobina, entre elas a anemia falciforme (França, 2020, p. 32-33).

Esse foi um passo importante para pautar a saúde da população negra na agenda das políticas públicas. No ano de 1996, foi instituído por decreto presidencial o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra – GTI em que constava com um subgrupo de Saúde da População Negra (Araújo; Teixeira, 2016). Nesse mesmo ano ocorreu a primeira reunião do grupo de saúde da população negra que culminou com a criação do Programa de Anemia Falciforme (PAF) no Ministério da Saúde, a inserção do quesito raça/cor nos sistemas de informações sobre a saúde e na contribuição para resolução nº 196/96 sobre a inclusão do critério cor das diretrizes éticas das pesquisas.

A médica Fátima Oliveira (2002) apontou que foi aprovado em agosto de 1996 o Programa Nacional de Anemia Falciforme no âmbito do Ministério da Saúde. A referência legal que encontrei sobre esse momento, afirma que “Em 1996, o grupo de trabalho coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) instalou o Programa de Anemia Falciforme (Portaria n. 951, de 10/05/1996)” (MS, 2016), contudo, na busca pelos rastros da portaria em questão, não a localizei nem no site do próprio Ministério da Saúde.

O Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde – PAF/MS é uma diretriz completa para a atenção à anemia falciforme que estabelece: a oferta do diagnóstico neonatal a todas as crianças nascidas em hospitais; a busca ativa de pessoas

acometidas pela doença; a promoção da entrada no programa de pessoas diagnosticadas e que venham a ser diagnosticadas; a ampliação do acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento de boa qualidade; o estímulo e o apoio às associações de falcêmicos e às instituições de pesquisa; a capacitação de recursos humanos; a implementação de ações educativas e questões referentes à bioética, tais como: o teste de anemia falciforme só será realizado após o consentimento livre e esclarecido, além do que há o compromisso ético de garantir o direito à privacidade genética que inclui o direito ao sigilo e à não-discriminação (Oliveira, 2002, p. 238).

O PAF foi visto como “conquista política mais importante do Movimento Negro brasileiro na área da saúde” (Oliveira, 2002, p. 238), tendo sido elaborado por ativistas negros e técnicos do Ministério da Saúde, no entanto, foi ignorado pela mesma instituição quando da divulgação de outra política sobre a anemia falciforme (AF).

A portaria nº 822/2001 que instituiu o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) foi entendida como uma afronta aos movimentos negros que há tempos reivindicavam ações na área da saúde para as pessoas com anemia falciforme, onde além de não se referir à PAF/MS, como se não existisse uma outra diretriz para esses casos no âmbito público, ainda tinha algumas limitações quanto ao diagnóstico se restringirem aos recém-nascidos apenas, além de ampliar o rol de doenças que, por um histórico de racismo institucional, acabariam por suplantam as pesquisas e ações referentes à AF, além da provisão de alocar os recursos financeiros apenas na realização do “teste do pezinho” (Oliveira, 2002).

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) sequer faz menção à existência do Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde. O que chama atenção em tamanha omissão é a confirmação, mais uma vez, da impressionante e generalizada capacidade de gestores de serviços públicos no Brasil, em todos os níveis, de “fazerem de conta” que antes da gestão deles *nada* havia! Ora, desconhecer ou omitir que o governo possuía, ainda que no papel, uma política para a área; que tal política é respaldada como adequada pelo conjunto do movimento Negro brasileiro e pelas demais pessoas atuantes na área; que o PAF/MS é uma conquista política do movimento social negro das mais relevantes... é um enorme desrespeito ao movimento social e às próprias definições políticas de governo que precisa ser reparado (Oliveira, 2002, p. 241).

Fato este que denota as nuances do racismo institucional. Registra-se ainda as autocríticas que Fátima Oliveira teceu aos movimentos negros que estavam na articulação com o Estado pela política de saúde para população negra: “Quais os motivos pelos quais o Movimento Negro, a Fundação Cultural Palmares e o próprio GTI não se mobilizaram na medida em que a referida política [PAF] foi sendo, paulatinamente, desativada?” (p. 245).

Além de Oliveira (2002), a Coordenadora da equipe da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme do Ministério da Saúde, Joice Aragão de Jesus

(2011), também fomentou críticas a esse processo de construção da PNSIPN ao mesmo tempo em que a PAF e suas tentativas posteriores foram deixadas de lado:

Em 2004, no 1º Seminário Nacional de Saúde da População Negra, em Brasília, estavam todos os envolvidos com a questão discutindo a necessidade de uma política nacional e, no entanto, era este projeto piloto que estava sendo implementado. Criado neste seminário, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra – CTSPN começou a solicitar informações sobre este projeto e questioná-lo. Durante um ano, esse processo foi desenvolvido até a decisão de elaboração de um programa para DF. Este programa foi publicado (Portaria GM nº1081 de 1º de julho de 2005), mas não teve suporte institucional por não ter sido levado às instâncias de pactuação do SUS. Mesmo assim, foi comemorado pelas associações e profissionais como um avanço. Nas discussões para elaboração deste programa, ficou evidente o posicionamento de não ressaltar a DF. Havia uma preocupação de não deixar em evidência a DF e, após exaustivas discussões, o consenso para a viabilização dele foi de que tivesse o nome de Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com DF e outras hemoglobinopatias. Considerando apenas a segunda hemoglobinopatia mais presente no país, que é a Talassemia, o programa trazia um grande desvio, que era colocar, sob a mesma regência, acometimentos diferentes com grupos sociais diferentes (Jesus, 2011, p. 110).

O referido estudo piloto, mencionado por Jesus (2011), era uma proposta preliminar da a Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, para ser testada nos estados do Pará, Pernambuco, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul, instituído pela portaria nº2695 de 23 de dezembro de 2004. Além de diversas críticas em função da escolha dos estados, na prática, o projeto não se mostrou viável em virtude de questões financeiras-administrativas e de cunho operacional para aquisição de equipamentos.

Em 2005 foi instituído o Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, através da Portaria n.º 1.018/GM. Além disso, no âmbito do SUS, a portaria GM n.º 1.391/05 instituiu as diretrizes da política em questão. Em 2009, essa política foi incluída na portaria n.º 2084, que regulamenta o SUS, nos artigos de nº 187 e 188. No ano de 2015, o SUS passou a realizar o transplante de medula óssea para pessoas com Doença Falciforme. Ficou instituída a Portaria Conjunta n.º 05, de 19 de fevereiro de 2018, que aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Falciforme.

Foi na III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, realizada na África do Sul, cidade de Durban, em 2001, que o movimento negro e de mulheres negras conseguiu pautar a saúde da população negra em âmbito internacional, contando com o apoio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (PNUD/ONU) aprofundando o debate junto ao Estado brasileiro (Araújo; Teixeira, 2016).

O marco desse processo é o documento produzido a partir do Workshop Interagencial sobre Saúde da População Negra, em Brasília, no ano de 2001, por iniciativa do PNUD e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que contou com a presença de diversos profissionais de várias organizações internacionais, do Movimento Negro e de representantes da academia. O documento reconhece a ausência do MS no enfrentamento das questões raciais e define a área de saúde da população negra como uma área de estudo inter e transdisciplinar. Ainda, parte da constatação de que o racismo e a discriminação racial expõem mulheres e homens negros a situações mais perversas de vida e de morte e argumenta que estas só podem ser modificadas pela adoção de políticas públicas capazes de reconhecer os múltiplos fatores que resultam em condições desfavoráveis de vida (Organização Panamericana da Saúde, 2001).

Em 2001, foi lançado o livro “Saúde da População Negra – Brasil, Ano 2001” como resultado da consultoria ofertada pela médica Fátima Oliveira (1954-2017) para a Organização Pan-Americana da Saúde – Brasil enquanto contribuição para a III Conferência da ONU em Durban. A obra trouxe importantes construções sobre o panorama da saúde brasileira, elementos para pensar o campo de saúde da população negra, a partir das experiências e pesquisas de diferentes agentes que estiveram na elaboração da PNSIPN.

A Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei n.º 10.678, de 23 de março de 2003 que foi extinta em outubro de 2015 pela medida provisória nº 696, enviada ao Senado em outubro de 2015 e, incorporada ao Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, que uniu a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, a Secretaria de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas para as Mulheres, tinha por função:

assessoramento direto da Presidência da República, com status de ministério, representa uma conquista emblemática do Movimento Social Negro. A SEPPIR tem como atribuição institucional promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, por meio do acompanhamento e coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentre os quais o da saúde, e outros órgãos do governo brasileiro (SEPPIR, 2007, p. 20).

Foi criado o Comitê Técnico de Saúde da População Negra em 2004 pela portaria n.º 1.678/2004 visando “subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra”, fruto do acúmulo e participação ativa dos movimentos negros nas 11ª e 12ª Conferências Nacionais da Saúde (anos de 2000 e 2003, respectivamente) (Araújo; Teixeira, 2016). Seu regimento interno foi aprovado em 2015 pela portaria 1.063/2015, tendo sido extinto em 2019 por decreto presidencial e, seus programas foram esvaziados ao longo da gestão de Jair Bolsonaro. Sendo estudada em reunião no dia 24 de janeiro de 2023 a sua reativação pela

Ministra da Igualdade Racial (antiga SEPPIR) Anielle Franco e pela Ministra da Saúde Nísia Trindade.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi aprovada por unanimidade no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2006. Sendo instituída no âmbito do Ministério da Saúde no ano de 2009 pela portaria n.º 992/2009. Em 2010 foi criado o Estatuto da Igualdade Racial (lei 12.288/2010) que contém um capítulo sobre o direito à saúde da população negra.

Ainda em 2008 foi lançado o Plano Operativo, visando “estabelecer as estratégias, os indicadores e as metas que orientará a intervenção no Sistema Único de Saúde (SUS) – e os seus órgãos de gestão federal, estadual e municipal – no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com enfoque na abordagem étnico-racial.” (BRASIL, 2008). Era composto de duas fases de implementação para os períodos; fase 01 2008-2009, fase 02 2010-2011 em torno de dois problemas centrais: 1) Raça Negra e Racismo como Determinante Social das Condições de Saúde: acesso, discriminação e exclusão social e 2) Morbidade e Mortalidade na População Negra. Um II Plano Operativo foi lançado em 2013 com vistas à implementação até 2015 com o seguinte problema: dificuldade de acesso da população negra à atenção à saúde e seus eixos; 01) Acesso da população negra nas redes de atenção à saúde, 02) Promoção e Vigilância em Saúde, 03) Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra, 04) Fortalecimento da participação e do controle social e, 05) Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população negra.

A partir deste panorama sobre os caminhos para se chegar à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, ainda há de se questionar o que leva à existência de apenas 57 municípios terem implementado a PNSIPN? Por que ela não está nas grades curriculares dos cursos de saúde? Arrisco afirmar que o proposital desconhecimento e obstáculos colocados à sua implementação está ligado à necropolítica. Ainda assim, os corpos negros estão em movimento e buscando formas de se construir a partir de outros referenciais, ao mesmo tempo, em que disputamos narrativas e espaços para subverter os lugares que nos são oferecidos, forjando outras histórias, negociando com as migalhas-políticas que dizem pactuar em nosso favor e seguimos denunciando o genocídio da população negra na saúde e em todas as diretrizes das políticas da morte.

Diante do exposto, a saúde de fato não é um dado abstrato, é possível analisá-la mediante as variáveis concretas propostas por Mbembe (2018) de vida e de morte. Além disso, ao analisar as condições de trabalho, educação, emprego, entre outros, a saúde considerada

como um resultado dessas condicionantes é recolocada no campo da gestão da morte, uma vez o ciclo cumulativo das desvantagens (Hasenbalg; Silva, 1992) do racismo afasta as oportunidades e chances de atingir esse ideal da vida da população negra.

Nesse sentido, compreender como a necropolítica impõe suas diretrizes e tecnologias é urgente, do mesmo modo que se faz necessário considerar os trânsitos da insurgência política e as conquistas de direitos pela comunidade negra. Abaixo elencaram-se alguns marcos da institucionalização da saúde da população negra produto dos tensionamentos ao longo dos anos, considerando a entrada da pauta na agenda governamental a partir da Marcha de Zumbi dos Palmares de 1995.

QUADRO 4: Marcos Institucionais da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

DISPOSITIVO	DATA	ÓRGÃO	DESCRIÇÃO
Decreto s/n	20 de novembro de 1995	Presidência da República	Institui Grupo de Trabalho Interministerial, com a finalidade de desenvolver políticas para a valorização da População Negra, e dá outras providências.
-	1996	Ministério da Saúde	Inserção da raça/cor nas Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e Declarações de Óbitos (DO).
Resolução nº 196	10 de outubro de 1996	Conselho Nacional de Saúde	Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. (Protocolo de Pesquisa - VI.3 - informações relativas ao sujeito da pesquisa: a) descrever as características da população a estudar: tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE) [...]).
Portaria nº 822	6 de junho de 2001	Ministério da Saúde	Doença falciforme, dentro do Programa Nacional de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho).
Portaria nº 1.678	13 de agosto de 2004	Ministério da Saúde	Cria o Comitê Técnico de Saúde da População Negra.
Portaria nº 2.632	15 de dezembro de 2004	Ministério da Saúde	Aprova o Regimento Interno Comitê Técnico de Saúde da População Negra.
Portaria nº 1.391	16 de agosto de 2005	Ministério da Saúde	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.
-	2005	Ministério da Saúde	Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI). Componente que focaliza ações em saúde.

-	2006	Conselho Nacional de Saúde	Aprova a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
Resolução nº 395	22 de fevereiro de 2008	Ministério da Saúde	Cria a Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra.
-	2008	Ministério da Saúde	Pactuação da PNSIPN na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) por consenso.
Documento Ministério da Saúde	2008	Ministério da Saúde	I Plano Operativo (2008 – 2011): protocolos e metas.
Portaria nº 992	13 de maio de 2009	Ministério da Saúde	Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
Lei nº 12.288	20 de julho de 2010	SEPPIR Presidência da República	Estatuto da Igualdade Racial, capítulo da Saúde.
-	2014	Sistema Universidade Aberta / UNA – SUS	Lançado o curso Saúde da População Negra na plataforma de educação permanente de profissionais do SUS
Portaria SCTIE nº 30	30 de junho de 2015	Ministério da Saúde	Incorporar no âmbito do SUS o transplante de células-tronco hematopoiéticas alogênico aparentado para tratamento da doença falciforme.
Resolução nº 2	2 de setembro de 2017	Ministério da Saúde Comissão Intergestores Tripartite	II Plano Operativo (2013 – 2015).
Resolução nº 16	30 de março de 2017	Ministério da Saúde Comissão Intergestores Tripartite	III Plano Operativo (2017 – 2019).
Portaria nº 344	1º de fevereiro de 2017	Ministério da Saúde	Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.
Portaria de Consolidação nº 2	28 de setembro de 2017	Ministério da Saúde	PNSIPN como política de Promoção da Equidade em Saúde.
Recomendação nº 29	27 de abril de 2020	Conselho Nacional de Saúde	Recomenda ações relativas ao combate ao racismo institucional nos serviços de saúde no contexto da pandemia da Covid-19, provocada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2.

FONTE: autoria própria, 2023.

4.3 POR DENTRO DA PNSIPN

Após conhecer a trajetória para instituição legal da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e os meandros os quais os movimentos de mulheres negras e

movimentos negros perseguiram para que esta ação afirmativa passasse a vigorar no campo da saúde, faz-se urgente conhecê-la a fundo, posto que ela continua em construção (Araújo, Teixeira, 2016).

Como anteriormente mencionado, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi regulamentada pela portaria n.º 992/2009/MS, mas também pela lei federal n.º 12.288/2010 que instituiu o Estatuto da Igualdade Racial, em que pese as divergências e conflitos em torno da sua redação final – uma ferida aberta na memória de muitos ativistas negros, mas ela está em vigor.

Enquanto princípios gerais, isto é, aqueles que alicerçam e se traduzem em valores, a PNSIPN é fundamentada pela Constituição Federal de 1988; pelos artigos do direito à saúde e os princípios constitucionais da cidadania, repúdio ao racismo e igualdade de todos perante a lei, pela Lei Orgânica do SUS – n.º 8.080/90, com os princípios da universalidade, integralidade, igualdade e descentralização com comando único, reafirmando o seu compromisso com estes norteadores, logo, a PNSIPN é uma política do SUS. E por meio do princípio da participação da comunidade é referendada pela Lei n.º 8.142/1990 que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.

Reafirmou o compromisso com o princípio da equidade, sendo este também referendado pela lei n.º 10.678/2003 que criou a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e pelo Pacto da Saúde de 2006, momento em que foram repactuados os princípios e acordos estratégicos para efetivação do SUS, pela portaria n.º 399/2006 que se comprometeu com o combate às iniquidades de ordem socioeconômica e cultural que atingem a população negra brasileira (BRASIL, 2006 citado por PNSIPN/MS, 2009). Além disso, a portaria n.º 399/2006 em seus três eixos: pacto pela Vida, Defesa do SUS e de Gestão, os compromissos sanitários pactuados nas três esferas de gestão são acionados “visando qualificar a gestão e as ações de serviços do sistema de saúde” (PNSIPN/MS, 2009).

Ainda enquanto princípio geral, trouxe um princípio organizativo da transversalidade, modo como será colocada em prática, “caracterizada pela complementariedade, confluência e reforço recíproco das diferentes políticas de saúde” o que impacta na “articulação entre as Secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde e as instâncias do Sistema de Saúde” (PNSIPN/MS, 2009). Como poderá ser percebido na leitura da portaria, a transversalidade não fica restrita ao âmbito do MS quando são propostas articulações com a Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (portaria interministerial MS/MJ n.º 1.777/2003) e mesmo a

portaria interministerial MS/SEDH/SEPM n.º 1.426/2004 que prevê a “implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, nos regimes de internação e internação provisória” (PNSIPN/MS, 2009). Em relação a este princípio, ainda entra em articulação com o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania para garantir “o desenvolvimento social, político, econômico e cultural” das comunidades quilombolas, assegurado pelo Programa Brasil Quilombola (Decreto n.º 4.887/2003), ADCT 68 e Convenção 169 – OIT.

A portaria também reafirmou o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, instituído pela portaria n.º 1.678/GM/2004 “que tem a finalidade de promover a equidade e igualdade racial voltada ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde, redução da morbimortalidade, à produção de conhecimento e ao fortalecimento da consciência sanitária e da participação da população negra nas instâncias de controle social no SUS” (PNSIPN/MS, 2009).

Ficou a cargo da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP a articulação institucional e a elaboração de instrumentos com orientações específicas para que seja possível a implementação da PNSIPN. Reinehr (2019, p. 69) analisou que a entrada da Política se deu “dentro da burocracia federal, primeiramente, pela área de menor importância política, uma coordenação. Apenas com o tempo, a gestão da Política alcançou inserção em espaços com maior poder de decisão sobre os rumos da Saúde Pública, especialmente, os Conselhos.” Além disso, em sua perspectiva um dos obstáculos à transversalidade pretendida pela Política é o lugar de gestão que ocupa atualmente na SGEP.

O Estatuto da Igualdade Racial, instituído pela Lei nº 12.288/2010 institui no seu primeiro artigo que dentre outros, sua finalidade é “garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidade [...]” e que “é dever do Estado e da sociedade garantir a igualdade de oportunidades” (art. 2º), sendo a PNSIPN uma política de ação afirmativa, tem por objetivo garantir que as chances competitivas em uma sociedade desigual sejam equiparadas. Nesse, sentido já no seu Título II: Dos Direitos Fundamentais, capítulo I contempla o Direito à Saúde ratificando a responsabilidade do poder público nas representações “dos órgãos e instituições públicas federais, estaduais, distritais e municipais, da administração direta e indireta” na garantia desse direito, sendo reconhecida a PNSIPN: “Art. 7º O conjunto de ações de saúde voltadas à população negras constitui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, organizada de acordo com as diretrizes abaixo especificadas”.

QUADRO 5: Diretrizes em Saúde da População Negra

Eixos	Diretriz PNSIPN (2009)	Diretriz Estatuto (2010)
1. Formação e Educação Permanente dos trabalhadores	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;	
2. Participação e controle social	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;	ampliação e fortalecimento da participação de lideranças dos movimentos sociais em defesa da saúde da população negra nas instâncias de participação e controle social do SUS;
3. Produção de conhecimento	incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;	Produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;
4. Saberes e Práticas tradicionais	promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;	
5. Monitoramento e Avaliação	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;	
6. Informação, conhecimento e educação antirracista para sociedade	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.	desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação para contribuir com a redução das vulnerabilidades da população negra.

FONTE: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, 2009.

Nesse sentido, podemos apontar que as diretrizes, ou seja, os caminhos estratégicos para implementação da PNSIPN são mais amplos que as que constam no Estatuto, porém não há dissonâncias entre eles. São, portanto, seis eixos que podemos destacar das legislações sobre

saúde da população negra, as quais foram adotadas como norteadoras para as análises da saúde no município de Belém.

No tocante aos objetivos, a PNSIPN tem como geral: “Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS.” Note que a política está no campo da promoção da saúde, que significa que não se trata de atuar apenas sobre os impactos e consequências advindas do racismo na vida e saúde da população negra, mas encontrar formas de combater suas causas, sobretudo, o racismo institucional. Deste modo, visa educar e fomentar outros comportamentos individuais e coletivos que sejam de cuidado e de responsabilização social dos trabalhadores, gestores e usuários do sistema único de saúde, como também proporcionar culturas organizacionais antirracistas por meio de políticas e programas com essa finalidade. Cabe ressaltar que a promoção de saúde também inclui outras práticas e relações com o meio ambiente, pois como é sabido influenciam sobremaneira a saúde da sua população e, se considerarmos o eixo 4 da PNSIPN, isso significa também aprender outros modos de compreender o ambiente e nossa relação com ele.

Em relação aos objetivos específicos, a PNSIPN trouxe 12 (doze) elementos e o Estatuto da Igualdade Racial não subdividiu, em geral, ou específico e postulou 5 (cinco) finalidades. Para fins didáticos, os objetivos foram agrupados segundo palavras-chave: 1) Acesso, 2) Indicadores, monitoramento e avaliação, 3) Educação e Pesquisas e, 4) Intersecções.

QUADRO 6: Objetivos em Saúde da População Negra

Palavras-Chaves	Objetivos – PNSIPN	Objetivos - Estatuto
Acesso	1. 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; 2. 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;	

Indicadores, monitoramento e avaliação	3. 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 com o SUS; 4. 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; 5. 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; 6. definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde; 7. 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; 8. incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar; 9. monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antirracistas e não discriminatório;	1. a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero;
Educação e Pesquisas	10. fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.	2. o fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o racismo e saúde da população negra; 3. a inclusão do conteúdo da saúde da população negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde; 4. a inclusão da temática saúde da população negra nos processos de formação política das lideranças de movimentos sociais para o exercício da participação e controle social no SUS;
Intersecções	11. incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as intersecções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social; 12. identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;	(Parágrafo Único) 5. os moradores das comunidades de remanescentes de quilombos serão beneficiários de incentivos específicos para a garantia do direito à saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção integral à saúde;
Promoção	(Objetivo Geral) promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS;	6. a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicas e o combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS;

FONTE: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e Estatuto da Igualdade Racial, ANO.

Em relação à gestão nas três esferas, a PNSIPN divide-se em 18 estratégias e 13 responsabilidades que são similares para a União, o Estado e o Município que se encontram no quadro a seguir, sendo as responsabilidades similares à união, estado e município.

QUADRO 7 - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Estratégia	Responsabilidade
1. implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão;	definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB;
inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;	garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;
fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde;	identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos
apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política, incluindo as condições para: realização de seminários, oficinas, fóruns de sensibilização dos gestores de saúde; implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares, nos Estados e Municípios; e formação de lideranças negras para o exercício do controle social;	implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra;
	garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS N° 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);
	articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política;
	fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;
desenvolvimento de ações específicas para a redução da disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais;	coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;
fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei;	estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;
estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas;	elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra
fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social;	apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra

fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;	instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.
qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos Estados e Municípios;	
articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme, incluindo a reorganização, a qualificação e a humanização do processo de acolhimento, do serviço de dispensação na assistência farmacêutica, contemplando a atenção diferenciada na internação;	
incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar;	
implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, nos Estados e Municípios, conforme a Portaria MS/GM nº 936, de 19 de maio de 2004, como meio de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte, traumas ou incapacitação por causas externas (BRASIL, 2004a);	
elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas;	
garantia da implementação da Portaria Interministerial MS/SEDH/ SEPM nº 1.426, de 14 de julho de 2004, que aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, no que diz respeito à promoção da equidade (BRASIL, 2004b);	
articulação desta Política com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b);	
articulação desta Política com as demais políticas de saúde, nas questões pertinentes às condições, características e especificidades da população negra;	
estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando à promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.	

FONTE: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, 2009.

Deste modo, percebe-se que a PNSIPN e o Estatuto são bem objetivos quanto ao que se propõem, sendo complementados com Planos Operativos que visam metas e ações estratégicas específicas. Não custa deixar registrado que o dia 27 de outubro, foi reconhecido como dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra.

Assim, retomamos a noção da equidade racial, como a que deve ser o guia do princípio da equidade em saúde, não podendo as duas caminharem em dissonância. O Brasil projetara um país branqueado para o de 2023, conforme anteriormente trabalhado nesta pesquisa,

contudo, o censo do IBGE (2010) apontou que 47,7% da população se autodeclarou branca e 50, 7%, autodeclarou-se negra (preta e parda). Nesse sentido, o Estado tem feito políticas públicas para quem? Se, nós, pessoas negras, somos a maioria deste país e a que mais recorremos ao SUS, as políticas de saúde estão alcançando quem? E, mais do que isso, enquanto políticas estatais, não estariam servindo aos interesses da ideologia da democracia racial?

O Estado é racista, conforme as construções políticas de Achille Mbembe (2018), deste modo não está nada fora da ordem e progresso pretendidos para o país em seu estatuto de civilização e cidadania. O Estado tem feito política para uma minoria, pois a população negra é a maioria que continua tensionando para que suas demandas sejam contempladas nas agendas políticas. Aprofundaremos sobre isso no capítulo seguinte.

Por fim, faz-se necessário retomar a apresentação feita à 3ª edição do Ministério da Saúde sobre a “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma Política do SUS” (2017):

Para implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, é necessário que gestores, movimentos sociais, conselheiros e profissionais do SUS trabalhem em prol da melhoria das condições de saúde da população negra, a partir da compreensão de suas vulnerabilidades e do reconhecimento do racismo como determinante social em saúde (MS, 2017, p. 7).

Precisamos entender como o racismo tem operado nas condições de vida e morte, saúde e doença da população negra, compreendê-lo como um determinante social de saúde, mas o que isso quer dizer? É o que discorreremos no tópico seguinte, com o objetivo de pavimentar o caminho para a implementação de ações em saúde para população negra e o impacto da inércia estatal ao não cumprirem com as pactuações em prol da melhoria de vida da população brasileira.

4.3.1 Racismo e o Modelo da “Determinação Social”

Saúde é o estado completo de bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença. Segundo a OMS (1948), essa é concepção social que se pretende romper com o modelo biomédico que vigorava majestoso até então. Mas, na prática dos serviços e rotinas individuais em saúde, ainda a vemos como “ir ao médico, fazer um *check-up* geral” ou, “ir ao hospital” quando “algo não está bem”, leia-se quando “estamos doentes”. Para ser sincero é que ainda nos relacionamos, no geral, com a saúde nos termos do modelo biológico-médico-hospitalocêntrico. Estar com saúde é não estar doente, é estar com vida, diriam os mais velhos.

Ao longo do tempo foram várias as tentativas de compreender as origens e o modo como as doenças eram transmitidas e podemos resumir, de modo geral, em cinco os modelos explicativos: modelo mágico-religioso, modelo processual, modelo sistêmico, modelo de determinação social (Almeida Filho; Rouquayrol, 2006).

Em linhas gerais, o modelo mágico-religioso pode ser compreendido como aquele em que as causas das doenças são externas, determinadas por alguma entidade mítica e/ou metafísica. O modelo biomédico centra-se na patogenia e na cura, com foco na biologia, fisiologia e afins. O modelo processual com influência do modelo da História Natural das Doenças em 1976, por Leavell e Clark o qual o corpo responde a agentes patológicos oriundos do meio ambiente, podendo ser essa a cura, a enfermidade ou a morte. No modelo sistêmico há uma sinergia entre os fatores econômicos, políticos, culturais, ambientais e patogênicos em que um sendo modificado, altera os demais (ibidem.).

Segundo Rocha e David (2015) predominava, até o século XIX, a unicausalidade enquanto teoria da representação das doenças: na concepção ontológica a enfermidade era atribuída a algo externo, um mal, espírito sobrenatural que tomava conta do corpo do indivíduo, com origem na Antiguidade, na concepção dinâmica (modelo holístico), “doença era produto do desequilíbrio ou desarmonia entre os princípios, ou forças básicas da vida”, com origens na medicina chinesa e hindu (p. 132).

Existem outros modelos a depender dos autores e perspectivas analíticas (Galvão, 2019), contudo esse não é objetivo em tela. Mas destacar o contexto de emergência das DSS conforme compreensão atual da OMS. Desde 1948 esta entidade, deu um salto qualitativo ao modificar o conceito de saúde, inserindo os aspectos sociais e deixando de focar na doença. O governo do Canadá, na pessoa do seu ministro da saúde Marc Lalonde, em 1974, produziu o documento governamental que é considerado o primeiro de origem estatal-ocidental ao romper com a visão médico-biológica, para ele o foco deveria ser a biologia, o estilo de vida, ambiente e a organização da assistência sanitária.

O modelo biomédico se impõe e expandiu, sendo questionado de forma mais contundente no século XX. Na América Latina, a medicina social ganha espaço nas décadas de 1980 e 1990, enquanto no Brasil a sua consolidação ocorre entre 1974-1979, sendo o terreno das mobilizações pela redemocratização o solo que possibilitou o desdobramento em políticas públicas.

No Brasil, as trajetórias de um pensamento social resultaram em diferentes aproximações, em diferentes momentos. Tais aproximações retomam as origens da saúde coletiva com base no chamado projeto preventivista, amplamente discutido na

segunda metade dos anos 1950, que se associava à crítica ao modelo biomédico, culminando na criação dos departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas e de disciplinas que ampliavam a perspectiva clínica, como a epidemiologia, as ciências de conduta, a bioestatística. A preocupação com uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo é instalada (Rocha, David, 2015, p. 131).

Nesse contexto científico-político, a Epidemiologia foi se consolidando enquanto ciência que passou a embasar as práticas em saúde pública e coletiva e, pode ser compreendida como a ciência que estuda a “doença era produto do desequilíbrio ou desarmonia entre os princípios ou forças básicas da vida” (p. 130). As análises de determinação social da doença que recolocaram em cena a história e aspectos sociais como variáveis que influenciam no processo de saúde e doença, contribuíram uma mudança de concepção dentro da própria Epidemiologia. Para Rocha e David (2015) “O conceito de Determinação Social da Saúde teve notória importância na formação da Epidemiologia social latino-americana e na história do movimento sanitário brasileiro” (p. 130).

É relevante notar que a expressão “determinação social da saúde” teve seu berço de ouro na Epidemiologia Latino-Americana e não nas Ciências Sociais e Saúde. Essa expressão aparece com força em vários pensadores da área, nos formuladores da Reforma Sanitária e nos congressos do setor, por meio de uma crítica radical ao biologicismo do qual, a seu ver, todo o campo da saúde, inclusive a Saúde Pública, se tornou caudatário. Em contraposição, tais pensadores entronizam um “social” essencialmente macropolítico e socioeconômico, como refere Ianni. E o biológico criticado é um território implacavelmente marcado por uma biologia funcional, microscópica e fragmentada. Disso tudo, não faz parte nem o contexto ecológico e nem a intrínseca relação indivíduo/sociedade, biológico/social e nem a ação do sujeito (Minayo, 2021, p. 2).

Em março de 2005 a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a *Comission on Social Determinants os Health* – CSDH, cujo objetivo é “promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades de saúde por eles geradas” (Buss, Filho, 2017, p. 88). E em 2006 foi instituída via decreto presidencial a Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) no Brasil que podem ter seus objetivos assim descritos: “- gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil, - contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde e - mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre este tema.” (CNDSS, 2018).

O modelo explicativo adotado pela OMS é o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) dos determinantes sociais da saúde, que é uma estrutura conceitual que visa entender como fatores sociais, psicológicos e ambientais afetam a saúde das pessoas. Os autores destacam que

a saúde de um indivíduo não é determinada apenas por fatores biológicos ou comportamentais, mas também por fatores mais amplos relacionados ao seu ambiente social.

Este modelo é representado por camadas concêntricas, que refletem diferentes níveis de influência sobre a saúde: 1) Nível individual: este é o nível mais interno e inclui fatores biológicos e comportamentais individuais. Isso abrange características pessoais, como idade, sexo, genética e histórico de saúde. 2) Nível individual-social: abrange fatores de estilo de vida, como dieta, exercício físico e tabagismo, que também desempenham um papel importante na saúde. Está entre o individual e os DSS. 3) Nível redes sociais e comunitário: é composto pelas características da comunidade em que uma pessoa vive e suas relações sociais de coesão, pertencimento, dentre outros. O suporte social e os relacionamentos interpessoais também desempenham um papel crucial na saúde, pois as conexões sociais fortes podem promover o bem-estar e a resiliência. 4) Nível, vida e trabalho: inclui fatores como acesso a serviços de saúde, qualidade do ambiente físico, disponibilidade de recursos comunitários (instalações esportivas, espaços públicos) e segurança, entre outros. 4) Nível macroestrutural: O último nível considera fatores como políticas, leis e sistemas de saúde. Isso abrange fatores psicológicos, psicológicos e culturais mais amplos que moldam as condições de vida e as oportunidades de saúde. Esses fatores incluem distribuição de renda, políticas de emprego, acesso à educação de qualidade, políticas de saúde pública e equidade social. Essas estruturas mais amplas têm um impacto significativo na saúde das populações. Além disso, o modelo enfatiza que fatores sociais, psicológicos e culturais mais amplos são cruciais para a saúde. Esses fatores incluem o ambiente social, como a classe social, o nível de educação, a ocupação e o suporte social disponível

Para Minayo (2021) o campo da “determinação social” em saúde, trouxe consigo alguns problemas em virtude da fonte da qual ele surge, a saber o determinismo. Compreende-se por determinismo a relação de causa e efeito entre eventos, podendo estes ser eventos do passado que influenciam ou explicam outros no presente e do futuro (pré-determinismo), ou fenômenos do futuro que determinam o presente e o passado (pós-determinismo, alinhado à visão teológica) e o codeterminismo em que os eventos, processos, fenômenos se interferem mutuamente, o que pode ser causa de um processo, pode ser efeito de outro e assim por diante (p. 4). O campo daqueles que usam a “determinação social” está em consonância com o pré-determinismo (Rocha; David, 2015; Minayo, 2021).

Junta-se a isso que ao aprofundar nas críticas existentes em relação aos determinismos, ao qual recomenda-se consultar as referências apontadas por Minayo (2021), chega-se a conclusão de que “fonte da noção de determinação social está no positivismo” (p. 8). O que nos

coloca em uma arena perigosa da ciência, tanto pela sua prática (ver a neutralidade científica) quanto pela sua ligação política com a eugenia conforme anteriormente apresentada.

Ainda que se reconheça os avanços que significou o ressurgimento da “determinação social da saúde” ao colocar em xeque o modelo biomédico, se contrapondo às mazelas oriundas do neoliberalismo, “acarretamento o reaparecimento da preocupação com a justiça social” (Rocha, David, 2015, p. 132), é preciso que se questione e se aprofunde acerca dos “fundamentos teóricos” na base da “determinação social da saúde”, conforme proposto por Minayo (2021, p. 4).

Em 2005, quando a Organização Mundial da Saúde retomou a noção de “determinação social” em saúde, o faz com o termo “determinantes sociais” das doenças (Minayo, 2021). Rocha e David (2015, p. 133), assim analisam esse “novo” olhar; “Mas o conceito de determinantes sociais reaparece desprovido do arcabouço teórico e político que apresentava nos anos 1970 e 1980, período em que se pretendia entendê-lo à luz da teoria marxista de sociedade, com base na vertente crítica do pensamento social”.

Então, já se tem, no mínimo, dois problemas em relação à “determinação social”; a origem filosófica-política e sua desvinculação histórica de teorias que poderiam recolocar as análises em moldes mais próximos da realidade social. Por fim, trago as críticas costuradas por Minayo (2021) a partir do pensamento de diversos autores, para quem a “determinação social” ao carregar a ideia de causa-efeito do determinismo, isto é, aponta que as causas de saúde e doença tem origem do ambiente para o indivíduo, seja esse ambiente o natural, as relações, o grupo ou comunidade, o trabalho, a cultura, entre outros e que nesse indivíduo sejam consideradas características individuais/sociais como sexo, idade, posição social, práticas de boa educação em saúde, enfim, mas a noção de determinismo lhe retira o caráter de agenciamento e criatividade-inventiva sobre os fenômenos, processos, eventos.

A própria história da população negra mostra que estivemos sempre em posição de resistência e, não de submissão plena. Foi com a inventividade dos nossos antepassados que reconstruímos nossas tradições, religiões, cultura, mantivemos características de falar (fRamengo, já diria Lélia González), entre vários exemplos que podemos acionar aqui. E quando falamos do passado, o fazemos em movimento Sankofa³⁰; voltar ao passado e buscar as memórias perdidas (roubadas?), para ter base no presente e não ser repetido no futuro, até

³⁰ O conceito de Sankofa (Sanko = voltar; fa = buscar, trazer) origina-se de um provérbio tradicional entre os povos de língua Akan da África Ocidental, em Gana, Togo e Costa do Marfim. Em Akan “*se wo were fi na wosan kofa a yenki*” que pode ser traduzido por “não é tabu voltar atrás e buscar o que esqueceu”. (Fonte: [https://portal.fiocruz.br/noticia/projeto-sankofa-discute-questoes-e-relacoes-etnicoraciais#:~:text=O%20conceito%20de%20Sankofa%20\(Sanko,e%20buscar%20o%20que%20esqueceu%E2%80%9D](https://portal.fiocruz.br/noticia/projeto-sankofa-discute-questoes-e-relacoes-etnicoraciais#:~:text=O%20conceito%20de%20Sankofa%20(Sanko,e%20buscar%20o%20que%20esqueceu%E2%80%9D)).

porque o racismo é uma emergência histórica (inclusive, já foi teoria determinista) que se atualiza com as dinâmicas econômicas, políticas, sociais, entre outras, sendo um ciclo cumulativo de desvantagens, segundo Hasenbalg (1978).

Galvão e colaboradores (2021) apontaram em seu estudo que existem outras teorias ou modelos explicativos que tentam dar conta da “determinação social”, a exemplo da teoria ecossocial, teoria antropológica, teoria médico-social e teoria da epidemiologia crítica. Na sua revisão de escopo acerca das temáticas pesquisadas pelos adeptos do DSS entre os anos de 2005 e 2018, foram incluídos 19 artigos, os quais 2 eram brasileiros e do total 3 abordavam a temática racial (1 EUA, 1 Brasil e 1 Inglaterra).

A temática que predominou foi a determinação socioeconômica “reforçando o entendimento das iniquidades em saúde como determinadas, predominantemente, pela classe social. Alguns artigos mais recentes, no entanto, apontam a necessidade de adicionar raça e gênero à classe social como recursos conceituais.” (Galvão e cols., 2021, p. 7). E ainda assim, para Rocha e David (2015, p. 133), no geral, os estudos com esse viés, partem de uma “versão linear dos componentes das classes sociais (educação, trabalho/ocupação) e sua tendência para a valorização da dimensão econômica na definição de estratos sociais, [...]”.

Galvão e colaboradores (2021) comentam sobre os artigos que abordaram a raça como determinante social de saúde:

O contexto sócio-histórico e as especificidades do racismo ao longo da vida remetem à necessidade de um modelo teórico mais abrangente de raça que considere os efeitos cumulativos e interativos das diferentes formas de discriminação. Dentre as publicações selecionadas, em três constaram dados sobre as desigualdades raciais. No Brasil, pretos e pardos morrem, desproporcionalmente, mais de aids, homicídio, alcoolismo, diabetes, tuberculose etc. As taxas de mortalidade materna das mulheres negras são sete vezes maiores do que as das brancas. A expectativa de vida dos negros brasileiros é de até cinco anos a menos que a dos brancos (Pagano, 2014; Smedley, 2012) (ibidem., p. 8).

Além de trazer os dados que refletem os impactos do racismo na saúde da população negra, frisou-se a observação colocada pelos autores acerca da necessidade de outros modelos explicativos que deem conta da complexidade do racismo, sobretudo em se tratando de Brasil que ergueu um modo peculiar de racismo. Na pesquisa em questão, fala-se de uma perspectiva interseccional para análises da interconexão dos marcadores das diferenças:

O reconhecimento da interseccionalidade pelas pesquisas em saúde pública, epidemiologia e sociologia reforça o debate metodológico e promove a apropriação dessa perspectiva “como um paradigma transformador dos estudos sobre Determinantes Sociais da Saúde” (Couto et al., 2019, p. 7). Uma das propostas metodológicas é a utilização de testes de interação e análises multinível, abordando a

complexa inter-relação entre raça, gênero e classe, bem como com outras formas de opressão (Smedley, 2012) (Galvão e cols., 2021, p. 9).

Se for considerado que a interseccionalidade tem filiações teóricas e políticas bem demarcadas, uma vez que nasce no Pensamento Feminista Negro, é possível que se amplie sua utilização no campo da saúde pública, uma vez que não se trata só de um método ou metodologia, mas de uma possibilidade epistemológica, incompatível com o positivismo, inclusive. Fica o caminho em aberto para pesquisas e pesquisadores futuros perseguirem em novas pesquisas.

O fato é que o racismo tem impacto nos processos de saúde-doença, vida-morte da população negra, pois ocupa um lugar de destaque na necropolítica, tal como viemos expondo até agora. A população negra morre, concretamente, todos os dias, porque o racismo existe, e por mais cruel que essa constatação possa ser, precisamos ampliar o escopo de investigações sobre essa problemática no campo da saúde como será explicitado no capítulo seguinte.

5 BELÉM: SUAS HISTÓRIAS, SEUS POVOS E A SAÚDE NEGRA

Consta nos registros oficiais que Belém foi fundada em 12 de janeiro de 1616. A cidade elegida para capital do estado do Pará é banhada pela baía do Guajará e do Marajó e perpassada pelas águas doces dos rios Guamá e Maguari. É formada por uma parte continental, mas cerca de 65% do seu território é insular em que constam 39 ilhas. Possui 71 bairros, divididos em 8 distritos administrativos. No entanto, a existência da terra de Mairí (Maire, Maíra) é bem anterior à invasão europeia.

Por aqui viviam as sociedades Tupi e ocupavam originalmente o litoral dos atuais estados do Pará, Maranhão e Amapá (o antigo Grão-Pará e Maranhão), além de estarem espalhadas nas áreas costeiras do Rio de Janeiro e Bahia. O tupinambá foi uma língua de contato entre as sociedades originárias e era a mais falada na região. Porém, a violência colonial não permitiu, ainda hoje, aos estudiosos, demarcar se “tupi é uma autodenominação, ou se foi uma denominação atribuída pelos europeus como redução de Tupinambá” (Neves, 2022, p. 11). O fato é que se tratava de diferentes sociedades, culturas e línguas que foram homogeneizadas em uma só e em uma única língua – a tupi, posteriormente, na nheengatu.

A professora na Universidade Federal do Pará, coordenadora do GEDAI – Grupo de Estudos, Mediações e Discursos na Amazônia e doutora em linguística Ivânia Neves (2022), recuperando os escritos de André Thevet, contou que na cosmologia Tupinambá havia o primeiro grande ancestral, sem começo ou fim e criador de tudo— *Monan*. Um dia se enfureceu

com a ingratidão e maldade dos homens e decidiu colocar fogo na terra destruindo tudo. Contudo, *Irin-majé*, único homem resguardado por ele e passou a viver com *Monan* no “céu”. Posteriormente, *Irin-majé* entristeceu-se por estar sozinho e o ancestral então enviou uma abundância de água para apagar o fogo na terra que formou os mares. O ancestral, criou um ser “mulher” para viver junto a *Irin-majé* e recomeçar a história na terra.

Desse *Irin-Majé* saiu um grande *Caraíbe*, que eles têm por seu profeta, assim como os turcos têm por profeta Maomé. E por causa das obras maravilhosas que ele fazia, deram-lhe a denominação de *Maire-Monan*, nome que devo interpretar para o leitor. A palavra *Maire* em língua selvagem significa transformador, uma vez que o personagem em causa era hábil em transformar uma coisa em outra, quanto a *Monan*, significa “velho” ou “antigo”. Aplicado ao grande *Caraíbe*, o vocábulo significa “imortal”, visto que o grande *Monan*, que fez descer o fogo do céu sobre a terra, não tem nem começo nem fim (Thevet, 1575/2009, p.51 citado por Neves, 2022, p. 18).

Nas diversas possibilidades registradas, “Mairi, a terra de Maíra é o território Tupinambá” (ibidem., p. 20), foi compreendido como espaço do outro e que devido às características importantes de *Maire* também denotou um título carregado por todos os pajés e caciques (*caraíbes*), afinal, foi ele quem havia lhes ensinado os segredos das florestas (Neves, 2022).

Grande Maíra, que lhe ensinou os segredos das plantas da floresta, um ancestral que, guardadas as diferenças, permanece vivo na atualidade pelo menos entre os Tembé, Guajajara, Waiãpi Guajá, Kaapor e Ava-Canoeiro. Os Tupinambá dos primeiros séculos de colonização e esses povos, na atualidade, se consideram filhos de Maíra e Mairi pode significar, entre outras possibilidades, o território de Maíra (Neves, 2022, p. 15).

Recupero essas memórias como forma de contar sobre a existência da cidade de Belém por outras narrativas que nos foram negadas. “A forma como se escreveu a história de Belém, com todos os apagamentos da sua ancestralidade indígena e africana, [...]” (Neves, 2022, p. 4), traduz a história do ponto de vista dos colonizadores. E ainda que ela tenha tido a contribuição dos brancos europeus, a presença negra e indígena é viva em nossos corpos, cultura e herança ancestral, fazendo-se necessário trazer à memória de seu povo.

Grande parte dos Tupinambá que vivia nesta região hoje denominada de Belém e nas adjacências, morreu ainda no século XVII, quando entrou em contato com os europeus. Muitos fugiram para dentro da floresta e formaram novas sociedades ou se integraram as que já existiam, mas uma parte foi incorporada à recém-fundada cidade. Apenas alguns homens portugueses fundaram a cidade, eles eram aproximadamente 140 colonizadores e as mulheres europeias não vieram. Foram as indígenas as mulheres que deram origem à população da cidade e depois as mulheres e homens africanos trazidos à força para a colônia portuguesa (Neves, 2022, p. 24).

Assim, um dos objetivos do presente capítulo é apontar que foram diversos povos que marcaram a configuração social da cidade, assim como analisar por meio da saúde-diretriz as formas com que a necropolítica engendrou as tensões que tentam silenciar as vozes dissonantes da narrativa oficial. Assim, seja pela história originária que abriu a presente seção, seja pelo viés administrativo-político ou pelas discussões sobre a presença negra em Belém, o fato é que nossos antepassados indígenas e negros resistem em nós e continuam lutando pela revolução cabana na Mairí.

5.1 A CIDADE DE BELÉM

A cidade de Belém ocupa um lugar no imaginário social a partir das ideias que pesam sobre a região Amazônica; “paira sobre a região a mítica de uma terra só mato e índio, no sentido pejorativo, porque se construiu a ideia de que ser indígena também é ruim em uma perpetuação do racismo anti-indígenas” (Câmara, 2017). Nesse sentido, Belém no contexto geopolítico nacional e internacional foi atravessada pelas práticas coloniais que resistem até a atualidade quando se observam a relação das demais regiões do Brasil para com a Amazônia, por exemplo: lugar de matéria-prima natural, nunca intelectual!

Diante do cenário do histórico de povoamento e inclusão da região aos ditames de civilização e progresso, Malheiros e Cruz (2019), argumentaram que os grandes projetos são as marcas paradigmáticas que nos ajudam a compreender esse processo que nos leva aos “limites da democracia, uma vez que a racionalidade territorial desses megaempreendimentos [...], para se realizar, solapa as condições de realização de outras geo-grafias de povos, grupos e comunidades” (p. 19).

São grandes empreendimentos de exploração e negação da humanidade dos povos amazônidas, ligados à produção de energia por meio das usinas hidrelétricas, petróleo, minérios, logística para o escoamento de grãos e outros produtos como, estradas, portos, hidrovias e ferrovias. O projeto da serra dos Carajás configurou como o maior extrator de ferro do mundo, a usina hidrelétrica de Belo Monte (e agora o projeto Belo Sun) continua sendo alvo de várias disputas e violações ambientais, mas está em funcionamento, o Ferrogrão, ferrovia para escoamento de soja, cortará terras indígenas e quilombolas e serão 933 km que afetarão o estado do Pará.

Para Malheiros e Cruz (2019) esses grandes projetos impõem um ritmo à região que caracteriza a Amazônia enquanto “territorializações de exceção” a partir da noção de estado de exceção proposta por Agambem, e que Achille Mbembe (2018) caracterizou como sendo os

espaços colonizados. Mbembe (2018) utilizando-se da descrição e análise de Fanon, demarcou as mudanças espaciais pelas quais os territórios são esquadrihados do céu às camadas mais profundas da terra para servir aos novos ditames de progresso e com isso implementar física e socialmente a necropolítica nesses lugares.

[...] a dinâmica de territorialização desses grandes empreendimentos significa, sobretudo, grandes apropriações de terras, não somente a terra em si, mas apropriação do subsolo, da água, da biodiversidade, etc. Na lógica desse capitalismo extrativo, a natureza é vista como matéria-prima, como recurso, como *commoditie* a ser apropriada, transformada, vendida e comprada. A ideia dominante nessa matriz de racionalidade é de uma natureza como obstáculo, o que passa a se tornar a lógica geral, naturalizada por políticas estatais e/ou estratégias corporativas (Malheiros; Cruz, 2019, p. 22).

Logo, a suspensão dos direitos sociais se torna imperativa diante a ideia da necessidade, de segurança e do interesse nacional (Malheiros; Cruz, 2019). Sendo essa uma realidade que afeta a dinâmica das cidades na Amazônia, marcadas pelo estado de sítio permanentes. Da “terra sem gente, para gente sem-terra”, slogan do período militar para os dias atuais, pouca coisa mudou, considerando que aqui ainda é visto como um lugar a ser explorado, desconsiderando a multiculturalidade e a resistência que aqui existente desde muito tempo.

Oliveira (2008) demonstrou como em doze anos, o número de cidades aumentou de 251 em 1988 para 449 em 2000, marcando o aumento do contingente populacional na região Norte, um crescimento de 53, 3% “ocasionado pelas migrações para as novas fronteiras agrícolas e extrativistas, incentivadas a partir da estruturação de grandes projetos econômicos para a região” (p. 64).

Nos anos 1970, e por toda a década de 1980, a política de ocupação, que cortou a região com grandes rodovias no sentido norte-sul e leste-oeste, produziu uma marcha desenfreada dos setores produtivos agropecuários que se defrontavam com sinais de esgotamento no Centro-Sul do país. O resultado, visto como normal, se analisado pela regularidade das ocupações humanas sobre os territórios do planeta, no caso da Amazônia, a maior floresta tropical úmida da terra e a última grande massa de florestas e água doce do mundo, é preocupante. A destruição ambiental, a exclusão social em larga escala, a desestruturação dos meios de reprodução socioeconômicos das populações locais e a extremada concentração fundiária resultaram de um conjunto de políticas justificadas pelo mito do vazio demográfico (Oliveira, 2008, p. 66-67).

São rearranjos econômicos, demográficos e políticos que desconsideram as populações e suas configurações sociais existentes nestes territórios. No caso da Amazônia, seguindo um padrão diferente das demais regiões do Brasil, são as cidades entre 20 e 50 mil habitantes que passaram a adquirir um “papel estratégico no deslocamento e padrão de desenvolvimento

econômico-social e nos arranjos organizacionais relativos à implementação das políticas de saúde na região.”, por exemplo (Oliveira, 2008, p. 68).

Paulo de Tarso Oliveira (2008) no seu livro “Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia”, aborda como a saúde na Amazônia Legal foi marcada pelo processo histórico, econômico e social que delineou um perfil epidemiológico fruto da lógica de ocupação e exploração da biodiversidade local:

[...] padrões epidemiológicos que estariam associados aos diversos padrões de desenvolvimento das várias cidades da Amazônia Legal [...]. Estas dinâmicas para Confalonieri (2005) demonstradas da seguinte forma: (i) na primeira situação, a de paisagem natural encontram-se principalmente, doenças infecciosas e parasitárias (“Infecções Focais”), bem como intoxicações por animais peçonhentos, resultantes da exposição humana em atividades de subsistência, ou, simplesmente, pela proximidade e contato direto com os elementos do meio natural (vegetação; solo; animais; água etc.); (ii) na segunda situação, denominada de paisagem antropizada, encontramos riscos e agravos associados a transformações mais intensas da paisagem natural amazônica, decorrente de diferentes formas de ocupação e de uso da terra e (iii) Agravos típicos dos aglomerados urbanos e das grandes cidades (Oliveira, 2008, p. 79 e 81).

O que fica notório em seu livro, é que a saúde e seu financiamento estão diretamente relacionados com o ambiente e as condições de vida, fazendo-se necessário, portanto, considerar as peculiaridades históricas, demográficas e suas movimentações territoriais, de ocupação desordenada, motivadas pelos grandes projetos e outras causas também para compreender o panorama da saúde na Amazônia; isto é, sua “geopolítica-sanitária” (Oliveira, 2008, p. 79) e, interseccionado a isso, a saúde da sua população que para os fins desta pesquisa, é a população negra.

Deste modo, políticas públicas não podem ser pensadas desconectadas de seu contexto territorial, sua história e seu povo, fazer isso seria alimentar a necropolítica que prevê a morte e suspensão dos direitos de sujeitos que habitam a região. Paralelo a isso, é importante que se compreenda que os princípios da descentralização e regionalização, precisam passar por este olhar localizado histórico e territorialmente (Oliveira, 2008).

Por conseguinte, consultando os dados da última publicação do IBGE (2023) para o ano-base de 2022, Belém têm 1.303.389 habitantes por quilômetro quadrado e possui uma área territorial de 1.059,466 km². Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) é de 0,746 (ano de referência 2010) e o coeficiente Gini de 0,623³¹ (Salata; Ribeiro, 2023).

³¹ “coeficiente de Gini mede o grau de distribuição de rendimentos entre os indivíduos de uma população, variando de zero a um. O valor zero representa a situação de completa igualdade, em que todos teriam a mesma renda, e o valor um representa uma situação de completa desigualdade, em que uma só pessoa deteria toda a renda.” (Salata, Ribeiro, 2023, p. 10).

A cidade possui uma taxa de urbanização de 99,14% e uma divisão político-administrativa em 8 distritos, segundo a lei nº 7.682/1994: 1º Distrito Administrativo Mosqueiro **DAMOS**, 2º Distrito Administrativo Outeiro **DAOUT**, 3º Distrito Administrativo Icoaraci **DAICO**, 4º Distrito Administrativo Benguí **DABEN**, 5º Distrito Administrativo Entroncamento **DAENT**, 6º Distrito Administrativo Sacramento **DASAC**, 7º Distrito Administrativo Belém **DABEL** e 8º Distrito Administrativo Guamá **DAGUA** (ANEXO B).

QUADRO 8 - Distritos Administrativos de Belém.

DISTRITOS	QUANTIDADE/BAIRROS
DABEL	08 bairros: Batista Campos, Campina, Cidade Velha, Marco, Nazaré, Reduto, São Brás e Umarizal.
DABEN	08 bairros: Bengui, Cabanagem, Coqueiro, Parque Verde, Pratinha, São Clemente, Tapanã e Una.
DAENT	10 bairros: Águas Lindas, Aurá, Castanheira, Curió-Utinga, Guanabara, Mangueirão, Marambaia, Souza, Val-de-Cans e Universitário.
DAGUA	06 bairros: Canudos, Condor, Cremação, Guamá, Jurunas, Terra Firme (Montese).
DAICO	09 bairros: Águas Negras, Agulha, Campina de Icoaraci, Cruzeiro, Maracacuera, Paracuri, Parque Guajará, Ponta Grossa e Tenoné.
DAMOS	19 bairros: Aeroporto, Ariramba, Baía do Sol, Bonfim, Carananduba, Caruará, Chapéu Virado, Farol, Mangueiras, Maracajá, Marahú, Murubira, Natal do Murubira, Paraíso, Porto Arthur, Praia Grande, São Francisco, Sucuriçuquara e Vila.
DAOUT	05 Bairros: Água Boa, Brasília, Itaituba, São João do Outeiro.
DASAC	07 bairros: Barreiro, Fátima, Maracangalha, Miramar, Pedreira, Sacramento e Telégrafo.
TOTAL	71 BAIRROS

FONTE: Companhia Desenvolvimento e Administração da Área Metropolitana de Belém (CODEM).

Sua população é constituída por 53,29% de mulheres e 46,71% de homens residentes na área urbana e 0,42% (6.299) de mulheres e 0,44% (6.598) de homens na zona rural da cidade. Em relação a pirâmide etária, a faixa de 30 a 39 anos comporta a maioria populacional e que tem a menor proporção é a de 80 anos ou mais, assim 27,41% são crianças e adolescentes,

59,30% são jovens e 13,28% são idosos. O estado do Pará possui uma expectativa de vida de 72,7 anos segundo dados de 2019, sendo menor que a média nacional.

Em relação à estrutura da Rede de Atenção à Saúde, possui: 86 Unidades Básicas de Saúde (57 – Unidades de Saúde da Família, 29 com urgência básica), 30 unidades que compõe a Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE), sendo 5 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 4 unidades que atendem a média e alta complexidade; Hospital Pronto Socorro Municipal Mario Pinotti (HPSM MP), Hospital Geral de Mosqueiro (HGM), Hospital de Retaguarda Dom Vicente Zico (HRDVZ), Hospital Pronto Socorro Municipal Humberto Maradei Pereira (HPSM HMP) e 12 Centros de Atenção à Saúde (CASA), entre Centros de Referência à Mulher, Idoso, do trabalhador, Atenção Psicossocial criança e adolescente, adulto e álcool e outras drogas, odontológicas, testagem e aconselhamento e de controle de zoonoses.

É importante mencionar que existe em Belém, na ilha de Mosqueiro – Baía do Sol, a Comunidade Remanescente de Quilombo Sucurijuquara certificada pela Fundação Cultural Palmares (portaria nº 87/2014). Segundo dados do IBGE (2010) residiam na comunidade 1.074 pessoas entre 538 homens e 536 mulheres, sendo aproximadamente 200 famílias. Sua matriarca é conhecida como tia Querida (Creuza Gomes Chaves), nascida em 1929, hoje com 94 anos de idade. “O pai de Tia Querida era maranhense, da cidade de Codó, e a mãe era paraense. Em sua narrativa, ela remete à força e ao seu vínculo ancestral com o continente africano: “*A minha avó era africana, da África. Francisca Ludovina e Rosa.*” (FUNPAPA/Belém, 2020, p. 42).

A Prefeitura de Belém criou em 2021 uma instância para equidade étnicorracial, a Coordenadoria Antirracista de Belém (COANT), fruto da mobilização social dos movimentos negros. Tinha por objetivo acompanhar e propor ações e políticas públicas de promoção da igualdade racial e conta com uma coordenação indígena e uma do movimento negro cujas ações versam além dessas populações todas aquelas que se enquadrem no critério da etnicidade e racial como, imigrantes africanos, refugiados warao, ciganos, entre outros. Foi oficialmente regulamentada via decreto 103.700/2022, do dia 15 de março de 2022. No organograma institucional, ela se encontra ligada ao gabinete da prefeitura e estando a esta subordinada junto com outras 3 coordenadorias.

Desta maneira, o município de Belém passou a reconhecer o racismo institucional bem como o racismo estrutural que permeia as relações sociais na cidade e sua presença no ordenamento da sociedade belenense. Em novembro de 2022, sancionou o Estatuto da Igualdade Racial, confirmando essa posição. No entanto, além da omissão da pauta racial na agenda municipal por anos, o processo de enfrentamento ao racismo deve ser contínuo e com

oportunidades e condições para isso, sobretudo no que tange a políticas públicas e ações que estão no hall das necessidades básicas.

Sobre isso, em julho de 2022, a organização da sociedade civil (OSC) Instituto Pólis publicou seu estudo intitulado “Racismo Ambiental e Justiça Socioambiental nas Cidades”, bem propício, inclusive, quando a Conferência do Clima das Nações Unidas (COP 30) em 2025 ocorrerá em Belém. O estudo abordou o direito à cidade e os impactos do racismo na população de três cidades do país: Belém (PA), Recife (PE) e São Paulo (SP).

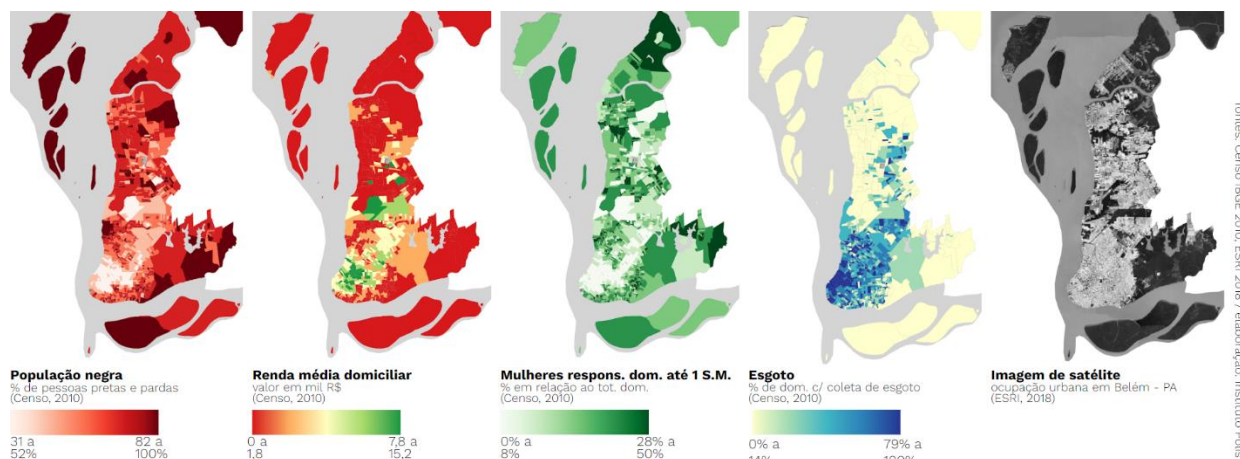
Por racismo ambiental, o Instituto Pólis (2022) assim o caracteriza:

racismo ambiental, de acordo com Benjamin Chavis, fica evidente quando as consequências das degradações ambientais se concentram em bairros e territórios periféricos, onde vivem famílias mais pobres e onde há maior concentração de pessoas negras, indígenas e quilombolas. São também nessas áreas que se concentram os piores índices de poluição do ar e das águas, assim como maior incidência de riscos de inundações e deslizamentos (para citar alguns exemplos), expondo essa população vulnerabilizada aos perigos de desastres naturais e a piores condições de saúde (ONLINE³²).

E é sobretudo sobre as condições de saúde que vamos trazer alguns dados significativos. As áreas com os piores índices de infraestrutura e serviços básicos, são onde moram as pessoas de baixa renda que na sua maioria são mulheres chefes de família e negras (Pólis, 2022). Os dados utilizados consideram o censo do IBGE de 2010. Mesmo já estando disponível o censo geral do IBGE de 2022, os dados raciais só serão publicizados no segundo semestre de 2023 o que aumenta a necessidade de pesquisas futuras com os dados mais recentes, ainda mais com o contexto pós pandêmico.

FIGURA 1: Mapas de Belém (PA) com os dados sobre concentração da população negra, renda média domiciliar, concentração de domicílios cuja pessoa responsável é do sexo feminino com rendimento de até 1 S.M., taxa de cobertura da rede de coleta de esgoto sanitário (Censo IBGE, 2010) e imagem de satélite (ESRI, 2018) com destaque para a mancha urbana.

³² Disponível em: <https://polis.org.br/estudos/racismo-ambiental/#> acessado em: 21/07/2023.



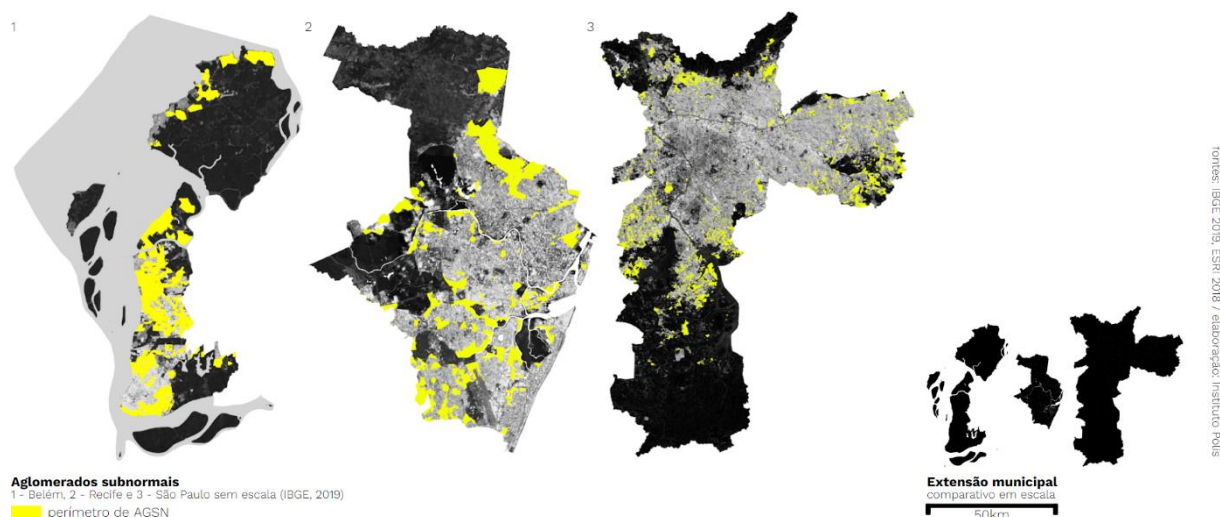
FONTE: (EXTRAÍDO DE INSTITUTO PÓLIS 2022).

A título de informação, o mapa em questão deixou de fora o distrito de mosqueiro para fins de facilitar a visualização em áreas contíguas. Sobre o mapa, ele demonstra que há maior concentração de renda nas áreas onde tem maior número de pessoas autodeclaradas brancas. Do mesmo modo, é a distribuição de saneamento ambiental; “definidas pelo abastecimento de água potável, pela coleta de esgoto e de resíduos sólidos e pelas infraestruturas de drenagem” (Pólis, 2022), que se encontra mais bem estruturada nessas mesmas áreas, logo, as áreas onde vivem as pessoas negras estão entre os piores índices de saneamento.

Ainda no mesmo estudo, as três cidades estudadas as áreas denominadas pelo IBGE de aglomerados subnormais são ocupadas por pessoas negras. Por aglomerados subnormais (AGSN), compreende-se, “uma forma de ocupação irregular de terrenos de propriedade alheia – públicos ou privados – para fins de habitação em áreas urbanas e, em geral, caracterizados por um padrão urbanístico irregular, carência de serviços públicos essenciais e localização em áreas com restrição à ocupação” (IBGE, ON-LINE³³). Para os belenenses, são as periferias, os becos, as quebradas, similar aos espaços dos cortiços, conforme trabalhado por Sidney Chalhoub.

FIGURA 2: Localização dos aglomerados subnormais em Belém, Recife e São Paulo (IBGE, 2019) e figura ilustrativa quanto à dimensão de cada município.

³³ Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15788-aglomerados-subnormais.html?=&t=o-que-e>

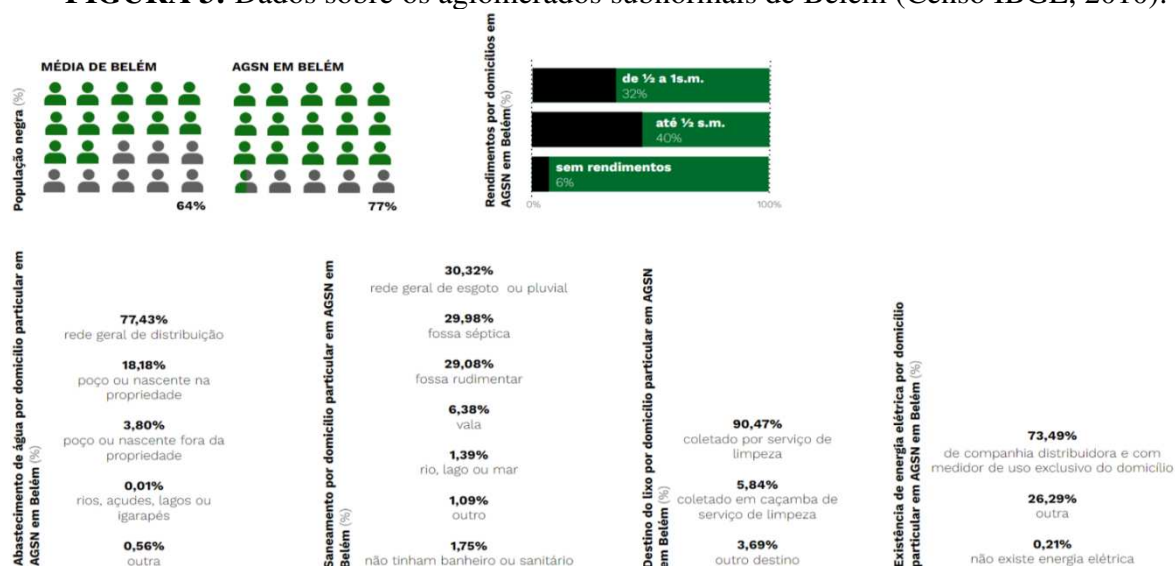


FONTE: (EXTRAÍDO DE INSTITUTO PÓLIS 2022).

Essas são áreas em que a infraestrutura e os serviços básicos quando existem, é de forma precária e com interrupções na prestação do serviço, sobretudo rede de esgoto e acesso a energia elétrica, de cada 10 domicílios 3 não tem acesso à energia. A grande contradição que paira sobre o estado do Pará que tem duas das maiores Usinas Hidrelétricas do país, Tucuruí e a de Belo Monte (Altamira) que além de todos os impactos ambientais, sociais e étnico-raciais já sabidos, não atendem à população local de forma eficiente.

Não é de hoje que o abastecimento de água nas regiões mais pobres da cidade é inconsistente, mas, durante a epidemia de Covid-19, os efeitos nocivos deste problema se agravaram. “Lavar as mãos” e “higienizar superfícies” tornou-se uma ordem social difícil de se cumprir adequadamente nas localidades em que não é garantido o abastecimento de água apropriado (Pólis, ON-LINE).

FIGURA 3: Dados sobre os aglomerados subnormais de Belém (Censo IBGE, 2010).

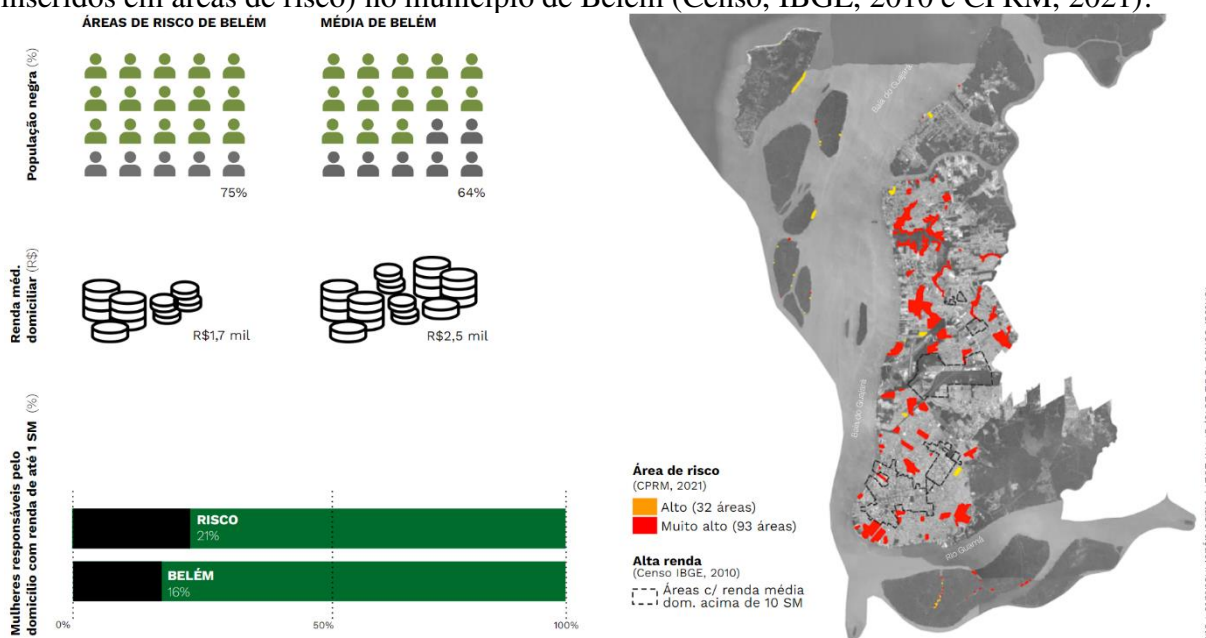


FONTE: (EXTRAÍDO DE INSTITUTO PÓLIS 2022).

Chama a atenção que 77% da população negra de Belém vive em aglomerados subnormais, com renda média de $\frac{1}{2}$ a 1 salário-mínimo e, 6% dessa população vive sem nenhuma renda. Segundo dados do IBGE no ano de 2021 para Belém, era a renda média de 3,5 salários-mínimos para os trabalhadores formais. E Belém desponta como sendo o “5º município brasileiro com o maior número absoluto de domicílios em aglomerados subnormais (225,5 mil) atrás de São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador e Manaus” (Ponte e colaboradores, 2020, p. 12).

Outro dado considerado pelo Instituto Pólis (2022) foi a urbanização em áreas de risco, isto é, aquelas com “probabilidade de ocorrência de algum evento, como inundação de um corpo d’água ou deslizamento de terra, implica um perigo real, com potencial de destruição, de perdas materiais ou até de vidas, quando consideradas as condições de ocupação do território”. São regiões procuradas pelo baixo valor de mercado e pela deficiente política habitacional, associadas as questões de classe, gênero e raça que empurram a população negra para essas áreas. Em Belém cerca de 193.557 domicílios ocupam regiões de risco, no geral nas margens de córregos, rios e lagos.

FIGURA 4: Dados demográficos da população residente em setores com áreas de risco (ou inseridos em áreas de risco) no município de Belém (Censo, IBGE, 2010 e CPRM, 2021).



FONTE: (EXTRAÍDO DE INSTITUTO PÓLIS 2022).

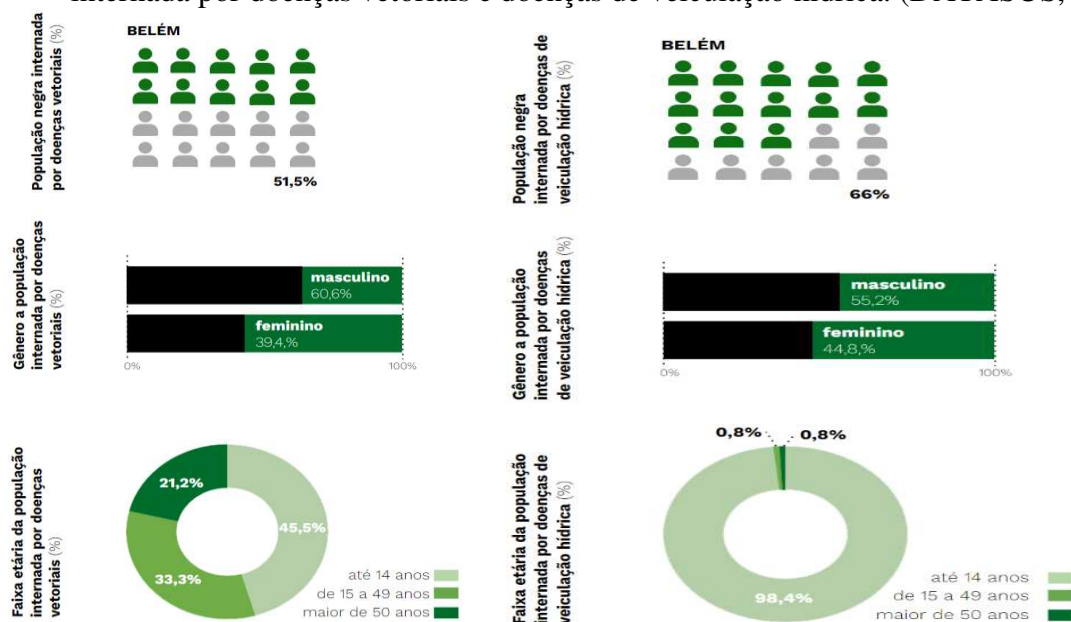
Belém é uma cidade litorânea cuja área continental se encontra a uma altitude de 10 metros acima do nível do mar, não é de hoje o receio da população em relação as mudanças climáticas. O que separa a cidade do oceano atlântico é uma baía do Guajará e o Rio Guamá de

água doce que a depender do movimento da maré faz adentrar água salgada. Quem vive em Belém sabe que basta 5 minutos de chuva para a cidade ficar intrafegável!

Mas o problema da cidade não são as marés altas ou a famosa chuva belenense, sobretudo, no inverno amazônico e sim a falta de infraestrutura para amenizar os impactos do processo de urbanização e ocupação territorial: “Imagens de dados da Companhia de Pesquisa de Recursos Minerais (CPRM) mostram as áreas mais afetadas em Belém e o nível de risco de alagamentos nos bairros Jurunas, Condor, Cidade Velha, Guamá, Terra Firme, Telégrafo e Barreiro são alguns dos mais afetados pelas enchentes e alagamento (ASCOM UFRA, 2021, ON-LINE³⁴)”. Áreas de periferia ou de AGSN segundo o IBGE que além das perdas de bens materiais, outra questão que acomete essas áreas em maior proporção são as doenças de veiculação hídrica, por exemplo, a amebíase, leptospirose, cólera, entre outras.

Em Belém, as 125 áreas de risco mapeadas (CPRM, 2021) estão relacionadas ao perigo de inundação ou erosão causada pelos corpos d’água e não coincidem com os bairros de maior poder aquisitivo da capital paraense, como Nazaré e Batista Campos, onde também a proporção da população branca é maior. De acordo com os dados do Censo Demográfico (IBGE, 2010), nas áreas com situação de risco, a população negra soma 75% do total, enquanto a média geral de Belém é de 64%. A renda média nos domicílios de setores com alguma área de risco é de R\$1,7 mil, 32% menor que a média geral da cidade, de R\$2,5 mil. Uma em cada cinco moradias (21%), nas áreas de risco, é chefiada por mulheres de baixa renda (com até 1 S.M.). Essa taxa é de 16% na cidade de Belém (Pólis, 2022).

FIGURA 5: Internações por Município segundo raça/cor, gênero e faixa etária da população internada por doenças vetoriais e doenças de veiculação hídrica. (DATASUS, 2021).



³⁴ Disponível em: https://novo.ufra.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2913&catid=17&Itemid=121

FONTE: (EXTRAÍDO DE INSTITUTO PÓLIS 2022).

Chama a atenção que a maioria das internações por doenças de veiculação hídrica e vetoriais são crianças e adolescentes do sexo masculino e negros até 14 anos de idade, sendo alarmante o índice de 98.4% das internações por doenças de veiculação hídrica corresponder a esse público. Além disso, “na capital paraense, 65,6% desse universo diz respeito a crianças de até 4 anos.” (Pólis, 2022). A maioria das internações por uma ou outra doença teve como público principal das internações a população negra.

A capital paraense totalizou 2.377 internações por doenças de veiculação hídrica em 2021. O acesso precário e desigual ao abastecimento de água e à coleta de esgoto ajudam a entender o quadro. Dados do Censo 2010 mostram que apenas 30,3% dos domicílios localizados em aglomerados subnormais de Belém são atendidos pela rede geral de esgoto. Em relação ao abastecimento de água, 77,4% dos 193.414 domicílios estão conectados à rede geral de distribuição (Pólis, 2022, ON-LINE).

Na mesma perspectiva o Projeto Amazônia Legal Urbana – Análises Socioespaciais sobre Mudanças Climáticas³⁵ (2021) sob responsabilidade da associação de pesquisa Iyaleta – Pesquisa, Ciências e Humanidades, analisou as cidades de Belém (PA), Macapá (AP), Manaus (AM), São Luís (MA), Rio Branco (AC), Boa Vista (RR), Cuiabá (MT), Palmas (TO) e Porto Velho (RO). Foi produzido o documento “Diversidade e Desigualdades em Tempos de Mudanças Climáticas: uma análise socioespacial de Belém” em fevereiro de 2021.

Com base nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das ONU, a pesquisa baseou-se no objetivo 3 – saúde e bem-estar,

As mudanças climáticas afetam as condições de vida e saúde por meio de uma série de mecanismos, incluindo o aumento do calor, má qualidade do ar e eventos climáticos extremos, bem como através de mudanças que alteram doenças transmitidas por vetores, reduzem a qualidade da água e aumentam a insegurança alimentar (Filho e colaboradores, 2021).

E essas alterações tingem sobremaneira as pessoas em maior situação de vulnerabilidade e que tem os piores acessos a direitos básicos, como saneamento, rede de água, de esgoto etc. que são, na sua maioria, pessoas negras, conforme já demonstrado anteriormente. Ainda assim, uma das reivindicações antigas das ativistas negras que são por dados oficiais, constituem um entrave para as pesquisas atuais na medida em que são poucos os dados desagregados por raça, gênero, entre outros, que dificultam a compreensão das desigualdades raciais e empurram para a invisibilidade a situação da população negra (ibidem.). “Neste sentido, os planos diretores

³⁵ Disponível em: <https://amazonialegalurbana.com.br/conheca/>

aprovados pelo legislativo, assim como as políticas públicas, precisam considerar tais desigualdades no enfrentamento diante das mudanças climáticas (p.10).”

Por plano diretor, entende-se a lei municipal que orienta o crescimento e desenvolvimento urbano, em tese, elaborado com a participação popular, em suma, é como e por quem os espaços da cidade serão ocupados. Belém tem um índice de Gini da renda domiciliar per capita segundo município, de 0,6284 de acordo com o censo do IBGE (2010), que significa dizer que dentre as 26 capitais está entre as mais baixas do país. O índice de Gini representa o grau de concentra e de distribuição da renda, mais perto do zero, estaria mais perto da igualdade na distribuição, quanto mais perto do um, mais desigual é a distribuição da renda.

Isso impacta diretamente, onde e como as pessoas irão ocupar a cidade. De acordo com o Mapa das Desigualdades das capitais brasileiras de 2020, a cidade de Belém ficou entre as cinco capitais com os piores indicadores no Programa Cidades Sustentáveis.

Da mesma forma, destaca-se como a cidade que apresenta as piores taxas de esgoto tratado, percentual de domicílios com coleta seletiva de lixo, considerando a população urbana do município. Faz-se, também, a capital com maior proporção de população negra residente em aglomerados subnormais (41,75%), tendo as menores taxas de recuperação de recicláveis (0,53%) e maiores taxas de homicídio, principalmente, aqueles relacionados ao uso de armas de fogo (Filho e colaboradores, 2021, p. 10).

Conclusões que corroboram com a pesquisa do Instituto Pólis acerca da situação das condições de vida da população negra de Belém. Ainda no estudo da Iyaleta, em relação ao abastecimento de água, as mulheres e homens indígenas apresentam a menor taxa de acesso ao serviço, logo em seguida estão homens e mulheres negras (Filho e colaboradores, 2021, p. 11).

Dos 71 bairros do município de Belém e uma densidade territorial de 1.315 hab./km², grande parte da população se concentra nos distritos do Bengui, Entroncamento, Guamá, distrito de Icoaraci, distrito de Mosqueiro, distrito de Outeiro e Sacramento; considerados periferia. A cidade apresenta registrado 101 aglomerados subnormais. Deste modo o estudo concluiu que

A elaboração e revisão de planos diretor e planos de adaptação e mitigação das mudanças climáticas devem colocar no centro ordenamento territorial os impactos desiguais e suas intersecções nas condições de vida e de saúde da população, é fundamental um novo rumo nas discussões sobre as mudanças climáticas para que se aumente as chances de alcance dos ODS pela totalidade Populacional (Filho e colaboradores, 2021, p. 12).

Compreende-se dessa maneira que a história da cidade, sua mobilidade e distribuição demográfica da população belenense não se deu de forma equitativa. Ocupando aquelas áreas com as menores condições de dignidade humana e de saneamento básico para se viver, fatores que impactam, sobretudo, na população negra que na grande maioria das vezes nem se reconhece como tal posto os atravessamentos das políticas e práticas raciais que desenvolveram várias estratégias de negação e morte dos negros que vivem na cidade morena³⁶, alcunha atribuída à Belém e, por muitos, sustentada com orgulho.

5.2 BELÉM: CIDADE NEGRA QUE SE AMORENOU

Ao lembrar das racializações diárias que recaem sobre o corpo negro, Zélia Amador de Deus (2011) retomou a experiência de Franz Fanon que ao ser apontado por uma criança e notificado acerca de sua negritude comenta que o corpo negro é individual, coletivo e ancestral, isto é, carregamos as marcas do nosso fenótipo, as marcas da nossa raça e da nossa ancestralidade. Sendo assim, trata-se de um corpo tridimensional que carrega memórias geracionais que tem sua expressividade corporal e rituais próprios, já que nossos antepassados ficaram durante muito tempo fora das escritas brancas e, são dos “baús de histórias de Ananse” que podemos encontrar vias profícuas para fissurar o esquecimento e distorções a que somos submetidos (Amador de Deus, 2011).

Com o intuito de compreender a complexidade que recai sobre os corpos negros e, por consequência os entraves para se pensar nas políticas de fato equânimes para saúde da população negra, faz-se necessário entender como esse mundo de mortes foi moldado em suas várias facetas, propositalmente, para não só excluir, mas sobretudo e, como objetivo principal exterminar os negros simbólica e fisicamente, mediante diversos mecanismos criados e mantidos sob o véu do mito da democracia racial.

Como pode ser observado nos tópicos anteriores, Belém – Pará – Amazônia, não ficou de fora das regras da colonização, ainda que aqui a lógica de ocupação e povoamento tenha sido inicialmente mais para fixação territorial e expulsão dos inimigos da Coroa e menos pela sua entrada nos ditames do progresso desejado pelos colonizadores. Não à toa, o sentimento de pertença território-cultural era menos com o eixo sul-sudeste e nordeste do Brasil e mais com a

³⁶ Alcinha atribuída pelo paraense Edgar Proença (1892-1973), advogado e dramaturgo que ganhou notoriedade no jornalismo e radialismo no estado do Pará e escrevia crônicas sobre a cidade intituladas “Instantâneos da Cidade Morena”.

região do caribe e a própria Europa. A “integração da Amazônia ao Brasil” ocorreu com mais intensidade no período do Regime Militar.

A composição racial do estado do Pará, segundo o mapa da Secretaria da Igualdade Racial e do IBGE de 2010, é de 76,7% autodeclaração negra na qual 7,2% se consideraram pretos e 69,5% pardos. É o estado de maior autodeclaração negra, contudo a Bahia, segue sendo o estado de maior autodeclaração preta, 17, 1% e seus 59,2% de pardos. O que esses dados regionais revelam é a forte miscigenação que paira no estado e, que na capital belenense ganhou ares de *morenidade*.

Abdias Nascimento (2017), ao abordar a teoria lusotropicalista de Gilberto Freyre, afirma que,

Freyre cunha eufemismos raciais tendo em vista racionalizar as relações raciais no país, como exemplifica sua ênfase e insistência no termo *morenidade*; não se trata de ingênuo jogo de palavras. Mas sim de proposta vazando uma extremamente perigosa mística racista, cujo objetivo é o desaparecimento inapelável do descendente africano, tanto fisicamente, quanto espiritualmente, através do malicioso processo de embranquecer a pele negra e a cultura do negro. É curioso notar que tal sofisticada espécie de racismo é uma perversão tão intrínseca ao Brasil a ponto de se tornar uma qualidade, diríamos, natural, do “branco” brasileiro. (Nascimento, 2017, p. 49-50).

O grande problema está em atentar para o que se esconde e mesmo se expressa de forma dissimulada nos discursos da *morenidade* romantizada quando da negação de uma negritude na região Amazônica. Quais são os enquadres que guiam as classificações, uma vez que não são fenômenos ontológicos, mas são construídos na base arbitrária do social no sentido de garantir uma inteligibilidade?

É importante perceber as artimanhas do discurso científico em consonância com o racismo brasileiro que criou identidades negras negativas em prol do embranquecimento e uma profusão de categorias raciais que refletem o trabalho laborioso de divisão da raça negra seja via seleção sexual e/ou imigração europeia. Deste modo, corroboro com o apontamento de Antônio Guimarães (2002) para quem uma noção de raça sempre guia as classificações de cor, descritivas ou categóricas, tanto para afirmar uma *morenidade*, quanto para isentar uma branquidade e negar uma negritude, ainda que não seja dizível ou mesmo consciente no sentido corriqueiro do termo. Ou mesmo, Abdias Nascimento (2017) para quem os fenótipos ou as marcas são determinados por fatores étnicos ou raciais.

Conrado, Campelo e Ribeiro (2015, p. 214) tomam de empréstimo o termo *morenidade* de Nelson do Valle Silva (1999) no intuito de “denominar variados processos identitário étnico-raciais”, que, segundo Ribeiro (2012, p. 116), trata-se de uma “versão reeditada e reproduzida

sobre a identidade nacional concebida a partir de uma leitura regionalizada, conforme simbologias e nominativos locais”.

Para Nelson Silva (1999) a morenidade tornou-se uma identidade de cor não se restringindo à descrição de características físicas, indo além do pardo, porém englobando-o. Aponta que não se trata de uma noção recente, já constava, por exemplo, em análises de Gilberto Freyre. O autor constata que a morenidade é uma identificação preferencial pelos brasileiros, ao contrário do que se acredita ser o construto pardo, posto que esse termo carregaria uma conotação pejorativa e preconceituosa, portanto devendo ser recusada por negros e brancos. Assim, portanto, atribuiu-se à morenidade a ideia de uma “metarraça fluída e abrangente” (Silva, 1999, p. 88).

É dentro de um *continuum* de cor que vai do mais claro para o mais escuro orientado por uma ideologia racial que entram em cena as negociações de subjetividade do que somos e do que podemos ser. As classificações de cor se articulam com os prestígios sociais de quem nomeia e de quem é nomeado dentro do contingente de cores disponíveis (Ribeiro, 2012), d’Adesky (2009) também apontou que as classificações dependem de quem enuncia e do contexto em que é enunciado. Assim, as classificações de cor são rotulações instáveis que demonstram a fragilidade das tentativas ontológicas de atribuições de identidades raciais.

Carlos Hasenbalg (2005) ao analisar as desigualdades raciais e a mobilidade social brasileira, chegou à conclusão de que as iniquidades raciais persistem independente de um sistema escravagista ou formas de repressão (aparentes), questionou sobre quais seriam “os mecanismos sociais [que] a sociedade brasileira criou para lidar com a população de cor [...]?” (p. 234) Que impacta sobremaneira na dificuldade de organização coletiva e reverberação das denúncias dos grupos étnico-raciais socialmente marginalizados.

A partir da teoria do mercado de trabalho segmentado e o antagonismo racial de Edna Bonacich, Hasenbalg (2005) analisou que as condições históricas brasileira não permitiram que aqui se formasse um trabalho segmentado a partir da exclusão, das castas ou da ameaça do deslocamento oriundo de trabalhadores brancos mais abastados, como previsto na teoria e aos moldes do que ocorreu nos EUA, por exemplo. Em virtude do “caráter colonial da economia” (p. 238) no Brasil, baseada na agricultura extrativista, havia pouco trabalho urbano que permitisse a formação de uma classe intermediária bem remunerada. Pelo contrário, o que se viu foi a necessidade de se criar um grupo entre os brancos da elite e os negros escravizados.

Os senhores de escravos brasileiros “(...) foram obrigados a criar um grupo livre intermediário de mestiços para interpor-se entre eles e os escravos, pois havia certas

funções econômicas e militares essenciais para as quais o trabalho escravo era inútil e para as quais não havia brancos disponíveis” (Hasenbalg, 2005, p. 244).

Nesse sentido, e com a diluição de brancos e pretos pela miscigenação, formou-se um contínuo na pigmentação em que às gradações de cor foram atribuídos variados nomes e prestígios sociais os quais quanto mais se aproximavam da matiz branco, estariam mais próximas ao topo da ordenação racial que refletiria maiores oportunidades políticas e econômicas e pressuposição de “igualdade cultural entre o grupo, quanto mais branca a aparência” (Hasenbalg, 2005, p. 245). Assim, a classe intermediária brasileira, longe de ser configurada como uma rígida casta que segregava os indivíduos pela cor ou origem, foi constituída pela mistura sendo diferenciada internamente com base em um sistema de recompensa quanto mais claro fosse, isto é, “uma recompensa é atribuída aos graus de branqueamento entre as pessoas de cor” (ibidem., p. 244).

Esse sistema de bonificação com base na cor foi mantido no período da pós-abolição tendo como consequência nas “oportunidades diferenciais de mobilidade social ascendente” (p. 245) e a cooptação “dos membros mais claros” e sua inclusão aos níveis médios e alguns superiores da branquidade, sem que isso significasse alguma ameaça (Hasenbalg, 2005, p. 245). Essas “aspirações políticas e econômicas de base racial são transformadas em projetos individuais de mobilidade social ascendente” (ibidem., p. 245) que foi transformado contemporaneamente nos discursos da meritocracia brasileira.

Assim, além de enfraquecer os laços de reconhecimento e pertença mútuo entre as pessoas não-brancas possibilitou aos negros mais claros uma rota de fuga aos desígnios imputados aos negros mais escuros uma vez que “foram estimulados a verem a si mesmos como diferentes – na verdade melhores que os negros” (Hasenbalg, 2005, p. 246). Resguardam assim suas oportunidades e prestígios, ainda que dentro dos limites permitidos pela branquidade, para uma ascensão individual.

Mas o Brasil é diferente da ponte para cá, já disse Mano Brown, e as ascensões individuais, base da atual representatividade precisa vir de proporcionalidade, pois do contrário alimenta o discurso da meritocracia e de suposta mobilidade negra. Não é suficiente, apenas *um* negro “alcançar o topo” (ainda que ele deva estar lá) enquanto a distribuição dos nossos corpos, no que tange a acesso aos direitos, às oportunidades, à ocupação de espaços de saber e poder ainda é desigual, a grande maioria de nós continua a ser maioria nas piores estatísticas sociais. Enquanto comunidade somos um todo em uma circularidade de partes diferentes; nossos corpos são individuais, ancestrais e coletivos.

Ainda que não seja possível afirmar se esse contínuo de cor foi a “consequência desejada” ou um “mecanismo social” intencional ou não que se modificou com o tempo, mas as estratégias do mito da democracia racial e seu embranquecimento da população são “produtos intelectuais das elites dominantes brancas” (Hasenbalg, 2005, p. 247) que resultaram na fragmentação da identidade racial dos indivíduos não-brancos.

Esse processo se aprofunda quando o ideal de embranquecimento foi adotado como projeto da elite branca para racionalização da mestiçagem brasileira que já estava em estágio de impossível reversão e, também era a expressão do pessimismo racial no finisséculo XIX enquanto espelho do preconceito racial (Hasenbalg, 2005). A cor da população era utilizada como justificativa para o atraso econômico em que o Brasil se encontrava nessa época. Deste modo, a figura do mestiço e a redução gradual dos negros “representa um passo à frente na direção da ‘redenção’ da raça [negra], através da sua aniquilação” (Hasenbalg, 2005, p. 248).

Em suma, o ideal de branqueamento funcionou como reforço simbólico do mecanismo pelo qual “(...) a existência de oportunidades de mobilidade social individual induz um cálculo racional ao negro, segundo o qual suas oportunidades de ascensão são estimadas como estando em proporção inversa à sua solidariedade étnica.” Uma cultura racista, que estimula uma exibição narcisista de brancura e condena o segmento mais escuro da população ao desaparecimento gradual, dificilmente pode constituir um terreno fértil para a negritude e o orgulho racial entre os não-brancos. Se o ideal de branqueamento transformou-se na sanção ideológica do contínuo de cor desenvolvido durante a escravidão, o mito da “democracia racial” brasileira é, indubitavelmente, o símbolo integrador mais poderoso criado para desmobilizar os negros e legitimar as desigualdades raciais, vigentes desde o fim do escravismo (Hasenbalg, 2005, p. 249-250).

Deste modo, as ideias da benevolência do senhor e o caráter mais ameno da escravidão no Brasil (Nascimento, ano), foram precursores do mito da democracia racial pois foram o sedimento da estrutura paternalista e de clientelismo que tinha ênfase nas obrigações mútuas minando as liberdades individuais, construindo relações de subserviência sem o caráter de hostilidade. Aliado a isso, a ausência de competição econômica possibilitou que as relações sociais fossem construídas sem divisões visíveis e palpáveis como as que foram nítidas nos sistemas dos EUA e África do Sul o que era sustentado pela “falta de discriminação legal, a presença de alguns não-brancos dentro da elite e a ausência de conflito racial declarado” (Hasenbalg, 2005, p. 251).

Os princípios mais importantes da ideologia da democracia racial são a ausência de preconceito e discriminação racial no Brasil e, conseqüentemente, a existência de oportunidades econômicas e sociais iguais para brancos e negros. De fato, mais do que uma simples questão de crença, esses princípios assumiram o caráter de mandamentos: “(1) Em nenhuma circunstância deve ser admitido que a discriminação

racial existe no Brasil; e (2) Qualquer expressão de discriminação racial que possa aparecer deve sempre ser atacada como não-brasileira.” É o conteúdo desse “verdadeiro culto da igualdade racial” é consubstanciado em afirmativas populares tais como “o negro não tem problema”, “não tem barreiras baseadas em cor” e “somos um povo sem preconceito. Do ponto de vista dos não-brancos, os efeitos da ideologia da democracia racial são semelhantes àqueles do credo liberal da igualdade de oportunidades. Isto é, a responsabilidade pela sua baixa posição social é transferida ao próprio grupo subordinado [...] em detrimento da estrutura de relações intergrupais. (Hasenbalg, 2005, p. 251).

Nesse sentido, conforme já vimos apontando no presente estudo a igualdade enquanto princípio faz parte de um bojo maior de concepções (neo) liberais que foram forjadas na desigualdade racial persistente desde os tempos da escravidão brasileira. Do mesmo modo que a resistência dos trabalhadores da saúde em debater à fundo sobre essa problemática e mesmo das universidades em acrescentar em suas matrizes curriculares enquanto disciplinas obrigatórias está em consonância com o jogo de poder de negação do racismo.

As experiências oriundas do período da escravidão (*plantations*, etc.) distribuíram as regras sociais/raciais que orientam a santa inquisição moderna, não mais sob a égide da Igreja e nem na base do chicote ou do tronco, posto que se tornara moralmente repreensível e condenável tais atos por consequência da dinâmica própria do racismo brasileiro que o nega e utiliza do silêncio narrativo e operacional no seu entorno. A desumanidade, a tortura e subjugação do outro foram se metamorfoseando em relações paternalistas e de clientelismo com o fim da escravidão concomitantemente com a emergência de um novo sistema de trabalho que agora precisaria de um tom mais ameno e alinhado ao (neo) liberalismo. A elite branca percebeu que seus privilégios não dependiam do antigo modelo de “trabalho” para continuar existindo, pois o racismo era a peça que faltava para a entrada do Brasil nos trilhos do progresso e civilização.

Nesse sentido a eugenia enquanto técnica ainda presente em rito ordinário, atua como um pêndulo ao redor da saúde-diretriz e seus ditames, orientando para o que é belo, quem é inteligente, qual conduta é adequada, qual gene carrega a cultura, comportamento e corpo bem-nascido, isto é, aquele mais próximo da branquidade que é quem carregará, sobremaneira, a consigna de cidadão de direitos. O racismo no Brasil tornou-se então, exemplo de sucesso democrático, uma vez que inexistiria a guerra entre as raças, demonstrando quão amena foi a escravidão nas terras tropicais, pois permitiu, inclusive a mobilidade social de (alguns) negros.

Na prática o que se percebe concretamente é o estado de exceção que suspende o aparato jurídico dos direitos e que tende a mascarar suas formas de tortura impôs uma guerra implícita pela sobrevivência e pelo direito de existir negra e negro nesse país. Doutro modo, os

movimentos negros e de mulheres negras na Amazônia paraense vêm há muito resistindo e apontando as histórias, memórias e heranças que tentam apagar sob o título de “cidade morena”.

Moisés Sarraf (2019) em sua dissertação de mestrado intitulada “Belém também é afro: tensões discursivas na Amazônia” teceu uma pesquisa etnográfica sobre as narrativas no entorno dos 400 anos da cidade de Belém (comemorado em 2016) refletindo sobre o panorama em que figuram os corpos nas mídias e nas resistências cotidianas da cidade morena assim inquerida pelo autor:

Se a capital paraense ostenta na música e na mídia o título de “cidade morena”, partimos para a compreensão de que há um silenciamento sobre a identidade étnica de seus moradores. Ora, se a região era povoada por populações indígenas quando do início da colonização – população essa que se manteve durante os séculos – e que ainda recebeu importantes contingentes de africanos escravizados, há que se responder a: por que a identidade étnica ressaltada na cidade não é a negra, tampouco indígena, mas sim morena, espécie de eufemismo para uma sociedade que considera fora da ordem heranças e ancestralidades africanas e indígenas? (Sarraf, 2019, p. 29)

Foram esses questionamentos e outras inquietações que guiaram a minha dissertação de mestrado intitulada “Mulheres Negras Amazônidas Frente à Cidade Morena: o Lugar da Psicologia, os Territórios de Resistência” em 2017, defendido pelo mesmo programa de pós-graduação em questão. Pretendi analisar como jovens mulheres negras construíram sua negritude na cidade de Belém no processo de transição discursiva da morenidade para o “ser negra” na Amazônia. Momento em que dialoguei com autores como José Maia Bezerra Neto para argumentar sobre a configuração étnico-racial dos africanos que foram trazidos na Amazônia, Vicente Salles para falar da “presença do negro na sociedade paraense” entre outras referências regionais para afirmar a presença negra na configuração demográfica, cultural e na constituição de tecnologias de saber e poder que resistem até à atualidade na Amazônia paraense.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) pesquisou sobre as categorias mais citadas pela população brasileira e definiu cinco categorias que seriam mais representativas: branca, preta, parda, amarela e indígena. O Ministério da Saúde instituiu por meio da portaria nº 344/2017 que adotou a autodeclaração para registro e coleta dos dados, podendo ser compreendida como: “A autodeclaração remete à percepção de cada um em relação à sua raça/cor, o que implica considerar não somente seus traços físicos, mas também a origem étnico-racial, aspectos socioculturais e construção subjetiva do sujeito” (Brasil, 2017, p. 9).

Com base no exposto, pode se afirmar que o sistema de classificação racial brasileiro é complexo e está vinculado a essa autodeclaração de uma identidade que são construções sociais

demarcadas contextual e historicamente, que regulam as relações com o mundo, as relações interpessoais e consigo próprio neste mundo que tem na raça a mola propulsora para fazer morrer.

A presença da informação raça/cor, quesito cor, nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos possibilitou a realização de estudos sobre diferenciais de mortalidade e morbidade segundo sexo, idade e raça/cor. Os dados epidemiológicos obtidos evidenciaram as iniquidades raciais nas condições de vida da população e seu impacto no perfil da morbimortalidade. A inclusão do quesito cor nos estudos sobre o acesso e qualidade dos serviços de saúde prestada à população, realizados por Kalckmann et al., Leal et al. e Diniz et al., também evidenciaram desigualdades raciais e seu impacto na saúde (Batista, Barros, 2017, p. 2).

Nesse sentido, cabe lembrar que desde 1996 o quesito cor/raça foi introduzido pelo Ministério da Saúde devendo constar em todos os documentos importantes, incluindo prontuários. Contudo, verifica-se que este campo ou é deixado no automático- pardo, ou a partir de relatos que aludem a constrangimentos em se preencher esse campo que é deixado “em branco” (Sacramento, Nascimento, 2011). E esse quesito é um indicador que fornece dados importantes sobre a prestação do serviço em saúde para a formulação de políticas públicas para a saúde da população negra (Tavares, Kuratani, 2019).

Assim, o racismo institucional além de negar a autonomia da população negra impedindo sua denúncia e mantendo o pacto do silêncio racial, contribui para a sua morte na medida em que diagnósticos são dados tardiamente a exemplo da anemia falciforme, vastamente documentada, porém, negligenciada nos prontuários dessa parcela da sociedade brasileira (Tavares, Oliveira, Lage, 2013).

Esse tipo de racismo pode ser compreendido como o fracasso coletivo das organizações em garantir serviços, o acesso a eles e sua qualidade para grupos étnicos e raciais em virtude da cor, cultura e/ou etnia (Tavares; Oliveira; Lage, (2013); Vargas, Batista, (2016); Oliveira; Kubiak, (2019); Jesus; Santana; Castelar, (2020). Nesse sentido, traduz-se institucionalmente como,

políticas que ignoram os diferentes perfis de adoecimento e morte entre brancos e negros; na formação dos profissionais que não inclui o debate sobre as questões raciais; no mau atendimento traduzido pela falta de atenção, descaso, ou por outras formas sutis de preconceito, como olhares, silêncios (Tavares, Oliveira, Lage, 2013, p. 584).

Os campos sobre raça/cor mesmo sendo uma obrigatoriedade do SUS e existindo em muitos formulários, acabam não sendo preenchidos adequadamente; seja pelos motivos já

mencionados ou pela complexidade racial brasileira, assim, muitos profissionais não veem necessidade de preencher tais categorias (Carneiro, 2017) seja pelo tempo curto do atendimento ou, quando porventura são preenchidos, os critérios de heteroidentificação³⁷ são imprecisos para quem coleta os dados (Viegas; Vargas, 2015), uma vez que em muitos casos não se trata de confirmar a autodeclaração, mas sim no preenchimento baseado em suposições de um terceiro, no caso, o profissional da saúde

E são essas as marcações que atravessam a coleta de trabalhadores da saúde, quando do preenchimento dos sistemas que tornaram obrigatório o quesito raça/cor. Os mesmos que se interpõe nos atendimentos em psicologia quando um profissional nega o sofrimento oriundo do racismo aludindo que aqui a morenidade não permitiria a existência de desigualdades raciais (Câmara, 2017).

A morenidade então segue para além de uma simples discriminação por tonalidades de cor, acaba sendo o atributo de uma qualidade “um estatuto simbólico de positividade, a *morenidade* é associada muitas vezes a noção de “brasilidade”, uma vez que simboliza o “melhor” do resultado da mistura racial entre os fundadores da nossa sociedade” (Silva, 2007, p. 87).

Uma metáfora que demonstra como a ideologia do embranquecimento e o mito da democracia racial utilizam da morenidade e de modo similar a categoria pardo do IBGE como um amálgama intermediário que foi propositalmente construído para confundir, criar o sistema de recompensas, perpetuar o extermínio da população negra e inibir a mútua identificação entre pardos e pretos e o pertencimento - solidariedade racial, mas acima de tudo e, para os objetivos da pesquisa em tela, são um obstáculo para a produção de dados desagregados, da autodeclaração, registro e análise, que na grande maioria dos municípios se limitam aqueles sistemas demarcados pelo Ministério da Saúde como sendo obrigatórios que, diga-se de passagem, somente se tornaram possíveis porque os movimentos negros e de mulheres negras há muito vem lutando para que existissem.

Batista, Monteiro e Medeiros (2013) intitularam os “indicadores com recorte racial” como “um desafio” uma vez além dos atravessamentos mencionados que afetam quem enuncia, quem observa, quem registra e quem tece as análises, os autores apontam que embora o sistema de classificação do IBGE seja o mais utilizado, ele não é extensível a todos que gerenciam os

³⁷ Art. 5º Considera-se procedimento de heteroidentificação a identificação por terceiros da condição autodeclarada. (Portaria Normativa nº 4, de 6 de abril de 2018: Regulamenta o procedimento de heteroidentificação complementar à autodeclaração dos candidatos negros, para fins de preenchimento das vagas reservadas nos concursos públicos federais, nos termos da Lei nº 12.990, de 9 de junho de 2014).

dados dos sistemas de saúde. Cada setor cria seu sistema e o administra por conta própria o que dificulta uma padronização no registro do quesito raça/cor implicando na parametrização dos dados, fazendo-se necessário portanto, haver uma padronização no registro da raça/cor, uma qualificação e sensibilidade para os atravessamentos raciais, sobretudo, no que concerne à categoria pardo e/ou morenidade na Amazônia e ampliar o escopo de sistemas principais que adotaram a obrigatoriedade no seu preenchimento o quesito raça/cor: “A informação qualificada do quesito cor nos sistemas de informação do SUS possibilitaria o monitoramento e o acompanhamento da PNSIPN. O problema é que os dados não foram desagregados por raça/cor nos Indicadores de Apoio à Gestão, Matriz de Indicadores ou Indicadores Básicos de Saúde [...]” (Batista, Monteiro e Medeiros, 2013, p. 687).

Nesse sentido, compreender a Amazônia enquanto espaço social marcado por disputas raciais em que a vida de uns se dá a partir da morte de outros, foi sempre uma premissa imposta nesta região. A sua entrada na lógica neoliberal e na mercantilização pelo capital, foi marcada por reorganizações autoritárias do espaço, engolindo as diversidades culturais que aqui habitam e resistem. Fatos que se refletem no simbolismo ostentado pela cidade de Belém em sua pretensão de embranquecimento como carta branca (literalmente) de entrada na civilização e progresso da *belle époque* contemporânea.

Pensar os atravessamentos regionais da constituição da sua demografia é vital para qualificar a coleta, registro e análise dos dados sobre a saúde da sua gente, inclusive ampliando a quantidade de dados com informações desagregadas por raça/cor para traçar um panorama mais próximo da realidade do município que tem como resultado um estado cuja autodeclaração negra é cerca de 77% da sua população.

5.3 PRELÚDIOS DE UMA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA EM BELÉM

Desde os primórdios das reivindicações das ativistas negras na arena das políticas públicas em saúde, a produção de dados foi e continua sendo uma pauta. Por conseguinte, o que se pretendeu neste tópico foi corroborar com as demandas dos movimentos negros por indicadores que possam fornecer um panorama sobre a situação da saúde da população negra em Belém.

Quando afirmam que a saúde é o resultado das condições de trabalho, emprego, renda, habitação, educação, alimentação, lazer, liberdade, entre outros, somos levados a refletir sobre as desigualdades raciais, como argumentaram Batista, Monteiro, Medeiros (2013, p. 682) “O

racismo tem relação com as condições em que a pessoa nasce, com sua trajetória familiar e individual, condições de vida e moradia, condições de trabalho, emprego, renda e de acesso à informação e aos bens e serviços”. Nesse sentido, como afirmar que a população negra pode ter saúde?

Como anteriormente apontado, atualizaram-se ao longo do tempo, os ciclos econômicos e políticos, agregando obstáculos que dificultam oportunidades de vida, de competição igual aos meios de produção, de livre circulação pelos espaços públicos, de acesso aos serviços, bens e produtos, de conhecer sua história, construir memórias e identificações a partir de autoimagens, autodefinições e pertencimentos sociais positivos.

Ainda que nós, negros nascidos pós-abolição, não tenhamos vivido o horror da escravidão, vivemos o horror do embranquecimento. Como o embranquecimento se dá a partir da negação do valor da pessoa negra e se perpetua por meio de um aparato político-midiático em que pessoas brancas estão na posição de poder e de referência da beleza, em detrimento às pessoas negras, surge, no negro, o desejo de se aproximar da brancura (NOBLES, 2009, p. 288). Esta introjeção da política de embranquecimento nacional nas subjetividades pretas cria uma condição psicológica debilitante, porque aquilo que ele é e do qual não pode se desfazer, a cor da pele, coloca-o socialmente numa posição subalterna. Tanto Neusa Santos Souza (1983) quanto Wade Nobles (2009) concordam que o embranquecimento é o principal alimento do auto-ódio. Um ataque que não se restringe à autoimagem e à autoestima negra e que deturpa o próprio sentido do que significa ser humano. A isso pode se seguir na pessoa negra um conjunto de comportamentos autodestrutivos que são, na verdade, “fugas psíquicas de uma realidade profundamente antinegra” (Nobles, 2009, p. 290) (Veiga, 2019, p. 246-247).

Sendo assim, a libertação ainda é um horizonte a ser conquistado pela população negra. E, quando se introduziu a proposta da necropolítica como analisador, foi no sentido de ampliar a compreensão para como o campo associado à vida e cuidado, tem se desenhado sob o signo da morte para grande maioria da população brasileira. A saúde-diretriz é o alicerce sobre o qual se ergueram as noções norteadoras e estruturantes de Estado-nação como: cidadania, humanidade, democracia, direitos, políticas públicas, entre outras que mediante os objetivos do necropoder, elegeu a noção de raça como ponto principal balizador das hierarquias sociais, econômicas e políticas, criando os inimigos cuja mera ideia de sua existência é considerada um terrorismo, uma ameaça que justifica um constante estado de exceção (Mbembe, 2018).

Quando esses conflitos se tornam insustentáveis para as instituições e demais aparatos sociais e estatais, a resposta pode ser negar sua permissibilidade: nega-se que o racismo é permitido, nega-se que o país é racialmente hierarquizado e dividido espaço-socialmente e, por tabela, nega-se as reivindicações da comunidade negra por direitos e políticas afirmativas, já que o racismo nem existiria, sendo uma divisão feita por quem aponta o racismo... e, assim, o

ciclo cumulativo das desvantagens se retroalimenta e perpetua o circo (isso mesmo) das oportunidades que nunca ou apenas nos limites permitidos pela branquidade proporciona certos benefícios para a população negra.

Em contrapartida, também é possível acomodar as demandas das populações insurgentes, possibilitando a ampliação no escopo dos direitos sociais, ainda que temporariamente, posto que na maioria das vezes serve mais para dirimir os conflitos do que para o exercício de uma plena cidadania. Deste modo, o objetivo da presente pesquisa foi analisar a maneira como a necropolítica estruturou os tensionamentos em torno da implementação da PMSPN em Belém. O ponto de partida foi saber se havia no município uma Política Municipal de Saúde Integral da População Negra implementada. Por conseguinte, trazer outros elementos para o cenário dos tensionamentos que já foram apontados até este momento.

Da “Pesquisa de Informações Básicas Municipais” (MUNIC/IBGE) ano de referência 2021, foram extraídas as informações fornecidas pela Prefeitura de Belém que constam na seção: “Estrutura organizacional da política de saúde”, as perguntas sobre saúde da população negra e alguns pontos foram problematizados a partir do quadro abaixo.

QUADRO 9: Ações em Saúde para População Negra.

COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL, PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE E POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA.	RESPOSTA
1. Ações previstas na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foram incluídas no Plano Municipal de Saúde	Não
2. Os tópicos, saúde da população negra e combate ao racismo estão inseridos nos cursos e processos de formação do pessoal ocupado na área da saúde	Sim
2.1 Os cursos oferecidos são destinados:	
Gestores municipais	Sim
Médicos	Não
Enfermeiros	Sim
Técnicos de nível superior	Sim
Técnicos de nível médio	Sim
Agentes Comunitários de Saúde	Sim

Outros	Não
3. Existe no município uma instância específica para conduzir, coordenar e monitorar as ações de saúde voltadas para a população negra.	Não
4. Equipe do Programa de Saúde da Família ou da estrutura similar atendendo:	
Comunidades Quilombolas	Sim
Povos Indígenas	Sim
População em Situação de Rua	Sim
Ribeirinhos	Sim
Outras comunidades e povos tradicionais	Não
5. Existe no município, na área da saúde, programas ou ações voltadas especificamente para:	
População negra	Não
População em situação de rua	Sim
Povos indígenas	Não
Comunidades quilombolas	Sim
Outras comunidades e povos tradicionais	Sim

FONTE: Adaptado de MUNIC/IBGE, 2021.

Considerou-se do eixo “Saúde” as perguntas referentes à população negra, comunidades quilombolas e comunidades tradicionais que englobam, povos de terreiro. Nesse sentido, a pergunta 1 do quadro x, sobre a inserção no Plano Municipal de Saúde (PMS), refere-se ao PMS 2018-2021 para o qual não houve previsão de ações sistemáticas em saúde para população negra. O que pôde ser confirmado ao analisar o PMS em questão no qual não consta nenhuma menção racial dentre suas ações, programas ou projetos.

Sobre este ponto, cabe destacar que está em vigência o PMS 2022-2025 o qual não estava disponível para consulta pública. O Plano Municipal, não constava no site da prefeitura de Belém e nem no da Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA). Em busca no Diário Oficial do Município³⁸ (DOM), foi possível localizar a portaria nº 1.592/GABS/SESMA/PMB de 30 de dezembro de 2021 que instituiu a comissão técnica para elaboração do Plano Municipal de Saúde para o quadriênio de 2022-2025. Consta também a resolução CMS/BEL nº 016/2022

³⁸ <https://sistemas.belem.pa.gov.br/diario/painel>

sobre a aprovação *ad referendum* do Plano em questão que significa que foi aprovada pela mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde, na impossibilidade de reunir o plenário:

Considerando o ofício nº 1468/2022-GABS/SESMA-PMB, de 15 de junho de 2022, onde encaminha para apreciação dos instrumentos de gestão: Plano Municipal de Saúde (PMS) – 2022 a 2025 e Relatório Anual de Gestão (RAG) 2021; Considerando o ataque cibernético aos servidores do Ministério da Saúde (DataSUS), que perdurou até final de abril e ainda restam inconsistências no acesso e no preenchimento de informações no Sistema DigiSUS;

Contudo, ele não se encontrava publicado em nenhum *site* oficial da Prefeitura de Belém, constava somente a matéria pela Agência de Belém intitulada “Planejamento Anual e Plurianual da rede de saúde de Belém é aprovado no Conselho Municipal de Saúde”, do dia 6 de agosto de 2022³⁹. Faço esse registro pois, um documento norteador da gestão deveria estar acessível para qualquer pessoa. Só foi possível acessá-lo para esta pesquisa por meio de pessoas específicas, o que já fere um dos valores da Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) que consta no próprio documento em questão: “Transparência: Criar e ampliar canais de comunicação para socialização dos atos públicos para a efetividade do controle social” (PMS, 2022-2025, p. 9).

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 trouxe dentre suas propostas a implantação da Política Municipal de Saúde da População Negra (Integral?) como meta para o ano de 2022, porém, até agosto de 2023 ela não existe na prática uma vez que nem o município a instituiu legalmente e tampouco outras ações, formações e campanhas em saúde da população negra estão sendo aplicadas.

QUADRO 10: Ações Programadas para o Quadriênio do PMS 2022-2025 de acordo com as DOMI (Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores) para o Município de Belém/PA.

Diretriz 2 - Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde						
Implantação de Novas Políticas Municipais de Saúde na Rede SUS.						
Sem indicador estabelecido pelo Ministério da Saúde						
Eixo/Programa: Políticas Sociais e Segurança Cidadã / Saúde da Nossa Gente						
Área Estratégica: Atenção Primária de Saúde						
Ações:	Meta 2022	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta Cumulativa	Área Responsável
Implantar a Política Municipal de	1	0	0	0	1	NUPS

³⁹ Disponível em: <https://agenciabelem.com.br/Noticia/226968/planejamento-anual-e-plurianual-da-rede-de-saude-de-belem-e-aprovado-no-conselho-municipal-de-saude>. Acessado em: 18 de julho de 2023.

Saúde da População Negra na Rede de Atenção à Saúde.						
--	--	--	--	--	--	--

FONTE: Adaptado do Plano Municipal de Saúde 2022-2025.

Acrescenta-se a isso o fato de o documento fazer referência a ausência de indicadores estabelecidos pelo Ministério de Saúde (vide quadro x) o que vai de encontro a existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que está em vigor desde 2009 pelo MS que como vimos propôs 6 diretrizes, 13 objetivos (entre geral e específicos), 18 estratégias e 13 responsabilidades para o gestor municipal. Além disso, existem três Planos Operativos (PO) com outros indicadores, sendo que o último PO coloca em aberto os indicadores para que eles sejam construídos pelas esferas de gestão de acordo com as suas necessidades.

Sobre a implantação de PSIPN, Batista, Monteiro e Medeiros (2013) analisaram a implantação da PSIPN no estado de São Paulo. Como coparticipes no processo de implementação da Política, relataram que este se deu em duas etapas: 1) de 2003 a 2007 que envolveu “ações de disseminação da política e de sensibilização dos profissionais” e, 2) 2007 a 2010 em que se elaboraram “projetos e propostas de políticas para garantir a saúde da população negra dentro dos demarcadores e instrumentos de gestão do SUS: Plano Estadual de Saúde, Pacto pela Saúde do Termo de Compromisso de Gestão Estadual, Planos Operativos Anuais e Relatório de Gestão” (p. 683).

Outro fato que chama a atenção é que nenhum dos dados, gráficos e estatísticas demográficas apontadas no PMS 2022-2025 foi apresentada a raça como dado desagregado, sendo realizado apenas em relação ao gênero, idade, domicílios e dependência. O que soa estranho e contradiz outro valor proposto pela SESMA; “Respeito à Diversidade: Implementar efetivamente ações de saúde de forma equânime, respeitando as diversidades sexuais, culturais e religiosas” (PMS, 2022-2025, p. 9), que nos faz questionar o sentido de equidade em saúde atribuído, uma vez que a raça e etnias indígenas parecem não fazer parte da realidade demográfica da cidade.

Sobre a questão 2 acerca da inserção da temática nos “nos cursos e processos de formação do pessoal ocupado na área da saúde” a PMB respondeu positivamente com exceção à formação dos médicos e outros profissionais, o que denota preocupação em relação ao motivo pelo qual a formação médica não incluía a saúde da população negra, sendo eles um dos principais agentes nos espaços de saúde. Além do mais, a pergunta também não deixa nítido se

esses cursos e formações tem o caráter esporádico ou estão de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída pela portaria GM/MS nº 198/2004.

A educação permanente dos trabalhadores em saúde pode ser entendida enquanto uma estratégia político-pedagógica que visa “a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal” (MS, 2018, p. 9).

Neste sentido, Batista, Monteiro e Medeiros (2013) apontaram a experiência do que denominaram de “tecnologias desenvolvidas para subsidiar a implementação da PNSIPN” (p. 686). Dentre elas, estavam ações de educação continuada voltada para os profissionais da saúde que envolveram estudos de livros, exibição de documentários, exposição fotográfica todos voltados para população negra, articulação associações “de patologias – anemia falciforme; lideranças religiosas e movimentos negros” (ibidem.). Intervenções que foram coordenadas e tiveram como foco a disseminação de informações sobre a saúde da população negra, publicização da PNSIPN e sensibilização para a problemática e seus atravessamentos.

Em relação a esse assunto, durante a minha presença no GTi de Saúde da População Negra de Belém, houve a tentativa de incluir essa temática nas formações que já estavam planejadas em virtude de mudanças estruturais que ocorreriam no sistema de saúde municipal. O objetivo era aproveitar essas formações que aconteceriam em todos os distritos políticos-administrativos e incluir a temática da saúde da população negra. Contudo, esse movimento não avançou por motivos como: a formação já estaria fechada, portanto, ouvi a justificativa de que seria difícil acrescentar um dia para abordar o assunto ou então que já estaria contemplado no material fornecido pelo Ministério da Saúde e na metodologia do “Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde” (2016) e também por não ser uma ação advinda de uma área técnica da própria SESMA, não foi visto como estratégico ou interessante.

Sobre o material do Curso do EdPop SUS, ressalta-se que a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS) foi instituída pela portaria MS/GM nº 2.761/2013 cujo objetivo é o de “implementar a Educação Popular em Saúde no SUS, contribuindo com a participação popular, a gestão participativa, o controle social, o cuidado a formação e as práticas educativas em saúde”. O Curso propõe metodologias diferentes da educação tradicional, apostando em encontros, círculos de cultura e na aproximação entre trabalhadores e movimentos sociais e agentes diversos da comunidade visando a territorialização. O material consiste em um caderno com textos de apoios, um guia e um diário de anotações (caderno).

No eixo III do material dos textos de apoio intitulado “o direito à saúde e a promoção da equidade” congrega informações de uma página em média para cada tema, sobre: população em situação de rua, população negra, populações do campo, das florestas e das águas, quilombolas, camponeses, indígenas, população LGBT, fazendo referência as suas respectivas políticas nacionais. Para fins de conhecimento sobre a existência das Políticas o material cumpre sua função, mas para aprofundamento das especificidades nos atendimentos, acesso, prestação dos serviços, enfim, o material não aprofunda e dentre tantas temáticas igualmente importantes, muita coisa deixa de ser comentada sobre cada uma delas.

É possível que a presença de uma instância específica para conduzir, coordenar e monitorar a saúde da população negra cumprisse a função de auxiliar nessas formações no que orienta a PSIPN que pode ser considerada um “indicador-chave” no enfrentamento ao racismo (Batista e colaboradores, 2020, p. 15). Mas, conforme podemos ver na resposta de número 3 – quadro x essa instância técnica não existe no município de Belém.

Por instância com essa finalidade, considerou-se um Comitê Técnico de Saúde da População Negra ou uma Referência Técnica. No site da PMB, constam no Núcleo de Assistência em Promoção da Saúde (NUPS)⁴⁰ as seguintes RT's: 1) Referência Técnica em Saúde Mental, 2) Referência Técnica em Saúde Bucal, 3) Referência Técnica em Política de Medicamentos, 4) Referência Técnica em Saúde da Criança e Adolescente, 5) Referência Técnica em IST/AIDS, 6) Referência Técnica em Tuberculose e Hanseníase, 7) Referência Técnica Nutricional, 8) Referência Técnica em Humanização, 9) Referência Técnica em Políticas de Combate a Morbimortalidade por Acidente, 10) Referência Técnica em Controle do Tabagismo nas Unidades de Saúde, 11) Referência Técnica de Práticas Integrativa e Complementar, 12) Referência Técnica População Vulnerável, 13) Referência Técnica da Pessoa com Deficiência, 14) Referência Técnica de Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNT, 15) Referência Técnica em Saúde da Mulher, 16) Referência Técnica em Saúde do Homem, 17) Referência Técnica em Diagnóstico Laboratorial, 18) Referência Técnica em Política do Idoso.

Chama a atenção que dentre objetivos da RT População Vulnerável: “Planeja e coordena as ações e projetos de Saúde para População em situação de Rua, **Comunidades Tradicionais**, Migrantes e Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, dando o suporte necessário para garantir o acesso dessas populações ao cuidado integral no SUS”, consta comunidades

⁴⁰⁴⁰ Disponível em: <https://sesma.belem.pa.gov.br/nups-nucleo-de-assistencia-em-promocao-a-saude/>. Acesso em: 18 de julho de 2023.

tradicionais que inclui por definição as comunidades quilombolas e os povos de terreiro, segmentos da população negra, logo, incluídas na PNSIPN.

No dia 19 de novembro de 2021 foi assinada a portaria 1449/GAB/SESMA/PMB que instituiu o Grupo de Trabalho Intersetorial Saúde da População Negra durante a atividade “Novembro Negro na UMS Satélite” realizada na Unidade Municipal de Saúde do bairro do Satélite que contou com a presença do Secretário de Saúde, Maurício Bezerra que a assinou (ANEXO C).

Este GTi teria por um de seus objetivos a construção e implementação da Política Municipal de Saúde **Integral** da População Negra em convergência com a Política Nacional já existente desde 2009 a partir de ações e serviços que visem à equidade racial da saúde e levem em consideração a realidade da população negra belenense, ou seja, a realização de diagnósticos e mapeamento das ações e serviços já existentes na rede municipal de saúde para ter uma noção de como se encontraria a saúde da população negra, o que seria feito por meio de reuniões do GTi para definir as estratégias adequadas e eficientes para este fim. É um GT que se propunha sobretudo a pensar as ferramentas e tecnologias em saúde e atuar pedagogicamente junto à Rede de Atenção à Saúde, qualificando os servidores e gestão, aprimorando os serviços para que atuassem para eliminação do racismo no sistema de saúde.

A participação se estendia a todos aqueles que tivessem interesse e implicação com a temática, porém inicialmente, de acordo com a portaria 1449 foi composto por 2 representantes da SESMA (DEAS e NUPS), 2 representantes dos movimentos negros, 1 representante dos trabalhadores da saúde, 1 representante dos Povos Tradicionais de Matriz Africana, 1 representante de grupos que pesquisem saúde da população negra de Instituições de Ensino Superior e 1 representante da Coordenadoria Antirracista de Belém/PMB (COANT). Contudo conforme reunião pública realizada no dia 06 de janeiro de 2022 em que foi apresentada a portaria do GTi e as entidades provocadas a indicarem seus representantes, foi avaliada a possibilidade de ampliação da quantidade de representantes instituídos.

No dia 28 de abril de 2022 ocorreu na Câmara Municipal de Belém, de autoria da vereadora de Belém Nazaré Lima, a Sessão Especial – Lançamento do Grupo de Trabalho de Políticas Públicas de Saúde para a População Negra (ANEXO D) que contou com a participação de gestores e trabalhadores da saúde do município de Belém, bem como representante da Fundação HEMOPA (referência no tratamento da anemia falciforme no estado) e outros da Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA). No mês de novembro de 2022 foi realizado o I Seminário de Saúde Integral da População Negra: Desafios e Perspectivas”, realizado na

Faculdade Estácio Belém, por meio da Secretaria de Saúde do Município de Belém (SESMA) e Coordenadoria Antirracista de Belém (COANT). (ANEXO E)

Destacarei alguns pontos a partir da minha experiência no tempo em que estive responsável pela pasta da saúde na Coordenadoria Antirracista de Belém. Desde o primeiro diálogo com representantes da SESMA (DEAS e NUPS), colocou-se a necessidade de se pensar sobre a saúde integral da população negra o que foi recebido de bom grado pela SESMA. Chegou-se a criar um grupo de estudo que tivera duas edições em que uma delas o tema foi a PNSIPN e, no mês de setembro, articulou-se em prol do “setembro amarelo” chamando a atenção para saúde mental da população negra. Já em virtude das articulações de novembro, surgiu a proposta por parte da SESMA (NUPS) de criação do GTi, o que foi questionado por que não poderia ser um Comitê Técnico de Saúde da População Negra e a resposta girou em torno da oportunidade de instituir algo de imediato e ir alterando com o tempo que por fins de negociação política institucional foi acatado.

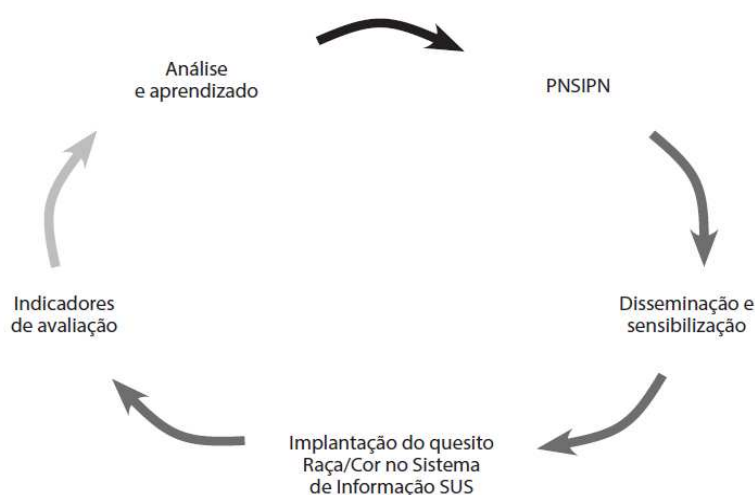
Posteriormente, a ideia era que fosse instituído ao menos, no âmbito da SESMA, uma Referência Técnica em Saúde da População Negra, porém como pode ser constatado no diário oficial do município e no *site* da PMB, oficialmente ela não existe. Uma pessoa da SESMA, mulher negra, foi colocada para acompanhar prioritariamente as atividades do GTi, enquanto representante da SESMA e já em meados de novembro de 2022, por ocasião do Seminário, essa pessoa foi apresentada como “referência técnica em saúde da população negra” em mensagem no grupo de whatsapp do GTi. Seria cômico se não fosse trágico, utilizar uma mulher negra dessa forma, uma vez que a reivindicação pela equidade racial em saúde deve ser uma política pública de Estado e não ficar à cargo da informalidade. E depois que passar esse período mais à esquerda da PMB? Porque a política é dinâmica e incrivelmente rápida: o que ficará de concreto para saúde da população negra? Não adianta constar como letra morta entre as metas a serem atingidas pelo PMS 2022-2025, sendo que já deveria ter sido instituída e até o presente momento não existe.

As atividades do GTi até o mês de agosto de 2023, têm girado em torno de práticas assistencialistas, bem longe das discussões para implementação de ações sistemáticas ou da legislação da PMSIPN. São ações de cidadania, com disponibilidade de serviços em saúde, entre outros, nos espaços de Povos Tradicionais de Matrizes Africanas (ANEXO F), além disso, constam participações em atividades pontuais como rodas de conversas no quilombo, participação em atividades da UNICEF sobre o aleitamento materno, mas no geral, com pouca inserção nas formulações que incidam para implementação da saúde integral da população negra enquanto política pública.

A criação de Comitês Técnicos de Saúde da População Negra, Áreas Técnicas SPN ou responsável técnico para coordenar as ações em SPN deveriam compor as estratégias definidas por Secretarias Estaduais e Municipais para disseminar a Política, sensibilizar profissionais e inserir a Política no SUS. De acordo com levantamento realizado pelo Departamento de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, dez estados da federação criaram áreas técnicas, dois estabeleceram comitês técnicos de saúde da população negra e outros dois definiram um responsável técnico [...] (Batista, Monteiro e Medeiros, 2013).

As instâncias técnicas são importantes nesse processo de implementação das políticas de saúde para população negra. Batista, Monteiro e Medeiros (2013) demarcaram que essa área técnica foi responsável pelo diálogo com a sociedade civil, movimentos sociais e outras esferas governamentais, pela formulação de propostas que auxiliaram na implementação no estado, na transformação das diretrizes em estratégias de ação, materiais informativos e instrucionais, da inserção da temática na educação permanente dos trabalhadores e na elaboração e aprimoramento de tecnologias que visassem o monitoramento e avaliação das metas e objetivos da política.

FIGURA 6: Ciclo de avaliação da Política de Saúde da População Negra.



FONTE: extraído de Batista, Monteiro e Medeiros, 2013, p. 688.

Percebe-se desse modo, que a atuação dessa instância é estratégica e de suma importância para que o ciclo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

(Batista, Monteiro e Medeiros, 2013) esteja em movimento, ou seja, que a existência da PSIPN nas diferentes esferas, nacional, estaduais e municipais seja efetivado no funcionamento do SUS, conforme proposto na figura 5.

Sobre o ponto 4 e 5 do quadro 9, sobre a existência de Equipe Saúde da Família (ESF) para o qual se respondeu que existe nas comunidades quilombolas, acrescenta-se que em idas ao Quilombo de Sucurijuquara era comum a reclamação da (i)regularidade da presença dos profissionais da equipe. Além disso, o fato de não existir ESF nas comunidades tradicionais⁴¹ o que inclui no rol destas os povos de terreiros, tem como efeito colateral, práticas assistencialistas e deslocadas do território. Enquanto “comunidades” como o próprio nome diz, tradicionais, são configurações que também possuem sabedoria e práticas de cuidado e funcionam, na maioria das vezes, como Casas que servem não só para orientação espiritual, mas também de saúde, assistência, educação etc. Assim, se existisse uma modalidade especial de cuidado ou de formação dos trabalhadores, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde, com as Casas, Terreiros, Ilês de cada território, talvez fosse dispensável as “ações em cidadania” que tem prazo de validade e não garantem nenhuma continuidade no cuidado em saúde e pouca efetividade na troca de saberes conforme diretriz da PNSIPN propõe.

E, por fim, na última pergunta do quadro x; sobre ações ou programas específicos para população negra a resposta foi que não existem, havendo, contudo, para comunidades quilombolas e comunidades tradicionais, sem especificar para qual delas existe, já que não há nada direcionado nesse sentido para povos de terreiros na prática do município.

Em relação à previsão orçamentária para população negra, o Plano Plurianual trouxe na grande área; “Assistência Social, Direitos Humanos e Diversidade” o eixo “Belém da Diversidade, dos Povos e dos Direitos Humanos” que foi composto por projetos e ações. No projeto 035 intitulado “Belém dos Povos: Afro-Amazônidas”, trouxe a seguinte descrição: “Estruturação, desenvolvimento e operacionalização das **políticas municipais** em defesa à população negra” (p. 149, grifo meu). De responsabilidade principal do Gabinete do Prefeito e órgãos participantes, Secretaria Municipal de Cidadania e Direitos Humanos (SECDH) - A criar, Coordenadoria da Diversidade Sexual (CDS), Fundação Papa João XXIII (FUNPAPA), Coordenadoria Antirracista de Belém (COANT) e Coordenadoria da Mulher de Belém (COMBEL).

⁴¹ Lista de Povos e Comunidades Tradicionais: 1. Povos Quilombolas, 2. Povos Indígenas, 3. Povos e Comunidades tradicionais: a) Agroextrativistas, b) Caatingueiros, c) Caiçaras, d) Comunidades de Fundo e Fecho de Pasto, e) Comunidades do Cerrado, f) Extrativistas, g) Faxinalenses, h) Geraizeiros, i) Marisqueiros, j) Pantaneiros, k) Pescadores Artesanais, l) Pomeranos, m) Povos Ciganos, n) Povos de Terreiros, o) Quebradeiras de Coco Babaçu, p) Retireiros, q) Ribeirinhos, r) Seringueiros, s) Vazanteiros, t) Outros. Fonte: Ministério da Saúde, 2018.

O projeto em questão teria o seguinte objetivo: “Garantir a proteção, as redes de apoio, a atenção, o acesso, o atendimento dos grupos sociais em situação de vulnerabilidade social, a igualdade de gênero e a diversidade sexual” (p. 95). Note que embora um objetivo amplo conste a especificação da igualdade de gênero e a diversidade sexual, sem dúvida importantes, mas não há nenhuma menção à equidade racial. Fora essa menção, não foi detectada nenhuma outra inclusão entre as áreas, eixos ou descrições com os termos negro e suas variantes, afro e variantes ou povos de matriz africana, povos de terreiro, sendo encontrada uma única referência a quilombo na área “Saúde, Educação e Segurança”, no eixo “Belém: Cidade Alfabetizada, Educadora e Inclusiva”, no objetivo 1.101- Tornar Belém livre do analfabetismo, em que uma das metas seria “Expandir a oferta de EJA Ensino Fundamental na região insular, incluindo os assentamentos quilombolas”.

O PPPA 2022-2025 contou com um processo anterior de fomento à participação popular intitulado “Tá Selado!” que objetivava: “o planejamento da cidade a curto e médio prazo, sintetizados diretamente no PPA e no Orçamento Participativo do município e um terceiro produto, um plano de longo prazo, chamado de “Belém 2035 - 200 Anos da Revolução Cabana”” (PPA 2022-2025, p. 15).

Segundo consta no documento houve a mobilização de 25 mil pessoas entre os dias 24 de maio e de julho de 2021. O processo contou com formação dos servidores da prefeitura em 4 módulos de oficinas. A participação popular contou com plataforma virtual para envio de propostas e plenárias híbridas de bairro, por segmentos sociais e temáticas, dentre essa última constaram a Plenária de Negras e Negros, Plenária de Cultura Afro-Brasileira, Plenária de Religiosidade, Plenária da Cultura de Hip-Hop. Selecionei em particular estas plenárias, pois à época acompanhei-as e houve uma intensa mobilização por parte dos movimentos negros, coletivos, grupos, povos de terreiro, quilombolas, não apenas nas plenárias setoriais mas nas de bairro e de segmentos, como a de juventude, por exemplo.

Perceber que ao final, com diversos conflitos, inclusive com desrespeitos às mães e pais de santo, tendo falas absurdas (racistas) oriundas do governo, é lamentável, para dizer o mínimo. Constatar que entre as propostas apontadas nas plenárias não ficou nenhuma sobre saúde da população negra contemplada no PPA. Ficou uma genérica sem efetividade até o momento no sentido de implementação de política pública o que se espera que aconteça até o ano de 2024, ano de eleição municipal.

Complementa-se que a previsão orçamentária na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) consta a rubrica total de R\$ 40.000,00 sendo, outras despesas correntes; R\$ 30.000,00 e investimentos; R\$ 10.000,00 para o projeto 035 - “Belém dos Povos: Afro-Amazônidas”.

Acredito que seja válido dizer que não se trata de investimento no campo da saúde da população negra, mas no da assistência. Por sinal, embora conste a implementação da PMSPN no Plano Municipal de Saúde 2022-2025, não foi detectada nenhuma previsão orçamentária com nome similar ou genericamente como políticas municipais de saúde negra, espera-se que esteja dentro de alguma denominação não detectável por um olhar leigo na área do orçamento administrativo!

Por fim, registra-se que o texto do PPA 2022-2025 trouxe algumas referências à população negra. Eixo “Belém com Segurança Cidadã”, apontou dados do Anuário de Segurança Pública, referente ao ano de 2017 o qual informou que a taxa de mortes intencionais violentas no Pará é de 10,3 para cada 100 mil habitantes, quando a média nacional é de 3,8 e advertiu que a configuração das pessoas que são vítimas de homicídios por arma de fogo cresceu entre os anos de 2003 - 2014 na proporção de 96 para 136 em relação a pessoas brancas e de 754 para 2.115 para pessoas negras.

Já no eixo “Belém: Cidade Inovadora e com Inclusão Produtiva”, no projeto “Donas de si: Estratégia para a capacitação e inclusão produtiva”, abordou dados da ONU Mulher sobre a taxa de desocupação e renda. Entre os anos de maio e agosto do ano de 2020, constatou-se que nas grandes regiões a taxa de desocupação foi de 16,2% entre as mulheres e de 11,7% entre os homens, sendo que em comparação racial esse número muda para 15,4% entre as pessoas negras e 11,5% entre os brancos. Sobre a renda média, informou que a renda dos negros é 55,8% da renda mensal dos trabalhadores brancos. Em relação ao empregatício doméstico, as mulheres constituem a maioria e,

há cerca de 6 milhões de pessoas empregadas no trabalho doméstico, sendo 5,7 milhões de mulheres (**3,9 milhões são negras**). As trabalhadoras domésticas representaram 14,6% do total da ocupação feminina no país. Cabe ressaltar que 70% dessas profissionais não possuem carteira de trabalho assinada⁵. Os números apresentados demonstram que “a crise agravou as disparidades de gênero e raça e impôs um pesado fardo às mulheres negras. Além de seus empregos remunerados, estão acumulando trabalhos domésticos, cuidados com as crianças, com higiene e alimentação. Mais difícil é a situação das 11 milhões de famílias monoparentais chefiadas por mulheres, que podem não ter ninguém para compartilhar esse trabalho” (ONU Mulher, 2020 citado por PPA 2022-2025, p. 75, grifo meu).

Dados apresentados para reforçar que dentre os objetivos contemplados pelo “Banco do Povo de Belém” está o enfrentamento das desigualdades em todas as esferas, incluindo a racial. A nível de conhecimento, foi informado que a taxa de desocupação em Belém é maior que a média nacional, sendo de 13,6% contra 7,9%, centrando-se a empregabilidade no setor de serviços chegando a corresponder a 85% da economia.

Na estratégia municipal para a assistência à população em situação de rua, “contempla os recortes de raça e gênero, onde as especificidades necessárias para a inclusão da mulher, da população negra, indígena, LGBTQIA+, especialmente para a saúde e assistência social, pautaram as escolhas e iniciativas.” (PPA 2022-2025, p. 92). Cujo intuito é garantir que se trata de pessoas de direitos e o enfrentamento às práticas “higienistas” (ibidem. p. 88), mas chega a ser curioso isso, uma vez que nas ações da PMB quando acontecem, em particular, no Ver-o-Peso ou mesmo na Praça Waldemar Henrique, a população em situação de rua é a primeira limpeza sócio racial que acontece ao serem retirados dos espaços que ocupam, logo em seguida vem a Secretaria Municipal de Saneamento (SESAN) com a limpeza de resíduos nos espaços.

Um parêntese para mencionar que o programa “Bora Belém: combate à extrema pobreza” que visa auxiliar no campo do benefício, assistencial e capacitações junto ao “Donas de Si”, por exemplo, não trouxe sequer uma menção racial, já que o público atendido são mulheres chefes de família e, seguindo a lógica nacional sabemos que a pobreza tem gênero e cor, além do que, em conversa informal com servidoras da FUNPAPA, à época, esse perfil racial existia no estudo sobre o levantamento feito para o “Bora Belém”, fica o questionamento para onde foi para a cor dessas mulheres?

No eixo “Belém da Diversidade, dos Povos e dos Direitos Humanos” menciona que o Pará é o Estado de maior autodeclaração negra, informa o percentil de 82%, sendo que somente o município de Tomé-Açu teria uma política de igualdade racial e aponta:

A ausência de políticas de ação afirmativa para a população negra per si não garantiria todos os direitos desta população que é historicamente marginalizada, mas indicaria a mínima orientação do Município para construir uma sociedade livre de racismo, da racial e da marginalização. Do ponto de vista de povos e comunidades tradicionais de matriz africana, estudo realizado pelo Governo Federal e UNESCO, em 2012, havia 1189 casas de “religiosidades Afroamazônidas” em Belém. A desigualdade provocada pelo caráter da nossa sociedade aponta que os jovens negros se encontram em situação de desigualdade no acesso ao ensino superior, menores salários, maior índice de desemprego, alcançando 80% no Pará (PPA 2022-2025, p. 98).

Aborda-se então o descumprimento aos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 e na Organização Internacional do Trabalho (OIT) – Convenção 169, fala-se sobre a participação popular e resistências dos grupos e coletivos nos processos decisórios “a fim de enfrentar a discriminação, a intolerância e o racismo, além de defender a cultura e modo próprio de vida” (p. 99). Além disso, coloca-se a importância de retomar os espaços Públicos por meio do Memorial dos Povos: indígenas e afrodescendentes, porém enquanto valorização da memória, acredito que os trabalhadores ou transeuntes que frequentam o Complexo Ver-o-Rio

em Belém, não lembram o que significa o Memorial, nem sabem dizer onde está o “Memorial dos Povos Afrodescendentes”.

Reparar a dívida histórica com as populações negras e a consequente exclusão desse grupo racial impõe garantir suas manifestações próprias e seu direito a participar e usufruir da cidade. Para tanto, será garantida a participação de negros e negros nos espaços decisórios de participação popular e de gestão como forma de combate ao racismo estrutural e institucional. Em paralelo a estratégias de inserção social, econômica e política, serão realizadas políticas de valorização cultural com destaque para o ensino de valorização da cultura negra nas escolas. Consideramos importante o estímulo à permanência escolar, oferecer qualificação para o ingresso no mercado de trabalho formal e assegurar direito ao trabalho, à escola e respeito aos jovens que sofrem preconceito por orientação sexual (PPA 2022-2025, p. 100).

Nesse sentido, ainda menciona a Secretaria de Direitos Humanos (SEcDH) e como prioridade a “Escola de Cidadania-Programa Municipal de Educação em Direitos Humanos” que se pretende a uma educação formal e não-formal “como um instrumento essencial para a transformação de pessoas e, consequentemente, da sociedade” que contou com o apoio das Coordenadorias da Prefeitura, sendo que nas reuniões em que a Coordenadoria Antirracista participou houve uma grande dificuldade de inserir nominalmente o componente racial nessa educação e, ao final, ficou o termo genérico “direitos humanos” para uma das formações propostas cujo viés seria de “igualdade racial”.

Acrescenta-se a Fundação Cultural do Município de Belém - FUMBEL que fez referência ao segmento da Cultura afro-brasileira, culturas tradicionais e originárias durante as plenárias do “Tá Selado!”. A título de informação, está prevista uma “Revisão Participativa do Plano Diretor Municipal”, fato necessário, pois o atual (Lei Municipal n.º 8.655/2008), de fato não garante o direito à cidade, sobretudo, para população negra como visto anteriormente. Portanto, espera-se que a população negra tenha participação e suas decisões sejam contempladas na versão final do documento, do contrário será trocar 6 por meia dúzia!

Partindo do campo do reconhecimento, a Prefeitura de Belém por meio da Lei ordinária n.º 9.769 de 9 de maio de 2022, instituiu o “Estatuto da Igualdade Racial no Município de Belém, [que] adota os preceitos da Lei Federal n.º 12.288/2010, da Lei Estadual n.º 6.941/2007, e dá outras providências.”, foi o primeiro município da Amazônia a ter um Estatuto Municipal, marcando o reconhecimento do racismo institucional em Belém e o compromisso com as políticas afirmativas para a população negra e a promoção da equidade racial.

No seu título II – Dos Direitos Fundamentais, Capítulo I- do Direito à Saúde, trouxe uma compilação do mesmo capítulo que consta no Estatuto da Igualdade Racial de número 12.288/2010 senão fosse o fato de não fazer nenhuma menção à Política Nacional de Saúde

Integral da População Negra e ainda mais, retirar do artigo análogo ao art. 7º da referida lei federal, o trecho que equiparou a portaria nº 992/2009/MS à lei federal.

“Art 7º O conjunto de ações de saúde voltados à população negra constitui a Política Nacional de Saúde da População Negra, organizada de acordo com as diretrizes abaixo especificadas” (texto da lei federal nº 12.288/2010), “Art. 6º O conjunto de ações e políticas públicas de saúde voltadas à população negra será organizado de acordo com as diretrizes abaixo especificadas” (texto da lei municipal nº 9.769/2022).

Com certeza, perdeu-se uma ótima oportunidade de inserir a Política Municipal de Saúde Integral da População Negra no bojo das responsabilidades da esfera pública municipal. Além de caracterizar um recuo em direitos quando do não reconhecimento da PNSIPN, existente desde 2009 e que dá forma ao capítulo da saúde do Estatuto federal.

Ainda assim, registra-se que o capítulo trouxe 3 importantes artigos (5º, 6º e 7º) sobre a saúde integral da população negra que devem entrar nas estratégias, planos, programas e ações no geral da Prefeitura de Belém no que se refere à saúde.

Diante do exposto, constata-se que não existem ações sistemáticas em saúde da população negra, tampouco programas, projetos ou a Política municipal para esta finalidade, nem uma instância promotora da equidade racial em saúde, curiosamente, segundo o PMS 2022-2025, não há nem previsão para alguma campanha em saúde para o mês do Novembro Negro, sendo que o Plano traz algumas campanhas previstas para os meses “coloridos”.

Ressalta-se que a inserção da saúde da população negra na agenda da Secretaria Municipal de Saúde se deu por esforços da Coordenadoria Antirracista de Belém, contudo, nota-se que no ano de 2023 as ações neste sentido tem sido pontuais e com o caráter de políticas de gestão. Do mesmo modo, observa-se que mesmo sendo constatados alguns pontos sobre as condições indignas de vida da população negra no PMS 2022-2025, fica nítido que foi pelo tensionamento dos movimentos negros e das pessoas negras que passaram a compor o quadro de servidores na gestão atual, uma vez que a operacionalidade não avançou no que tange ao PPA 2022-2025, para além do projeto 035 - “Belém dos Povos: Afro-Amazônidas”.

Com base no apresentado sobre a implementação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra e os analisadores extraídos das seções “Estratégias de Gestão” e “Responsabilidades do Gestor Municipal”, concluiu-se que, embora haja esforços pontuais para avançar em relação às políticas de equidade em saúde e mesmo constando no planejamento municipal (PMS 2022-2025) não existe, até o presente momento, uma PMS implementada. Nos quadros a seguir, esta pesquisa reuniu as justificativas para considerar sua não implementação.

A Política foi implementada?

ESTRATÉGIA DE GESTÃO	Implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão	Inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;	Fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde;	Apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política, incluindo as condições para: realização de 1) seminários, oficinas, 2) fóruns de sensibilização dos gestores de saúde; 3) implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares e 4) formação de lideranças negras para o exercício do controle social;
RESPOSTA	<i>Não existe. Embora esteja previsto no PMS (2022-2025), não foram implementadas ações e nem a PMSIPN instituída até o momento.</i>	<i>Sim, nos sistemas definidos pelo Ministério da Saúde.</i>	<i>Não, é desconhecida qualquer parceria ou incentivo para esta finalidade. Inclusive, foi solicitada pela COANT ao UNASUS a disponibilização do curso “Saúde da População Negra” aos servidores da PMB, mas este não estava disponível, pois estaria passando por atualizações (ANEXO G).</i>	<i>1) Sim, parcialmente, foi realizado o I Seminário de Saúde da População Negra em novembro de 2022. 2) Não 3) Não 4) Não, uma vez que ainda não está em vigor o Conselho de Negras e Negros e o GTi tem se restringido a ações pontuais e assistencialistas.</i>

A Política foi implementada?

Responsabilidades: Gestor Municipal	
Definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB	Não
Garantia da inclusão desta 1) Política no Plano Municipal de Saúde e no 2) PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais	1) Sim, com meta vencida, posto que estava prevista para 2022. 2) Não no âmbito da saúde.
Identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos	Não, uma vez que a apresentação nos documentos da PMB não traz dados raciais
Implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra;	Não, o GTi não foi instituído com essa finalidade conforme a portaria 1.449/2009/SESMA
Garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS N° 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);	Não, considerou-se o disposto no PMS 2022-2025
Articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política;	Não
Fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;	Sim, parcialmente, pelo caráter do GTi, mas sem acesso aos espaços de decisão.

Desta maneira, a cidade de Belém entra no *hall* de cidades que não implementaram a PNSIPN, corroborando com as análises apontadas pelo sociólogo Luís Eduardo Batista, pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES-SP) em entrevista concedida ao Repórter SUS em 2019, em que apontou que apenas 57 municípios dos 5.570 que existem no país, implementaram estratégias da PNSIPN cujos obstáculos para sua efetivação foram desde o parco recurso aplicado na saúde em geral, como desconhecimento sobre a Política e a existência do próprio racismo (Repórter SUS, 2019)⁴².

A médica e diretora-executiva da Anistia Internacional-Brasil, Jurema Werneck (2016), enunciou que a Política além de sofrer com oposições, padece com a desinformação sobre as “ações e estratégias necessárias, que explicam o porquê da PNSIPN não ter sido adequadamente implementada após esses anos” (p. 539). Ratificando com essa avaliação, Silva e colaboradores. (2022) argumentam que o campo de saúde da população negra ainda não foi institucionalizado nas instituições de ensino superior e os motivos variam entre a ausência de acordo entre os estudiosos e profissionais sobre o uso da categoria raça, aliado à presença do racismo que segue sendo negado e pouco se fala sobre ele, soma-se a isso problemas com a transversalidade proposta pela política e a dificuldade em “definir indicadores para avaliação e monitoramento das suas ações” (ibidem., p. 3).

No entanto, a formalização da política não gerou a concretização das ações previstas e nem os resultados esperados. Após 10 anos de sua criação, a adesão à PNSIPN ocorreu em 28% dos municípios brasileiros, com maior proporção no Norte e Nordeste. Na Bahia, cerca de 40% dos municípios aplicam a política, mas menos de 10% possuem comitês de monitoramento e ações voltadas à população negra (IBGE, 2019, citado por Silva e cols., 2022, p. 9).

Silva e colaboradores (2022) realizaram sua pesquisa com o intuito de compreender como a PNSIPN tem sido implementada em três municípios da Bahia. O título do artigo já trouxe indícios da resposta ““Na verdade eu nunca participei e nem ouvi falar sobre”: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na perspectiva de gestores e profissionais da saúde”.

As autoras apontaram que ainda há uma dificuldade em conhecer o conteúdo da PNSIPN (e olha que nem é tão grande assim!) e, quando porventura a conhecem (estudaram ou leram), existem dúvidas de como colocá-la em prática, ou seja, não conseguem articular a teoria à sua prática profissional.

⁴² Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/apos-10-anos-politica-de-saude-da-populacao-negra-so-foi-efetivada-em-57-municipios>

Seja essa dificuldade em razão da deficiência na formação superior, seja pela morosidade dos próprios profissionais de saúde em buscar se atualizar, até mesmo sobre a Atenção Primária em Saúde (APS), como também demonstraram Silva e colaboradoras (2022), pelo conhecimento superficial acerca da Política Nacional de Atenção Básica (PNAb), onde não sabem diferenciar a promoção em saúde da assistência curativa, resumindo-a a “cuidado básico e porta de entrada dos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS).” (Silva e colaboradores., 2022, p. 4).

Por outro lado, pela engenharia da própria necropolítica que lançando mão do racismo e seus desdobramentos, como o mito da democracia racial, genocídio e ideologia do embranquecimento, foram produzidas técnicas para os discursos-práxis essenciais para sua permanência, atualização e difusão, são exemplos delas: 1) a negação do racismo na sociedade, manifestando-se quando não é possível localizá-lo tanto discursivamente (pacto do silêncio racial), quanto operacionalmente (racismo existe, mas em outro lugar ou é coisa do “outro”); 2) a igualdade dos indivíduos que é acionada quando se mobilizam as diferenças no sentido da pluralidade, respeito e potência e, invariavelmente, são contraposta com o discurso de que “somos todos iguais”, portanto, as diferenças não precisariam ser vistas ou consideradas, uma vez que a lógica racista imputou que diferença seria sinônimo de desigualdade; hierarquias com inferiores e superiores e, trazer isso à tona contraria o ponto (1), pois escancara o racismo brasileiro.

Sendo assim, mais uma vez as políticas afirmativas, as e os sujeitos negras/os e qualquer assunto racial foi visto como um “problema **do** negro” em que somente a ele interessa, só podendo ser falado nos espaços e datas autorizadas, como fica nítido na fala de uma profissional da saúde na pesquisa em de Silva e colaboradores (2022), “não só por ser **da** população negra [...]” (p. 8, grifo meu), como se conhecer e discutir a política fosse de responsabilidade apenas de negras e negros e não de profissionais comprometidos com a eliminação das desigualdades raciais ou, de forma menos polida, como dizemos nos movimentos, “se o racismo é um problema que o branco criou, ele que trate de dar conta”.

Colocar em pauta o racismo não é tarefa fácil, mas também não é impossível e os embates vêm de longa data. Por isso mesmo, precisamos conhecer as possibilidades e limites das políticas públicas para se ter em mente que a implementação da PSIPN em Belém não está isenta disso, sendo necessário traçar diferentes estratégias e ampliar as articulações com a sociedade civil, movimentos sociais, trabalhadores, gestores das diversas esferas e de diferentes setores.

É fundamental que as Instituições de Ensino Superior públicas e privadas coloquem de forma ordinária e não optativa em seus currículos, sobretudo nos cursos da saúde, mas não apenas neles, uma vez que se trata de uma política intersetorial. Digo isso, por que até hoje, o ano é 2023, nunca tive uma disciplina ou alguém que mencionasse a PNSIPN nas minhas formações de graduação, mestrado e/ou doutorado, tomei ciência dela via movimento negro.

O cenário da pandemia pela COVID-19 demonstrou essas fragilidades do sistema de saúde (que também padece com as constrictões orçamentárias e disputas político-empresariais), dificuldades no reconhecimento e impacto das condicionantes do racismo na vida e saúde da população negra, onde esse momento pairou “a ideia de que o vírus e a doença atingem todos(as) da mesma forma, desconsiderando a necessidade do quesito raça/cor nos sistemas de informação e as condições mais vulneráveis em termos de renda, moradia e segurança alimentar enfrentadas pela população negra” (Silva e colaboradores, 2022, p. 9). Ou como afirmou, Werneck em entrevista concedida ao Roda Viva em 2021⁴³, para quem se as doenças mais prevalentes na população negra, por exemplo, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* já estivessem sendo tratadas adequadamente no SUS, sendo estas dois agravantes nos quadros da COVID (comorbidades), talvez a vida e a saúde da população negra tivesse sido protegida.

A pandemia demonstrou como as condições de saneamento básico e infraestrutura e os aspectos raciais-econômicos teve uma relação direta na possibilidade ou não de seguir as recomendações de isolamento social, distanciamento social e o *lockdown*. O ficar em casa, sendo uma norma necessária para evitar o contágio do vírus, era um obstáculo aos que precisavam sair para ter o que comer (Ponte e colaboradores, 2020).

Apesar desse contexto, o quesito raça/cor não foi elegível para análise de situação epidemiológica da Covid-19 nos primeiros boletins epidemiológicos, ainda que constasse nas fichas de notificação para Síndrome Gripal e para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), ambas utilizadas como instrumentos de registro, monitoramento e avaliação dos casos suspeitos leves e graves da Covid-19, respectivamente, na rede de atenção básica, nos centros de triagem, nas unidades de pronto-atendimento e na rede hospitalar, assim como no formSUs inicialmente elaborado para registros da Covid-19. A incorporação do quesito raça/cor como categoria de análise (Brasil, 2020b) se deu após posicionamentos do GT Racismo e Saúde, da Coalizão Negra e da Sociedade Brasileira de Médicos de Família e Comunidade. Apesar dessa inclusão, a frequência de incompletude do quesito raça/cor nas diferentes fichas de notificação da Covid-19 permanece quase o dobro daqueles registrados. [...] (Santos e colaboradores, 2020, p. 228).

⁴³ Disponível em: <https://youtu.be/vRvB3PfD11I>

A recomendação nº 29 de 27 de abril de 2020 da CNS foi o reflexo dessa reivindicação por visibilidade há tempos na pauta das lutas dos movimentos negros. O documento menciona a seguinte consideração:

um em cada quatro brasileiros hospitalizados com Síndrome Respiratória Aguda Grave é negro (23,1%) e que esse número chega um em cada três entre os mortos (32,8%), o que se explica tanto pela maior vulnerabilidade e exposição à contaminação [...] quanto por doenças pré-existentes, como doença falciforme, hipertensão e diabetes; (CNS, 2020, on-line).

O que se viu contudo, foi que Belém seguiu o ritmo do restante do país, quando o assunto foi implementar dados desagregados durante a pandemia a qual enfatizou o descaso para com a saúde da população negra que é a maioria nos cortiços, favelas, periferias e se não é possível eliminar diretamente esses espaços, passam a se construir estratégias de ações que produzem e administram a morte e, o cenário da Covid-19 escancarou essa disparidade racial no acesso, qualidade e existência dos serviços em saúde.

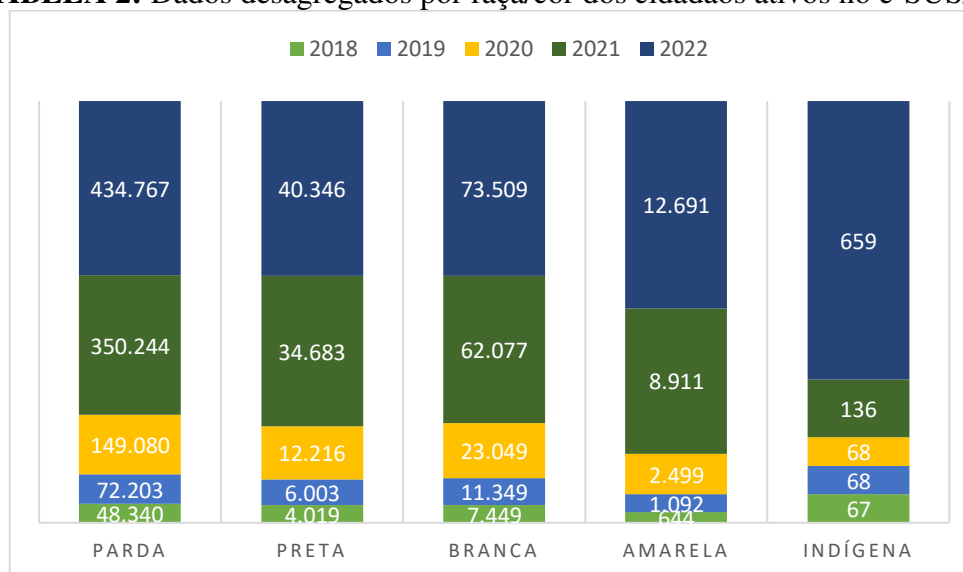
Reconhecer as diferenças é ir ao encontro da promoção da equidade em saúde. É compreender que existem desigualdades nas formas de viver e morrer, adoecer e ter saúde na sociedade:

em 2001, o “Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente”. Este voltava-se para doenças de origem genética comprovada, como doença falciforme, deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e as síndromes hipertensivas na gravidez, deixando de fora aquelas cuja origem genética não foi estabelecida, como no caso dos miomas uterinos e da síndrome leucopênica, e aquelas sob determinação social evidente, como desnutrição, verminoses, gastroenterites, tuberculose e outras infecções, alcoolismo e outras que, segundo os autores: são mais incidentes na população negra, e não por razões étnicas (Werneck, 2016, p. 537).

Para contribuir com essas análises em saúde da população negra, recorreu-se aos dados fornecidos pelas fichas de cadastros individuais do e-SUS/AB. De 1.303.389 habitantes em Belém para o ano-base de 2022, conforme dados do IBGE (2023), constam como cidadãos ativos 561.972 no e-SUS, ou seja, apenas 43,12% da população belenense possui um acompanhamento sistemático pela rede de saúde, garantindo monitoramento e continuidade no cuidado⁴⁴. Ainda assim, destaca-se que houve um aumento de aproximadamente 500.000 pessoas cadastradas entre os anos de 2018 e 2022, com ênfase nos últimos dois anos.

44

<https://aps.saude.gov.br/noticia/12976#:~:text=%C3%89%20o%20registro%20da%20pessoa,identificar%20algu ma%20poss%C3%ADvel%20doen%C3%A7a%20transmiss%C3%ADvel>.

TABELA 2: Dados desagregados por raça/cor dos cidadãos ativos no e-SUS/AB

FONTE: e-SUS/ABentre os anos de 2018 e 2022 em Belém.

Do total de cadastros ativos na SESMA, 475.113 indivíduos são negros (pretos + pardos), 73.509 brancos, 12.691 amarelos e 659 indígenas. A população negra é a maioria dentre os que recorrem ao Sistema Único de Saúde o que corrobora com a constatação dos estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) que afirmam que a população negra não só é a que mais adoece, como é a que mais precisa recorrer ao Sistema Único de Saúde, sendo esta, “SUS-dependente” (Jesus; Santana; Castelar, 2020).

A necropolítica enquanto gestão da morte, é um projeto político de Estado (Mbembe, 2018). Nestes termos, munuiu-se do terror, da tortura, do estado de exceção para conquistar e criar seus inimigos raciais/étnicos, ao mesmo tempo em que, no Brasil, elaborou estratégias quase imperceptíveis de segregação entre brancos de um lado da ponte e negros, indígenas e outros povos do lado de cá. Embora o extermínio seja o ideal do colonizador, a resistência encontrou caminhos para furar esses bloqueios e fazer ecoar outras vozes e afirmar nossas existências. Por esse motivo, o objetivo aqui foi compreender como a necropolítica têm organizado esses tensionamentos entre os que pautam pela implementação da PSIPN e aqueles que barram sua efetivação apoiados no princípio da inclusão disjuntiva (uma faceta da segregação), conforme Mbembe (2020) postulou.

Achille Mbembe (2020, p. 53) argumentou que o “mundo colonial não era a antítese da ordem democrática”, ambas guardavam semelhanças no *modus operandi* de sua gente-desbravadora a qual era aterrorizada pela angústia de aniquilação que a presença do Outro representava para a integridade de si. As práticas existentes na colônia carregaram o vazio fundado no não direito da “lei fora da lei” e no vazio de preservação e, “paradoxalmente, a

ordem política democrática [...] necessita desse duplo vazio”. Pois, essa lacuna seria preenchida pela fantasia de um inimigo inventado.

Esse processo de se lançar em um além-mar, em um movimento guiado pelo “desejo de inimigo, desejo de segregação” (p. 77), foi necessário para sobrevivência do colonizador pois, marcado pelo processo de diferenciação de si e do Outro foi construindo significado para sua existência e concretizando seu delírio de expansão territorial.

Como em um movimento antropofágico de assimilação em que o “[...] o Outro já não nos é externo. Ele está dentro de nós, sob a dupla figuração do outro eu e do eu outro, cada um mortalmente exposto ao outro e a si mesmo” (Mbembe, 2020, p. 83) em que esse “objeto perturbador” (ibidem., p. 76), que lembra o estranho familiar freudiano, seguiu sendo uma invenção do colonizador-moderno, isto é, “nunca existiu, não existe e nunca existirá” mas orienta e mantém as desigualdades raciais, justificando o extermínio desse inimigo e dotando de sentido e inteligibilidade as existências da branquidade e os lugares que seriam seus “por natureza”.

Deste modo, Mbembe (2020) demonstrou como é preciso expurgar, matando física e simbolicamente, esse Outro de mim com quem me deparo cotidianamente, uma vez que a angústia de aniquilação assombra a sua integridade e existência.

No contexto colônia, o trabalho permanente de segregação – e, portanto, de diferenciação – era em parte decorrente da angústia de aniquilação que acometia os colonizadores. Em inferioridade numérica, mas dotados de poderosos meios de destruição, viviam com medo de serem cercados, por todos os lados, por objetos malignos que ameaçavam sua sobrevivência e ameaçavam constantemente subtrair seu sustento: os nativos, os animais selvagens, os répteis, os micróbios, os mosquitos, a natureza, o clima, as doenças, até mesmo os feiticeiros (Mbembe, 2020, p. 82).

O desejo alucinante do brasileiro em eliminar qualquer vestígio dos negros em 100, 200 anos não se concretizou por completo, como pode ser constatado na figura xx em que os negros (pretos + pardos) constituem a maioria dos cidadãos ativos no SUS. O medo que os acompanha é quando essa proporcionalidade numérica começa a aumentar em lugares antes ocupados apenas pela elite branca; como as universidades, os cargos de direção e afins, no judiciário, nas Casas legislativas, entre outras. A angústia de aniquilação está, portanto, no “centro dos projetos contemporâneos de separação” (ibidem., p. 77).

Contudo, conforme já apontado anteriormente por Hasenbalg, no Brasil não se constituiu uma divisão aos moldes do “princípio de segregação” (Mbembe, 2020, p. 81), com “muros de concreto e de cercas metálicas e outras ‘barreiras de segurança’” (ibidem., p. 77). A segregação, baseou-se em sistemas de recompensas e cooptação social dos “pardos”, “morenos”

e, sobretudo, pela face mais perversa de aniquilação desse Outro que é a morte de si em vida pela assimilação da imagem, valores e cultura do colonizador que ao ser internalizada, faz com que esse Outro renegue a si mesmo no desejo alucinatório de “ser branco” lançando mão das ferramentas do senhor para moldar a si a imagem e semelhança do branco-colonizador.

É o caso da miniaturização da violência, da sua celularização e molecularização e das técnicas de anulação tanto material quanto simbólica [...]. Embora toda forma de inclusão fosse necessariamente disjuntiva, a segregação, por seu turno, jamais poderia deixar de ser parcial. Segregar radicalmente teria sido prejudicial à própria sobrevivência do opressor. A menos que as populações autóctones tivessem sido exterminadas desde o início, era impossível para a minoria branca realizar posteriormente uma limpeza étnica e racial sistemática, seguindo o modelo das outras colônias de povoamento. [...]. Tendo o entrelaçamento de diferentes segmentos raciais se tornado a regra, a dialética da proximidade, da distância e do controle jamais chegou a atingir os limites paroxísticos observados no caso da Palestina (Mbembe, 2020, p. 79-80).

Assim, o estupro sobre o corpo de mulheres indígenas inicialmente, e depois de negras, foi a marca violenta da antropofagia que visava à aniquilação desse Outro terrorista, mas que teve como efeito colateral a criação da figura do mestiço; um problema e a saída de emergência brasileira. Tornava-se impossível eliminar esse Outro, sem que isso levasse à degeneração todos os “brasileiros”, a solução, portanto, seria elaborar mecanismos e técnicas eugênicas que se propunham forjar a sangue e lágrimas esse ser belo-branco-puro-civilizado para buscar a sonhada redenção.

Essa inclusão disjuntiva de que nos falou Mbembe, possibilitou que o racismo no Brasil, existisse, mas fosse dissimulado pelas narrativas do “somos todos iguais” e, quando em sua irrupção seja pela publicização de suas faces de horror nas mídias ou pelas lutas por políticas afirmativas dos movimentos negros, a regra seria negar sua existência e condenar quem ousasse enfatizar as desigualdades raciais. Deste modo, a ausência de dados desagregados por raça/cor no Plano Municipal de Saúde de Belém e a ausência de ações, políticas, programas para saúde da população negra no município estão em consonância com o racismo no Brasil.

Não considerar os dados já oficiais sobre como vive e adoce a população negra no país é gestar a morte e institucionalizá-la por meio de programas e projetos que alcançam alguns, mas não todos. O descaso proposital para com a efetivação do Sistema Único de Saúde tem nome: racismo, que tem classe - pobre, tem gênero - feminino e ocupa as favelas, periferias e becos.

Deste modo, uma vez que são os negros os que mais precisam acessar o que é público e gratuito no Brasil, quando o Estado falha em prover as condições para que esse direito seja

plenamente exercido está em consonância com o princípio da segregação conforme colocado por Mbembe (2020), que é constituinte da necropolítica. Diz ele,

Colonizar consiste num trabalho permanente de separação – de um lado, meu corpo vivo e, do outro, todos esses corpos-coisas que o rodeiam; de um lado, minha carne humana, em função da qual todas essas outras carnes-coisas e carnes-comidas existem para mim; de um lado, eu, tecido por excelência e marco zero de orientação para o mundo e, de outro, os outros, com quem nunca posso me fundir plenamente; os quais posso fazer vir a mim, mas com quem nunca posso verdadeiramente manter relações de reciprocidade ou de implicação mútua (Mbembe, 2020, p. 81-82).

Sendo a democracia a criação atualizada do mundo colonial, pode-se afirmar que de um lado se tem cidadãos e sujeitos de direitos e de outro sujeitos-moribundos (eu colonial) que caminham com a consigna da morte. Mas, como no Brasil a mestiçagem é a metáfora indigesta da sua redenção, assumiu-se a premissa de quando mais próximo ao branco, mais bonificado e aceito seria, porém quando mais perto do preto, piores serão os índices de vida e de morte. O direito de ser humano e cidadão é alvo e a morte tem alvo; a saber, o corpo negro.

A fim de exercer um domínio duradouro sobre os autóctones que haviam subjugado e dos quais queriam a todo custo se diferenciar, os colonos tinham que os transformar, fosse como fosse, em *objetos psíquicos* os mais variados. a situação colonial, todo o jogo de representações consistia, na verdade, em atribuir [...] uma variedade de estereótipos. Estereótipos que guardavam maior ou menor correspondência com os destroços de suas verdadeiras biografias, de seu estatuto original, de antes do encontro. Graças à matéria imagética assim produzida, um segundo estatuto, completamente artificial, o dos objetos psíquicos, foi enxertado em seu estatuto original, o das pessoas humanas autênticas. Para o nativo, o dilema era saber como na prática cotidiana, encontrar um equilíbrio entre, de um lado, o objeto psíquico que era chamado a interiorizar e muitas vezes forçado a assumir como seu próprio eu e, de outro, a pessoa humana de pleno direito que havia sido, que apesar de tudo ainda era, mas que, nas circunstâncias coloniais, era forçado a esquecer (Mbembe, 2020, p. 83).

Esse sujeito colonial teve que se reinventar constantemente para buscar esse equilíbrio e lembrar de quem já foi e quem pode ser. Nesse sentido, as políticas afirmativas como a PNSIPN, são essas tentativas de reaver o seu estatuto de sujeito de direito em uma sociedade plural como a nossa. À Psicologia que se propõe antirracista, cabe compreender, promovendo outras formas de cuidado, essas dinâmicas racializadas dos indivíduos e não mais pautar suas teorias e práticas em sujeitos universais fictícios. Negligenciar isso é colocar nosso saber a serviço da necropolítica e do racismo no Brasil.

Por isso mesmo, quando a PNSIPN trouxe, com embasamentos estatísticos, a lamentável realidade que pesa sobre a vida dos negros no Brasil, já apontada desde o Projeto Unesco, a ideia era compreender os efeitos concretos do racismo na atualidade em virtude das violências coloniais e seu projeto de embranquecimento do país, longe da busca de uma base

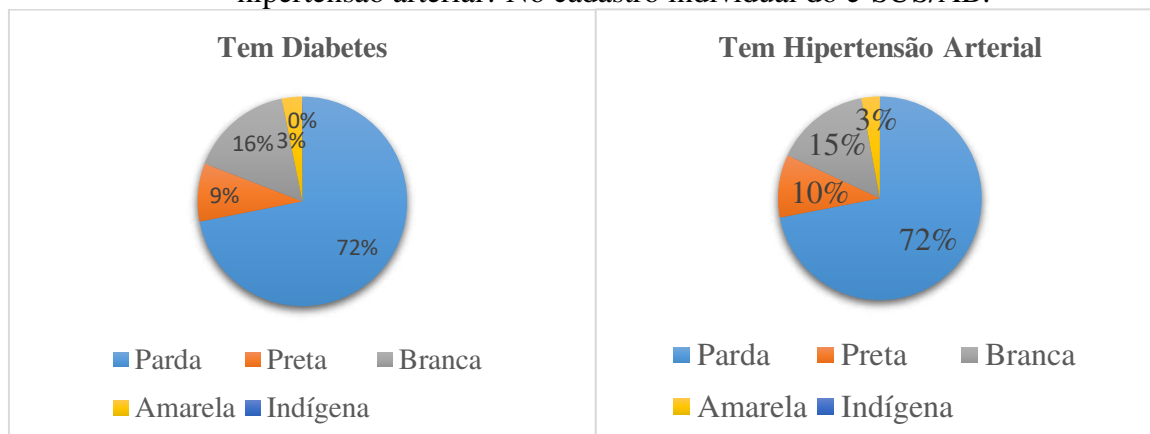
genética ou biológica, era encontrar as regularidades na morte há muito experienciadas por nós negros. Assim, a PNSIPN, apontou por exemplo, doenças hereditárias com traços genéticos que são *mais comuns* à população negra:

Anemia falciforme — Doença hereditária, decorrente de uma mutação genética ocorrida há milhares de anos, no continente africano. A doença, que chegou ao Brasil pelo tráfico de escravos, é causada por um gene recessivo, que pode ser encontrado em frequências que variam de 2% a 6% na população brasileira em geral, e de 6% a 10% na população negra. **Diabetes mellitus (tipo II)** — Esse tipo de diabetes se desenvolve na fase adulta e evolui causando danos em todo o organismo. É a quarta causa de morte e a principal causa de cegueira adquirida no Brasil. Essa doença atinge com mais frequência os homens negros (9% a mais que os homens brancos) e as mulheres negras (em torno de 50% a mais do que as mulheres brancas). **Hipertensão arterial** — A doença, que atinge 10% a 20% dos adultos, é a causa direta ou indireta de 12% a 14% de todos os óbitos no Brasil. Em geral, a hipertensão é mais alta entre os homens e tende ser mais complicada em negros, de ambos os sexos. **Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase** — Afeta mais de 200 milhões de pessoas no mundo. Apresenta frequência relativamente alta em negros americanos (13%) e populações do Mediterrâneo, como na Itália e no Oriente Médio (5% a 40%). A falta dessa enzima resulta na destruição dos glóbulos vermelhos, levando à anemia hemolítica e, por ser um distúrbio genético ligado ao cromossomo X, é mais frequente nos meninos (Brasil, 2017).

Mas o medo colonial de que isso signifique apontar novamente uma base biológica orientada por teorias racistas que levou brancos a matarem brancos, majoritariamente, no rito da eugenia extraordinária (Stepan, 2005), serve de justificativa para que se ignore as estatísticas que apontam quem mais é acometido por essas e outras doenças, como as de caráter adquirido, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis, aquelas de evolução agravada ou de tratamento dificultado e as de condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas (Werneck, 2016).

Partindo do relatório do e-SUS/AB da cidade de Belém, pode-se apontar que entre as pessoas que afirmaram ter diabetes (não há no formulário a especificação por tipo), 81% são negras e 16% são brancas, do mesmo modo que aquelas que afirmaram ter hipertensão arterial, 82% correspondem a pessoas autodeclaradas negras e 10% são brancas como pode ser visualizado no gráfico abaixo. Esses dados estão em consonância com a literatura nacional que alerta para a predominância dessas duas patologias entre os negros.

TABELA 3: Pessoas que responderam “sim” para as perguntas 1) tem diabetes? 2) tem hipertensão arterial? No cadastro individual do e-SUS/AB.



FONTE: Cadastro individual do e-SUS/AB em Belém, 2022.

Varga e Cardoso (2016) alertaram sobre os “protocolos terapêuticos inadequados” no controle da hipertensão arterial em sua pesquisa realizada com a população negra no Maranhão. Os autores tomaram como base as recomendações do Ministério da Saúde (2006) para quem mesmo não havendo, no Brasil, diferenças comprovadas referente ao uso de medicamentos entre brancos e negros, existem “estudos recentes em populações de indivíduos negros norte-americanos, [em que] o uso de iECA⁴⁵ se mostraram menos eficazes, especialmente na prevenção de AVC, que outras classes de anti-hipertensivos”.

Entre os remédios que constam na lista do Ministério de Saúde e são os mais receitados constam o Captopril e o Maleato de Enalapril (ambos do grupo de iECA) o que fez acender o alerta dos pesquisadores uma vez que os relatos de experiências encontrados na sua pesquisa, corroboraram com os estudos norte-americanos (Vargas; Cardoso, 2016).

Devido a uma descontinuidade casual no fornecimento dos iECA, outros medicamentos tiveram que ser receitados “como o Atenolol (do grupo dos bloqueadores beta-adrenérgicos) e o Pressat (do grupo dos inibidores do fluxo de cálcio), entre outros” (ibidem, p. 668). Assim, a maioria dos atendidos (pessoas negras) tiveram que fazer a troca medicamentosa para os remédios que estavam disponíveis. Comprovou-se que essa mudança prescritiva tanto melhorou o controle da pressão arterial quanto a diminuição da quantidade de remédios que o paciente precisava utilizar, chegando a cerca de 80% a taxa de normalidade da pressão arterial da população negra acompanhada (ibidem, 2016).

Araújo e colaboradores (2021) analisaram a incompletude dos dados do programa HiperDia em Unidades Básicas de Saúde no município de Marabá, Pará. Coletaram

⁴⁵ iECA: inibidores da enzima conversora da angiotensina (Varga, Cardoso, 2016, p. 666).

informações de 305 fichas as quais o índice de incompletude geral foi classificado como ruim. É importante compreender que o preenchimento completo e correto das informações cadastrais possibilitam um melhor monitoramento e traçar estratégias de cuidado mais adequadas para cada município (ibidem.).

O programa HiperDia (Hipertensão Arterial e Diabetes) foi instituído em 2001 pelo Ministério da Saúde dentro do cenário de alterações do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Araújo e colaboradores, 2021). Tem por meta “oferecer assistência, prevenção e promoção da saúde a partir de planos educacionais e terapêuticos” (ibidem., p. 2). A gestão e organização dos dados é feita pelo Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SIS-Hiperdia): uma ficha de cadastro no programa é utilizada buscando-se obter dados clínicos do paciente, fatores de risco, doenças, complicações e o tratamento utilizado [...] informações que contribuem para que os [...] consigam monitorar e enfrentar as doenças crônicas em questão [...] (Araújo e colaboradores, 2021, p. 2).

Um programa que deveria estar em contato com a PNSIPN uma vez que é a população negra a mais acometida por ambas as doenças. E mesmo, com o índice “bom” (6,89%) no preenchimento do quesito raça/cor nas unidades pesquisadas, Araújo e colaboradores (2021) avaliaram como “ruim” os índices de incompletude quando observados da sua totalidade. O que impacta no tratamento e prognóstico frente a essas duas doenças crônicas não transmissíveis. E pode-se inferir, tal qual Werneck (2021), que se o programa estivesse em consonância com a PNSIPN e cuidando da parcela majoritária da população que mais padece com a doença, talvez os índices de complicações e/ou mortalidade pela Covid-19 não tivessem sido elevados.

Por fim, Araújo e colaboradores (2021) apontam que uma das importâncias do programa HiperDia é porque essas doenças atingem, sobremaneira, órgãos vitais como o coração e os rins. Sendo, portanto, facilitadoras de outros diagnósticos como “doenças cardiovasculares, doença renal crônica e acidente vascular cerebral” (p. 2). Para o qual fica a *suspeita* se os agravos acima descritos teriam relação com o índice de pessoas negras que responderam “sim” - ter sido acometidas por AVC/derrame, infarto, doença cardíaca e doença nos rins, conforme apontou o e-SUS de Belém.

QUADRO 11: Quantidade de pessoas que responderam “sim” às perguntas em questão do e-SUS no cadastro individual do município de Belém.

	BRANCA	NEGRA
TEVE AVC/DERRAME	1.168	6.660

TEVE INFARTO	510	2.385
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO	1.951	8.871
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS	1.617	7.067

FONTE: e-Sus/AB, 2022.

A incompletude dos dados afeta as linhas de cuidado e as estratégias de planejamento e ação dos gestores e profissionais da saúde e quando se trata do quesito raça/cor denota um importante indicativo do racismo institucional. Na nota técnica nº 30, de junho de 2023 – “O Quesito Raça/Cor no DataSUS: evolução e determinantes da completude” emitida pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde em parceria com o Instituto Çarê, demonstraram em sua pesquisa que embora haja um aumento no preenchimento desse requisito no DataSUS nos últimos anos, esta não ocorre de modo homogêneo entre os Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Mortalidade (SIM) apresentam completude bastante elevada, enquanto os Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) e Ambulatoriais (SIA) (Coelho e colaboradores, 2023).

Somente mais recentemente, na última reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em março de 2023, definiram-se esforços coordenados para que não seja permitido o cadastro de novos usuários do SUS utilizando o domínio "99" (“sem informação”), além de ajustes no sistema para qualificação dos cadastros antigos, exigindo a atualização do campo raça/cor sempre que um cadastro for editado/modificado (Coelho e colaboradores, 2023, p. 2).

Braz e colaboradores (2013) analisaram a completude do preenchimento do quesito raça/cor nos: 1) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); 2) Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) – módulos: a) Sífilis congênita; b) Hanseníase; c) Tuberculose; 3) Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) – módulos: a) Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC); b) Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (SIA-BPAI); 4) Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS); 5) Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Com exceção do SINAN- hanseníase e tuberculose, os demais foram classificados com “inadequados”, isto é, a “maioria dos sistemas de informação estudados não possibilitou a validação dos indicadores do IDSUS em relação ao atributo raça/cor” (p. 559). Sobre o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), os autores apontaram:

O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) é um programa instituído pelo MS com o objetivo principal de avaliar o desempenho do SUS quanto ao cumprimento de seus

princípios da universalidade do acesso, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização; nos municípios, regiões, estados e no Brasil, tem como objeto o ‘SUS que atende o residente em cada município brasileiro’ e, como linhas avaliativas, as dificuldades do acesso e os resultados segundo as melhores respostas esperadas. Objetiva, também, detectar deficiências, visando à implementação de melhorias e não apenas à classificação dos níveis de desempenho (Brasil, 2011b) (Braz e colaboradores, 2013).

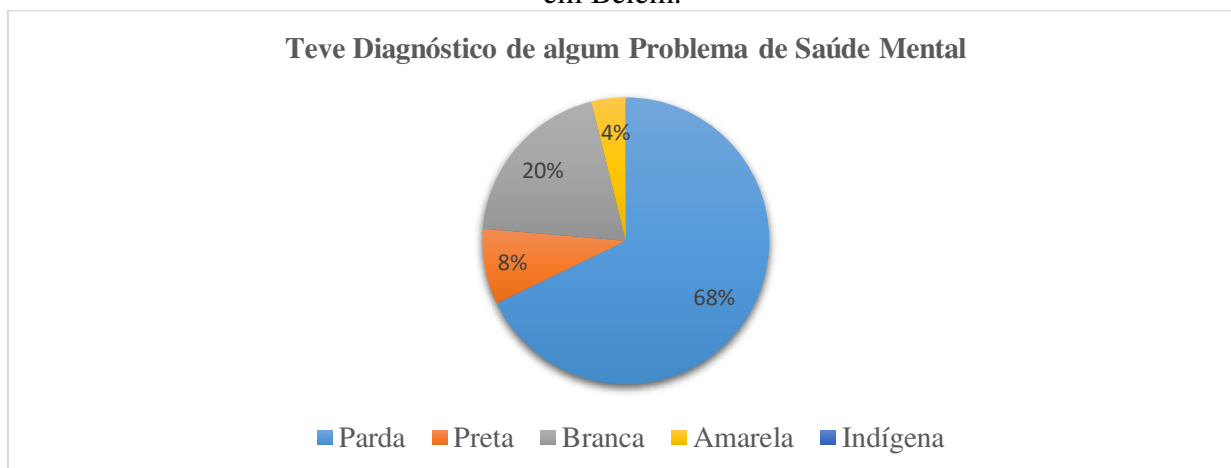
E acrescentam que o Ministério da Saúde agregou nas análises do IDSUS o atravessamento racial para que esse dado pudesse subsidiar as informações sobre a demografia brasileira, orientando as políticas e projetos das três esferas de gestão a ações mais próximas da realidade territorial e para aprimorar as estratégias da PNSIPN (Braz e colaboradores, 2013). Os autores advogaram que,

Para que o IDSUS represente a realidade desse grupo populacional, é necessário que a coleta de dados relativos à raça/cor seja qualificada para não fragilizar a construção de indicadores que melhor avaliem a atenção à saúde quando se trata de um segmento específico. Nessa perspectiva, este estudo objetiva analisar a completude do campo raça/ cor em oito sistemas/módulos de informação em saúde para verificar a possibilidade de aferição da equidade étnico-racial nos indicadores usados pelo IDSUS (ibidem., p. 556).

Nesse sentido, mais do que avaliar se o quesito foi marcado ou não (avaliação da completude) é necessário que sejam criadas condições para qualificar seu preenchimento e isso perpassada por pautar o racismo e suas implicações de forma aprofundada, até porque a noção racial brasileira é complexa, nas formações da educação contínua dos trabalhadores e gestores de saúde.

Ao analisar os dados referentes à saúde mental da população belenense, chegamos ao gráfico em que 76% das pessoas que responderam ter recebido um diagnóstico de um profissional de saúde são negras em contraposição a 20% de pessoas brancas que acenaram positivamente a essa questão de saúde pública.

TABELA 4: Pessoas que responderam “sim” para a pergunta 1) Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde? No cadastro individual do e-SUS/AB em Belém.



FONTE: Cadastro individual do e-SUS/AB em Belém, 2022.

Vale lembrar que existiu no Rio de Janeiro a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), fundada em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, cujo objetivo consistia em “melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos” (Costa, 2006, p. 39). Em 1925 foi fundada a revista *Archivos Brasileiros de Higiene Mental* com a finalidade de difundir as ideias e estudos do meio em questão. Paulatinamente, contudo, os propósitos da LBHM foram se modificando a medida com que a eugenia conquistava adeptos no meio da Psiquiatria.

Ela veio apaziguar “os grandes problemas ideológicos que a eugenia ajudou a solucionar” (Costa, 2006, p. 43). Era a técnica perfeita que ingressou no país em momento oportuno em meados de 1930. O psiquiatra e psicanalista Juradir Freire Costa (2006) assim descreveu os conflitos que a eugenia veio aplacar:

A superioridade do branco, que nunca havia sido refutada durante a colonização e grande parte da monarquia, começou a sofrer contestações no período abolicionista e na época que se seguiu à instauração da República. Após a instauração da República, o negro tornou-se, além de um homem livre, um homem igual ao branco. O contrato democrático postulava sua existência como cidadão gozando de plenos direitos civis. No entanto, o negro percebeu depressa a impostura desse contrato (Costa, 2006, p. 106).

Foi nesse momento em que se agravaram as insurreições dos negros que aterrorizavam a elite branca, aliada ao processo de miscigenação que despontava como o agouro europeu ao Brasil que a eugenia abre um leque de argumentações que “forjaram uma explicação que lhes permitiu guardar a supremacia social de que sempre de beneficiaram” (ibidem., p. 107). Nestes

termos, a antiga linhagem de nobreza baseada na sucessão hereditária, do sangue azul, cedia lugar à hierarquia de base biológica.

Em sua incursão pela história da psiquiatria brasileira, Costa (2006) foi costurando como a eugenia foi ganhando terreno no seio da Psiquiatria à medida em que esta também experienciava as mudanças nas concepções da Psiquiatria alemã, sua principal fonte. Para o autor, houve uma mudança nas ideologias indo da higienização psíquica individual para uma higienização social da raça, momento em que “[...] os psiquiatras brasileiros abandonarão a ideia de arianização ou de embranquecimento progressivo e vão reter do racismo a ideologia de pureza racial, peculiar aos países europeus e à América do Norte” (ibidem, p. 46).

A Psiquiatria que se aproximava mais da ideologia nazista alemã, assumia cada vez mais um caráter eugênico tendo o racismo como fundamento médico. “[...] a eugenia encarregava-se da profilaxia da coencha mental e a miscigenação da profilaxia da raça” (p. 52). Mas a ideia da mistura racial, contrariava os adeptos da ideologia da pureza racial, que advogavam que,

A raça em nada seria melhorada pela substituição do mestiço ao negro. A mestiçagem não era profilaxia satisfatória e, como, para eles, os doentes psíquicos e culturais igualmente nocivos, a eugenia devia intervir para compensar a falta absoluta de miscigenação. Os atributos psíquicos dos indivíduos não-brancos, negros, amarelos ou mestiços foram assim considerados patológicos em si, e o único remédio neste nível era o saneamento racial proposto pela eugenia (Costa, 2006, p. 52).

Ao mesmo tempo, conforme já demonstrado nesta pesquisa, a mestiçagem orientada a um embranquecimento racial foi a saída de emergência encontrada pela eugenia. Foi essa que se sobressaiu, acima de tudo após seu ápice extraordinário; o holocausto. Em seu trânsito regular brasileiro, essa técnica operou no sentido de manter seu pêndulo orientando o que era belo-saudável-civilizado para a superioridade branca ou o mais próximo dela e o seu oposto, marcado por quanto mais preto fosse.

Nesse sentido, as interpretações atribuídas aos dados acerca das “doenças mentais” nos anos de 1930 era justificadas pela hereditariedade ligada à raça negra e mestiça. Segundo Costa (2006) a população negra era mais propensa no início do século XX a “doenças mentais de origem toxifecciosa (sífilis, alcoolismo)” (p. 111).

No caso da sífilis, por exemplo, as razões da sua maior difusão no seio da população não-branca era mais que evidente. As mulheres negras e mestiças sempre foram submetidas, por motivos sociais, econômicos e culturais, a uma promiscuidade sexual bem maior que as mulheres brancas. Desde a escravatura, as negras e mestiças nunca puderam conhecer normas morais do contacto sexual, pois foram brutalmente utilizadas pelos senhores. Depois da Abolição, essas mulheres foram viram-se forçadas a se prostituir, nas cidades, para sobreviverem, ou para manterem a família. Essas considerações nunca foram levadas em conta pelos psiquiatras, que preferiam

acreditar na predisposição genética das mulheres negras e mestiças a contrair sífilis (Costa, 2006, p. 111-112).

Do mesmo modo as explicações para a “tendência hereditária dos negros a se tornarem alcoólatras” (p. 113) seguiram a linha eugênica da explicação que a essa altura já havia incorporado não só a ideia de uma prevenção de “doenças mentais” por meio do “melhoramento”, mas a de hierarquias raciais que precisavam ser mantidas na sociedade brasileira (Costa, 2006). Talvez isso justificasse (o racismo) a massiva campanha antiálcool empreendida pela LBHM, assim como hoje a “guerra às drogas” assume a faceta de “guerra aos pretos”.

O fato é que os dados raciais por si só foram moldados “como objeto central das propostas eugênicas e manicomiais. É necessário construir ferramentas teóricas e de cuidado em saúde para a população negra, em uma posição ético-política antirracista.” (David, Vincetin, 2020, p. 113).

No Relatório Mundial de Saúde (2002) apresentado pela OMS, o racismo foi apontado enquanto um dos “determinantes” de sofrimento psíquico, causando efeitos negativos na saúde mental da população negra: “as pessoas que são alvo de racismo por muito tempo têm maior risco de apresentar problemas mentais ou sofrer agravamento de problemas já existentes” (OMS, 2002, p. 46). Nesse sentido, conclui que o racismo acentua a depressão, sendo relatado como “angústia psicológica”.

Outros efeitos encontrados,

apontam que os negros, em geral, possuem maior histórico de adoecimento grave e/ou crônico ao longo da vida (Chor & Lima, 2005; Eccleston, 2008; Whitfield et al., 2003), como também apresentam mais elevados riscos em doenças específicas como a hipertensão, diabetes, AIDS, tabagismo, alcoolismo, amputações, cegueira e doença renal-crônica (Batista, 2002; Geiger, 2006). Quanto à saúde mental em particular, os negros registram maiores índices de depressão e reduzidos índices de bem-estar psicológico e autoestima, além de maior exposição ao estresse crônico e maior prevalência de transtornos adaptativos comuns (Bianchi et al., 2002; Clark et al., 1999; Eccleston, 2008; Franklin-Jackson & Carter, 2007; Jones, 2007; Pieterse & Carter, 2007; Whaley, 1998). (Faro, Pereira, 2011, p. 273).

Daqui podemos perceber que o racismo se enraizou nas formas mais subjetivas de percepção se estruturando como um pilar na saúde pública que se reflete nos problemas de acesso e piores qualidades de atendimento da população negra que se apoiam em estereótipos sobre os quais o racismo se propaga, tais como “negro é forte”, “negro não adoecer” e com isso não recebem anestésias e os devidos cuidados; como é o caso de mulheres negras grávidas que sofrem altos índices de violência obstétrica (Oliveira, Kubiak, 2019).

A autonomia da população negra é influenciada pela negação de sua existência e por consequência dos fatores que causam seu adoecimento uma vez que o racismo impacta deletariamente na autoestima, autoconfiança e lugares sociais que ocupam, isto é, nas desigualdades de oportunidades e violências levando “a população negra ao sofrimento psíquico, em formas e intensidades diversas” (Tavares; Kuratani, 2019, p.24).

Os estudos clínicos com mulheres negras das psicólogas Jeane Tavares e Sayuri Kuratani (2019) apontaram que, nos casos estudados, são tomadas por sentimentos de inferioridade, invalidação de suas identidades raciais, autoagressões, comportamentos violentos que se expressavam por expressões corporais ou verbais ou então comportamentos de distanciamento afetivo, sensação de não pertencimento social, sentimentos de incapacidade, tristeza e rejeição tanto familiar, quanto em ciclos de amizade e amorosos.

A exposição continuada ao racismo faz com que surjam “estratégias compensatórias altamente disfuncionais” (Tavares; Kuratani, 2019, p.) que coloca o modelo moral, ético, político, intelectual e estético da branquidade como padrão a ser internalizado e seguido já que a ausência de outros modelos explicativos nega o reconhecimento e a afirmação positiva enquanto pessoas negras.

A identidade racial então desponta como um fator que influencia no completo estado de bem-estar, uma vez que a sua estabilidade e consistência causa menos estresse na população (Faro; Pereira, 2011). André Faro e Marcos Pereira (2011) apontam que este fator contribui para aumentar o sentimento de pertença oferecendo outros sistemas de referências e, por consequência, de ferramentas e rede de apoio para amenizar os efeitos do racismo.

Nesta direção, pesquisas têm encontrado correlações entre a identidade racial e a saúde. Schnittker e McLeod (2005), Franklin-Jackson & Carter (2007) e Pillay (2005) relataram achados que indicam que altos níveis de autoestima, bem-estar psicológico e autopercepção de saúde mantêm uma correlação positiva como escores em identidade racial. Já Caldwell et al. (2006) apontaram que identidades mais integradas tendem a lidar melhor com situações adversas ligadas à discriminação e racismo e, em âmbito nacional, Bianchi et al. (2002) encontraram que a identidade racial foi um preditor de elevada autoestima entre negros, como também maior consciência acerca do racismo (Faro; Pereira, 2011, p. 276).

O racismo impacta no senso de integralidade do indivíduo e de pertencimento social, gerando um acúmulo de agentes estressores ao longo da vida da população negra. Estresse, pode ser compreendido como a sobrecarga que esgota as capacidades de adaptação individual e coletiva e que, no caso da população negra, se tornam crônicos e agudos quando associados à realidade concreta de preconceitos e discriminações raciais cotidianas (Faro, Pereira, 2011).

Por fim, o racismo retira da população negra a possibilidade de planejar o futuro, prejudicando a análise do cotidiano, a formulação de estratégias de enfrentamento, enfraquecendo a estrutura psíquica para lidar com as adversidades da violência racial estando na “base de desenvolvimento de vários transtornos de ansiedade” (Tavares, Kuratani, 2019).

Mesmo não se tratando de validações para a sociedade brasileira, destaca-se que nos Estados Unidos, o psicólogo norte-americano Robert Carter associa a experiência do racismo com o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, no caso para fugir da causa intrapsíquica, denominou de dano por estresse traumático de base racial. Assim, como outros estudos da psiquiatria cultural que apontam as ditas minorias mais propensas aos transtornos mentais comuns (Gouveia, Zanello, 2019).

Segundo os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de abril de 2023, contidos no Painel de Monitoramento, em 2022* nasceram vivos em Belém 15.657 mil habitantes, desses 86,55% foram pessoas negras e 12,62% pessoas brancas. No mesmo município, nasceram vivas 7.834 mulheres, sendo 86,5% mulheres negras e 12,65% mulheres brancas. Enquanto no Brasil o percentil foi de 62,87% negras e 33,3% brancas que nasceram e permaneceram vivas.

A população negra é maioria e, a algum tempo, tenho insistido que políticas afirmativas para negros, não são políticas para/de minorias, os dados por mais subnotificados que sejam apontam para isso, assim quem faz política para minorias é o Estado brasileiro nas diferentes esferas de gestão. E isso fica notório quando percebemos os dados não racializados referente à demografia da cidade como constatado no Plano Municipal de Saúde 2022-2025 e no Plano Plurianual para o mesmo período da cidade de Belém e os dados acima em que a raça foi desagregada para esta pesquisa.

O pano de fundo que alicerça essa técnica de “homogeneização estatística” é a ideologia do embranquecimento que norteia a necropolítica no Brasil. De um lado da moeda o que a rege é o mito da democracia racial, que sustenta a ideia da harmonia entre as raças, da negação do racismo pelo pacto do silêncio racial enunciado e operacional e, por consequência proclama a igualdade entre os indivíduos. No seu reverso, constrói os caminhos para o genocídio da população negra.

O Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, possibilitou a coleta dos dados referentes ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM, abril de 2023) no qual pesquisou-se os anos de 2018-2022, por raça/cor, utilizando-se o MIF (Mulheres em Idade Fértil – 10 a 49 anos) enquanto indicador de onde se extraiu a tabela e gráfico (considerando

negra o somatório de pretas e pardas) abaixo referente a mortalidade materna na cidade de Belém.

TABELA 5: Mortalidade Materna por raça/cor, nos anos de 2018 a 2022, na cidade de Belém, SIM/2023.

SIM/raça-cor	2018	2019	2020	2021	2022*
Parda	439	462	484	457	404
Preta	22	23	42	40	34
Branca	97	82	143	163	107
Amarela	0	0	1	0	0
Indígena	1	1	0	0	0
Branco/ignorado	6	4	8	4	3
Total	565	572	678	664	548

FONTE: dados preliminares, 2022.

Como pode-se perceber, mulheres negras são as que estão em maior situação de desvantagem na cidade de Belém. Em 2020, o índice de mortalidade materna no município eram de 60,97 para cada 100 mil nascidos vivos, para o ano base de 2020, de acordo SIM-2021 (PMS 2022-2025, p. 111). Sendo essa a informação trazida pelo Plano Municipal de Saúde 2022-2025 sem, contudo, haver uma racialização nos dados.

No Brasil, a mortalidade materna é considerada um problema de saúde pública uma vez que em altas taxas indicam um conjunto de violações de direitos humanos e precárias condições socioeconômicas e raciais. Nesse sentido, as ativistas negras vem há muito denunciado o descaso para com a sua situação interconectada à raça, classe e gênero e reivindicando que os órgãos oficiais produzam indicadores que possam ressaltar a realidade já conhecida cotidianamente por nós.

Na APS [Atenção Primária à Saúde], um dado que chama atenção é a discrepância entre o número de consultas de pré-natal: entre as mulheres negras, 67,4% completaram sete consultas de pré-natal, em comparação com 71,6% das mulheres brancas, em pesquisa realizada com dados de 2012. Ainda sobre o acompanhamento pré-natal, considerando dados do serviço público e privado, de atenção primária e secundária, a discrepância no número de consultas semantém: 79,8% das mulheres brancas tiveram 6 consultas ou mais, contra 69,9% das mulheres pardas e 67,1% das pretas (Barret e colaboradores, 2020, p. 4).

Esses dados corroboram com a pesquisa de Leal e colaboradores (2017) que conduziram uma pesquisa inédita de abrangência nacional sobre a experiência de gestação no tocante ao

pré-natal e parto. Suas conclusões, ratificando outras de abrangência internacional, foram de que mulheres negras morrem mais do que brancas por falta de assistência durante a gestação e parto.

Para o ano de referência de 2012, mulheres negras se concentravam em sua maioria nas regiões do Norte e Nordeste. Os piores índices de atenção durante o pré-natal e no parto foram atribuídos às mulheres pardas e pretas, sendo mais grave nas últimas, quando em comparação com as mulheres brancas (Leal e colaboradores, 2017). Em relação às intervenções obstétricas, mulheres negras receberam menor intervenção, contudo, as mulheres pretas que foram submetidas à episiotomia receberam menos anestesia (*ibidem*).

Foi identificado um gradiente de cuidado menos satisfatório para mais satisfatório entre pretas, pardas e brancas para a maioria dos indicadores avaliados, evidenciando aspectos do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde que resultam em benefícios e oportunidades diferenciadas segundo a raça/cor, com prejuízo para as de cor mais escura. Mesmo após controle das variáveis sociodemográficas através do pareamento pelos escores de propensão, as mulheres de raça/cor preta e parda, quando comparadas às brancas, apresentaram, de maneira geral, piores indicadores de atenção pré-natal e atenção ao parto. Ainda que as mulheres pardas e pretas tenham apresentado diversas similaridades no tocante aos desfechos investigados, foram observados piores resultados para as últimas em relação à qualidade da atenção pré-natal. Desse modo, as análises aqui detalhadas sinalizam para contundentes e preocupantes evidências acerca de desigualdades de raça/cor nas condições de atenção pré-natal e parto das mulheres brasileiras, previamente investigadas por estudos de caso em localidades específicas do país (Leal e colaboradores, 2017, p. 6).

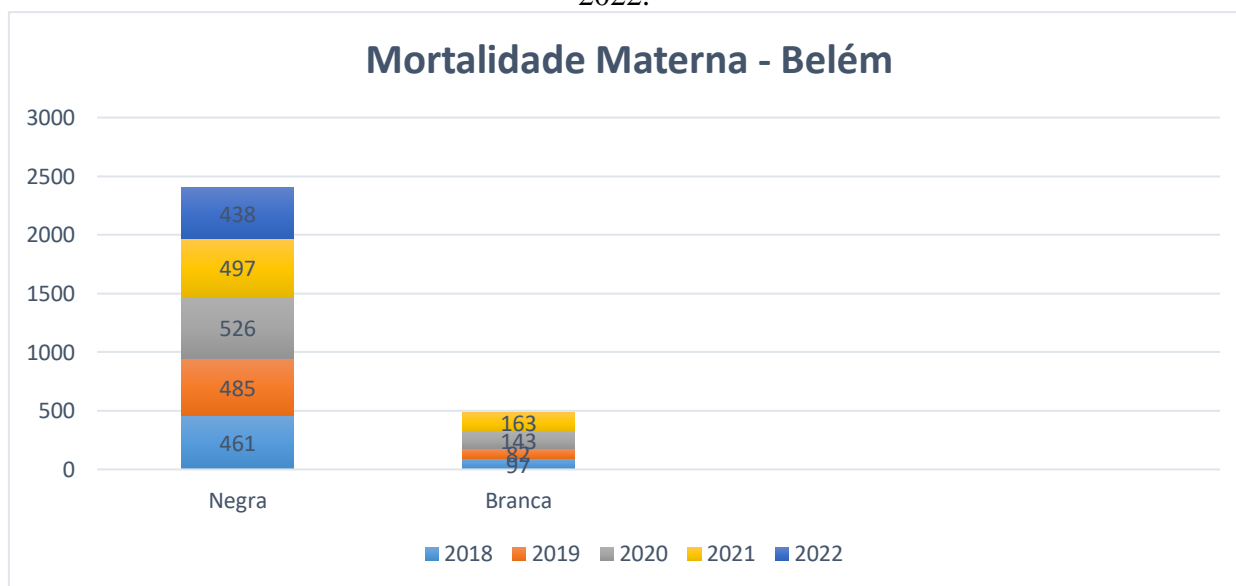
A pesquisa de um modo geral ratificou noções já sabidas pelas ativistas negras e são relações que se estendem por toda a gravidez. A menor aplicação de anestesia, foi justificada por profissionais de saúde no Rio de Janeiro por “uma suposta melhor adequação da pelve das mulheres pretas para parir, fato que justificaria a não utilização de analgesia” (Leal e colaboradores, 2017, p. 10). Mulheres negras recebem são menos informadas acerca dos seus direitos sobre a presença de um acompanhante e amargam a solidão na internação para o parto que foi associado “com o relato de maior maltrato nos serviços de saúde, pior relação com os profissionais e menor satisfação com a atendimento recebido” (*ibidem*).

No campo da saúde, experiências de exposição continuada à discriminação racial podem gerar altos níveis de estresse físico e psicossocial e contribuir para a adoção de comportamentos inadequados, baixa adesão a tratamento e mesmo adoecimento. Dados brasileiros apontam maior prevalência de depressão pós-parto em mulheres de cor da pele preta, mesmo após o controle de fatores de confusão como características socioeconômicas, além de desfechos negativos nos recém-nascidos (Leal e colaboradores, 2017, p. 11).

O Plano Municipal da Saúde 2022-2025 de Belém trouxe como uma de suas metas a redução da mortalidade materna. A pergunta é como pretendem fazer isso se não conhecem o perfil das mulheres que mais morrem? Pois, se fosse conhecido, teria vindo no documento do PMS 2022-2025 assim como o que se esperava eram ações estratégicas no tocante a saúde das mulheres negras.

O gráfico abaixo ressalta os dados da tabela anterior congregados os pretos e pardos na categoria negra em contraste às mulheres brancas; apontando para o quantitativo de 438 óbitos de mulheres negras e de 163 mulheres brancas em 2022. Atenta-se que o período de início da Covid-19, 2020, houve um aumento significativo na mortalidade das duas classificações raciais sendo maior entre as negras em relação ao ano de 2019; 526 mulheres negras e 143 mulheres brancas.

TABELA 6: Mortalidade materna por raça/cor na cidade de Belém entre os anos de 2018 e 2022.



FONTE: dados preliminares, 2022.

A seleção genética-sexual e a imigração branco-europeia deram o tom da intervenção para o branqueamento brasileiro. Foi sobre o corpo das mulheres negras e indígenas que uma perversa tentativa de unidade nacional, civilização e progresso foi construída através de estupros sucessivos. Posteriormente, veio a seleção dos parceiros; mulheres negras procriavam com homens brancos para clarear a prole, homens negros de preferência não procriar, mas se o fizesse que fosse com uma mulher branca (Ventura, 1991) e, mais recentemente, o planejamento familiar com vistas à redução da prole negra por meio de técnicas de esterilização compulsória, “abortamento eugênico” (Silva; Fonseca, 2012, p. 240), desassistência em saúde para mães

negras e, se a prole nascer viva, ainda podem vir a óbito por complicações sociais outras, pois o racismo é multifacetado.

Sobre o corpo das mulheres foram instituídas práticas diversas de controle e disciplinarização ao longo do tempo. A própria noção de mulher, homem, feminilidade e masculinidade são invenções que assumiram concepções diferentes em várias épocas e demonstram a fragilidade de sua essencialização (Câmara; Lima; Cruz, 2019). Do mesmo modo, elegeram-se modelos aceitáveis de homem e de mulher que seriam associados à saúde, beleza e moralidade em contraposição aos que seriam a sua antítese, em particular, mulheres e homens negros (ibidem.).

Dessa fabricação, o ventre da mulher branca geraria o filho da nação: saudável, sagaz, inteligente, capaz, em suma, um ser eugênico. A maternidade, transformou-se então, em um alvo privilegiado das políticas de Estado do período de Getúlio Vargas de 1930-1945 (Silva; Fonseca, 2012).

No primeiro governo Vargas, buscava-se a constituição da homogeneidade racial com o objetivo de se eliminar diferenças étnicas e culturais para que não viessem ocorrer ameaças à unidade do Estado-nação. Nesse sentido, nos meios acadêmicos do período, havia uma posição supostamente igualitária sobre a inexistência do preconceito racial, ideia que se tornou corrente na sociedade brasileira de maneira geral; o que não impediu a convicção, entre alguns intelectuais, de que a miscigenação tornaria possível, no futuro, o branqueamento do povo brasileiro (SEYFERTH, 2002). Desse modo, a mestiçagem seria aceita como um acontecimento histórico explicado pelo cruzamento das três raças. Fato que somente teria ocorrido pela “benevolência” da raça superior em se misturar com as outras duas, que sendo inferiores, biológica e culturalmente, seriam dissolvidas pela mais forte [...] (Silva; Fonseca, 2012, p. 233).

No artigo, fruto da dissertação intitulada “Ciência, Estética e Raça: Observando Imagens e Textos no Periódico Brasil Médico – 1928 a 1945” os autores fazem uma análise do periódico em questão que tinha sua sede no Rio de Janeiro que como já mencionado, dedicava-se inicialmente aos estudos sobre saúde higiênica. Foi a partir de 1929 que o cenário as discussões começam a se dedicar mais efusivamente às teorias eugênicas e seu projeto de nação em busca do “ideal de beleza e saúde esperado pela população brasileira” (Silva; Fonseca, 2012, p. 227).

Em 1929 acontece o I Congresso de Eugenia que recebeu apoio e grande publicidade pelo “Brasil Médico”, os quadros do governo passaram a ser ocupados por “uma presença maior de intelectuais e técnicos das áreas médicas e educacionais” (ibidem., p. 227) bem como, os colaboradores do periódico também passaram a estar na gestão do período varguista a fim de contribuírem com a “elaboração de políticas de saúde e educação sanitária” (p. 227.), chegando a fazer proposições para a Assembleia Nacional Constituinte, reverberando na Constituição de 1934 em seu artigo 138.

Embora de maneira vaga, a influência do grupo eugenista se efetivou na Carta Magna, sendo que os aspectos educacionais e sanitários apresentados em seu artigo 138 se relacionavam com os princípios propostos pela Comissão Brasileira de Eugenia, que se manifestava a favor de um Estado que buscasse a “defesa das futuras gerações na preservação e multiplicação das boas linhagens das diversas classes de trabalhadores”. [...] Portanto a questão da sexualidade teria uma especial atenção, não só em relação da doença em si, mas o controle de sua transmissão, visando à preservação das futuras gerações e da espécie (Silva; Fonseca, 2012, p. 227-228).

Com o intuito de criar um homem nacional, forjaram-se estratégias para regenerar e curar a doente nação brasileira. Para tal, a educação desempenharia um forte papel para depurar o moral e a conduta que elevariam a cultura e identidade nacional, desta maneira as práticas eugênicas e o discurso ideológico foram ferramentas privilegiadas as quais Vargas lançara mão (Silva; Fonseca, 2012).

Os dados do Painel de Mortalidade Infantil, SIM (2023), referentes à cidade de Belém, apontam para outra cruel realidade, são as crianças negras que mais morrem por causas evitáveis: no ano de 2022, morreram 125 crianças negras e 35 crianças brancas. Na mesma linha, morreram 101 crianças negras e 27 crianças brancas por reduzível por adequada atenção a gestação, parto, feto e recém-nascido, houve 45 óbitos de crianças negras e 11 de brancas reduzível por adequada atenção a mulher na gestação e, por fim, 19 óbitos de crianças negras e 6 de crianças brancas reduzível por adequada atenção ao parto. O genocídio brasileiro mata em todas as fases da vida.

TABELA 7: Mortalidade infantil por causas evitáveis, por raça/cor na cidade de Belém.

SIM/raça-cor	2018	2019	2020	2021	2022*
Parda	149	159	125	139	124
Preta	3	1	1	3	1
Branca	38	25	29	31	35
Amarela	0	0	1	0	0
Indígena	2	1	1	1	2
Branco/ignorado	9	3	9	6	4
Total					

FONTE: dados preliminares, 2022.

No final dos anos de 1980 e início dos anos de 1990 a morte de crianças e adolescentes foram denunciadas pelo movimento negro e de mulheres negras que colocaram na rua a

campanha “Não matem nossas crianças” (1989) protagonizada pelo Centro de Articulação das Populações Marginalizadas (CEAP) “que focalizava o extermínio de crianças e adolescentes, para aprofundar o debate público da ação policial e a sua vítima preferencial, a população negra e residente em morros, favelas e periferias” (Bis, 2008, p. 7). Em 1993, oito jovens foram exterminados na frente da Igreja da Candelária enquanto dormiam e outras tantas ficaram feridas, no centro do Rio de Janeiro, no que foi denominado de chacina da Candelária. A maioria eram negros e pobres. Vale lembrar que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), insituído em 1990, foi fruto da mobilização, sobretudo, de meninas e meninos em situação de rua cuja cor é negra.

Em 2003 foi criado o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM) com o objetivo de reduzir a letalidade infanto-juvenil, e passou a vigorar oficialmente mediante o decreto nº 6.231/2007. O perfil das pessoas em proteção segundo a Secretaria de Direitos Humanos⁴⁶ consiste em: sexo masculino (76%), raça negra (75%), faixa etária entre 15-17anos (59%), ensino fundamental incompleto (95%), [...], renda familiar é de até 1 SM (57%), e a ameaça se deve ao envolvimento com o tráfico (60%).

Há uma morte branca que tem como causa as doenças, as quais, embora de diferentes tipos, não são mais que doenças, essas coisas que se opõem à saúde até um dia sobrepujá-la num fim inexorável: a morte que encerra a vida. A morte branca é uma “morte morrida”. Há uma morte negra que não tem causa em doenças; decorre de infortúnio. É uma morte insensata, que bule com as coisas da vida, como a gravidez e o parto. É uma morte insana, que aliena a existência em transtornos mentais. É uma morte de vítima, em agressões de doenças infecciosas ou de violência de causas externas. É uma morte que não é morte, é mal definida. A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita, [...]. A morte negra é uma morte desgraçada (Batista, Escuder, Pereira, 2004, p.635, grifado no original).

Existem perfis diferentes no nascer, viver, adoecer e morrer na sociedade brasileira e a cidade de Belém se estabeleceu o mesmo perfil gerenciado pela necropolítica. A “morte que não é morte, é mal definida” foi borrada pela inclusão disjuntiva (Mbembe, 2020) que criou a ideia de convivência harmoniosa entre as raças, mas que ao se analisar da ponte pra cá, os dados denunciam o genocídio da população negra.

Mais do que isso, a necropolítica forjou um mundo que não apenas mata, mas faz conviver com a morte, gerindo seus modos de viver e morrer, em um projeto político colonial que se apoiou da saúde-diretriz enquanto um campo que visava higienizar a raça por meio do embranquecimento populacional. Mas, o necropoder também precisou encontrar formas de

⁴⁶ Disponível em: <https://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/institucional/CEIJ---Coordenadoria-Estadual-da-Infancia-e-da-Juventude/176240-PPCAAM.xhtml>

lidar com as resistências que pululam das frestas do caixão. Assim, os movimentos negros e de mulheres negras têm reivindicado pelo direito à saúde integral, pelo direito de existir e de ser um cidadão pleno em uma sociedade democrática.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que a temática das políticas de saúde integral da população negra é de extrema importância, uma vez que busca abordar as desigualdades e injustiças raciais existentes no sistema de saúde. Em Belém, assim como em várias outras regiões do Brasil, a população negra enfrenta inúmeras barreiras que dificultam o acesso a serviços de saúde de qualidade.

Logo, para que se possa promover a equidade racial em Belém e garantir uma saúde integral para a população negra, é necessário implementar ações e políticas que enfrentem essas questões de forma estrutural. Isso inclui a criação de programas de saúde específicos para a população negra, a promoção da diversidade e representatividade nos serviços de saúde, a capacitação dos profissionais de saúde em questões raciais e a garantia de acesso igualitário a serviços de qualidade.

O campo da saúde pública é uma arena em disputa. O Sistema Único de Saúde encontra-se em vias de conclusão para garantir a saúde enquanto um direito de todos. Deste modo, o objetivo da presente pesquisa foi o de analisar como a necropolítica organizou interseccionalmente as noções de nação, cidadania e saúde no Brasil como entraves para a concretização da equidade racial em todos os âmbitos da vida da população negra. Ou seja, os tensionamentos em torno da implementação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra na cidade de Belém.

A necropolítica foi rapidamente associada ao campo da saúde pública brasileira quando o mundo passou pelo contexto de emergência da pandemia pela Covid-19⁴⁷ (2020-2023). E de fato foi um momento de intensa percepção da morte caminhando por entre os vivos, mas não somente pelos números alarmantes dos óbitos e a rapidez do contágio, pelo descaso do ex-presidente e suas infundadas prescrições medicamentosas, com incentivo à quebra dos protocolos de segurança, disseminações de mentiras e afirmações públicas de desdém à vida. E, sim, porque o inimigo invisível fez saltar aos olhos quem eram os que caminham com a morte bem antes do SARS-CoV-2 chegar.

É a população negra que há muito tempo afirma não conseguir respirar por mais de cinco minutos e sufoca até a morte. Aquela que podendo ficar em casa, teve um tiro de fuzil atravessado em seu corpo. Por outro lado, sendo a informalidade e o subemprego a maneira

⁴⁷ COVID-19, foi a denominação atribuída ao cenário pandêmico e ao vírus que causa síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV2). Esta doença foi identificada na cidade de Wuhan, China, em dezembro de 2019 e tomou proporções globais. Possui um alto poder de transmissibilidade por contato. O Brasil ocupou o 4º lugar no ranking mundial de mortes em números absolutos (UFPA, 2020). Do total de óbitos no Brasil, 50,1% são autodeclarados negros, segundo o Ministério da Saúde e o Boletim Epidemiológico (abril/maio).

como negras e negros colocam comida em casa, muitos não puderam ter o direito de ficar em casa, de lavar as mãos porque não existia regularidade no serviço de água e muitos que padeceram e precisaram ser levados aos hospitais, viram-se diante da saga cotidiana para serem vistos enquanto humanos merecedores da vida.

O movimento pela reforma sanitária abriu a porta para que todos pudessem ter o direito à saúde, o movimento negro e de mulheres negras está na luta para manter as portas abertas para população negra, construindo meios para acessar o *status* de cidadão e ter o direito a viver com dignidade. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra visa à promoção da equidade racial em saúde, pois não existe a possibilidade de se avançar socialmente em direitos e políticas públicas sem denunciar o racismo reinante na sociedade brasileira. Não existe.

A cidade morena que encanta por sua diversidade culinária, paisagística, da sua gente, cultura e afins, esconde nessa alcunha a cor da sua gente, a etnia do seu povo e a memória dos seus antepassados. A miscigenação que foi ocorrendo sem freio e tomando os corpos de mulheres indígenas e africanas pelo caminho, foi marcando sua história com a violência colonial que assumiu outras faces, mais narrativas do que práticas, na atualidade.

As colônias, as *plantations* e outras configurações em que houve a suspensão da lei onde tudo podia ser feito sobre um Outro racializado, disponibilizaram as ferramentas e as bases do necropoder; essa forma específica de terror em um terreno de estado de exceção, em tese, incompatível com um Estado Democrático de Direito. Mas, para Achille Mbembe (2020, p. 53) o “mundo colonial não era a antítese da ordem democrática”, mas a sua continuidade sob uma nova economia política e relações de trabalho.

A necropolítica em seu processo moderno, foi analisada a partir da realidade da Palestina onde as bases da supressão do direito à vida estão à vista de todos e, Mbembe (2018), o descreveu como um exemplo que reúne a maioria dos mecanismos de subjugação do espaço (da zona aérea às camadas mais abissais do núcleo da terra), das relações, das construções de si e do Outro que se tornou o inimigo pronto para o abate.

Diferente da biopolítica foucaultiana, a gestão da morte não está interessada em levar o corpo ou a sociedade à sua capacidade máxima e extrair o suprasumo para o bem do capital, dizendo quem deve viver e deixando morrer. A necropolítica é esse projeto político de fazer morrer, isto é, construir os mecanismos e as tecnologias para que isso se torne possível, em um mundo de mortes – pautado em relações concretas de vida e de morte sobre corpos individuais, coletivos e ancestrais.

Mbembe (2018) retirou a razão da centralidade analítica e trabalhou com variáveis visíveis e materiais: vida e morte. Por mais metafórica que a morte possa soar, suas

investigações são no sentido de apontar que o presente é marcado por projetos políticos de Estados racistas, vide a Palestina ou o Brasil, que ergueram seus muros visíveis ou de inclusão disjuntiva, respectivamente, para que alguns morram simbólica e fisicamente. A morte é o fundamento primordial da necropolítica.

Um exemplo disso no país foi a fundamentação das teorias neomalthusianas que ancoraram o discurso de que o aumento da natalidade impactaria na economia e serviram de justificativa para a intrusão das agências internacionais e seu financiamento às esterilizações desmedidas direcionadas, sobretudo, às mulheres negras.

Escancarar a morte não significa compactuar com ela ou lhe dá um tom sensacionalista, mas sim, cavar até as raízes racistas das relações de igualdade e de negação da desigualdade racial. Foi a raça que deu o alicerce para sustentar as hierarquias e os aparatos no seu entorno quando findou o regime de trabalho escravocrata (Hasenbalg, 2005; Mbembe, 2020,).

A forma com que as teorias raciais/racistas foram manipuladas pelos intelectuais que fundaram ficcionalmente a raça negra em sua base biológica e seu corpo de explicações “científicas” e, posteriormente, brasileiros levaram a figura do mestiço do seu caráter aberrante, estéril e degenerado a sinônimo de brasilidade representando que o Brasil era um país livre de conflitos raciais, seguindo a fórmula: negro (ou indígena) + branco -> mestiçagem -> brancos, pois pela lei do mais forte, negros e indígenas não teriam vez na “guerra das raças” e o branqueamento já poderia ser notado em 100 ou 200 anos. Era a carta branca que o país precisava para ingressar nos ditames da civilização e progresso sem, contudo, criando para si uma história original.

Essa prospecção do futuro brasileiro, só foi possível pela técnica da eugenia que estava sustentada nas teorias raciais da ideologia do embranquecimento. E foi aí que a saúde assumiu um lugar preponderante, mesmo já havendo ações difusas antes da entrada em jogo da eugenia, posto que o branqueamento já era vislumbrado pela elite brasileira. Mas, foi preciso intervir na cidade, no corpo, na sociedade, nas relações em suas profundezas do psiquismo e no imaginário social. Foi necessário organizar um conjunto de saberes que respaldassem essas construções e instituições que garantissem o mínimo de estabilidade para a configuração social pretendida.

Quando a lógica deixou de ser o cuidado em saúde para a intervenção política e social na busca e construção obstinada da melhor cidade, do corpo mais bonito e apresentável (lembra que o Barão do Rio Branco preencheu os cargos do serviço diplomático com homens brancos que os estrangeiros considerariam civilizados e refinados?), em suma, com o objetivo de manutenção do privilégio e vida de uns em detrimento de outros.

Essa lógica pauta a saúde pública, quando a maioria dos gestores não implementam a PSIPN em seus estados, municípios e na própria União. Quando não implantam em seus sistemas a possibilidade de desagregar os dados por raça/cor. Quando não investem em estudos, informação e serviços sobre as doenças prevalentes na população negra. Quando não colocam na educação continuada dos trabalhadores em saúde a problemática do racismo e seus desdobramentos. Quando negligenciam a saúde da maior parcela da sua população. Entre muitos outros exemplos que podem ser preenchidos aqui.

Os movimentos negros, de mulheres negras atuam há muitos anos reivindicando antes de tudo o direito de poder existir com dignidade. Construindo barricadas, entregando uma carta de reivindicações, organizando um movimento, dialogando com parlamentares, ocupando espaços que dizem não ser nossos, não se tornando estatística fria ou lutando para que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra seja implementada enquanto uma política do SUS.

Nesse sentido, a cidade de Belém precisa reescrever sua história e ter orgulho da negritude da sua gente. Deseja-se que a meta ainda que já vencida de implementação da PMSIPN saia do papel e que a saúde da população negra seja cuidada com promoção da vida e da equidade racial. Assim como, inclua o atravessamento racial na sua meta de diminuição da mortalidade materna e infantil e em todas as suas ações, serviços, análises e políticas.

Além disso, é fundamental fortalecer e apoiar as organizações e movimentos sociais que lutam por uma saúde integral e equitativa para a população negra, assim como promover a conscientização e o engajamento da sociedade como um todo. Avançar no enfrentamento antirracista é romper com o silêncio que mata a vida negra e pautar políticas públicas de Estado, pois é dever dele reparar historicamente as desigualdades raciais. A nós cabe recolocar a morte nos domínios de Nanã e com a sabedoria ancestral dos nossos antepassados reassumir nossa vida e afirmar nossa existência.

REFERÊNCIAS

ADESKY, Jacques d'. **Pluralismo étnico e multi-culturalismo: racismos e anti-racismos no Brasil**. Rio de Janeiro: Pallas, 2009.

ALBRECHT, Cristina Arthmar Mentz, ROSA, Roger dos Santos, BORDIN, Ronaldo, **O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão**. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.1, p.115-128, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/kGzLZKCFrh3RVxS7f94rHNf/> Acesso em: 20 de agosto de 2021.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zélia, Modelos de saúde e doença. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. Rev. e Amp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ALMEIDA, Silvio Luiz de, **O que é Racismo Estrutural?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.

AMADOR DE DEUS, Zélia. **O corpo negro como marca identitária na diáspora Africana**. XI Congresso Luso Afrobrasileiro de Ciências Sociais, Bahia: UFBA, 2011.

_____. **Ananse Tecendo Teias na Diáspora: Uma Narrativa de Resistência e Luta das Herdeiras e dos Herdeiros de Ananse / Zélia Amador de Deus – Belém: Secult / PA, 2019.**

ARAÚJO, Matheus Sodré de, COSTA, Nathália Lima, ARAÚJO, Kellice Feitosa de, OLIVEIRA, Ana Karoline Brito de, CUNHA, Katiane da Costa, **Incompletude dos dados do programa Hiperdia em Unidades Básicas de Saúde em Marabá, Pará**, Research, Society and Development, v. 10, n. 9, e37110918040, 2021.

ARAÚJO, Marcos Vinícius Ribeiro, TEIXEIRA, Carmen Fontes, **As organizações do Movimento Negro e o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2006-2014)**. In: TEIXEIRA, C.F., comp. Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações [online]. Salvador: EDUFBA, 2016. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/hptj/pdf/teixeira-9788523220211-07.pdf> Acesso em: 20 de agosto de 2021.

BATISTA, Luís Eduardo, BARROS, Sônia, **Enfrentando o racismo nos serviços de saúde**, Cad. Saúde Pública, 33 Sup 1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8QtV5qv9LSRPCWytv45yspS/> Acesso em: 20 de agosto de 2021.

BATISTA, Luís Eduardo, ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro, PEREIRA, Julio Cesar Rodrigues, **A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001**, Rev. de Saúde Pública, v. 38, n. 5, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/sXtjLTwWmPfvMXQVvqLBgrS/> Acesso em: 02 de julho de 2023.

BATISTA, Luís Eduardo, MONTEIRO, Rosana Batista, MEDEIROS, Rogério Araújo, **Iniquidades Raciais e Saúde: o Ciclo da Política de Saúde da População Negra**, Saúde em

Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, out/dez 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/spQ7FXCVNsJsKyHn8JzWMvj/abstract/?lang=pt> Acesso em: 02 de julho de 2023.

BRASIL, **Evolução Institucional da Saúde Pública**, Ministério da Saúde – Brasília, 1977.

BRASIL, **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**, Ministério da Saúde – Brasília, 1990.

BRASIL, **e-SUS Atenção Básica: Manual de Uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC (versão 3.1)**, Ministério da Saúde – Brasília, 2018.

BRAZ, Rui Moreira, OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de, REIS, Afonso Texeira dos, MACHADO, Nadia Maria da Silva, **Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**, Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 554-562, out/dez 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZqDr6yqgFryL5zXqCyrLVLc/abstract/?lang=pt> Acesso em: 02 de julho de 2023.

bell hook, **Intelectuais Negras**. In: Rev. Estudos Feministas, 2º sem de 1995. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16465/15035>. Acesso em 08 de agosto de 2013.

CÂMARA, Flávia Danielle da Silva, **Mulheres Negras Amazônidas Frente à Cidade Morena: o Lugar da Psicologia, os Territórios de Resistência**, Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação de Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém – PA, p. 216, 2017.

CÂMARA, Flávia, LIMA, Maria Lúcia, CRUZ, Crissia, **Mulheres na Rua: do “fiu-fiu” ao Estupro**, Rev. Polis e Psique, v. 9, n. 3, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2238-152X2019000300008&script=sciabstract> Acesso em: 02 de julho de 2023.

CARNEIRO, Rosamaria, **O Peso do Corpo Negro Feminino no Mercado da Saúde: Mulheres, Profissionais e Feministas em suas Perspectivas**, Mediações, Rev. Ciênc. Soc. (Impr.); 2017.

COELHO NETO, Giliane Cardoso; CHIORO, Arthur, **Afinal, Quantos Sistemas de Informação em Saúde de Base Nacional Existem no Brasil?** Cad. Saúde Pública v. 37 n.7, 2021. Disponível em: <https://revistas.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/view/3480>. Acesso em: 30 de julho de 2023.

COELHO, Rony, REMÉDIOS, Jéssica, NOBRE, Victor, MREJEN, Matías, **Nota Técnica nº 30 - O Quesito Raça/Cor no DataSUS: evolução e determinantes da completude, de junho de 2023**, Instituto de Estudos para Política de Saúde (IEPS): São Paulo. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-30/> Acesso em: 02 de julho de 2023.

COLLINS, Patrícia Hill. **Aprendendo com a outsider within: a ignificação sociológica do pensamento feminista negro**. Revista Sociedade e Estado, v. 31, n. 01, 2016.

_____, **Pensamento Feminista Negro: Conhecimento, Consciência e a Política do Empoderamento** / Patricia Hill Collins – Tradução Jamile Pinheiro Dias, 1. ed. – São Paulo: Boitempo, 2019.

_____, **Bem Mais que Ideias: A Interseccionalidade como Teoria Social** / Patricia Hill Collins – Tradução Bruna Barros; Jess Oliveira, 1. ed. – São Paulo: Boitempo, 2022.

_____; BILGE, Sirma, **Interseccionalidade**, Tradução Rane Souza, 1. ed. – São Paulo: Boitempo, 2021.

CONRADO, Mônica Prates; CAMPELO, Marilu Marcia; RIBEIRO, Alan Augusto. **Metáforas da Cor: Morenidade e Territórios da Negritude nas Construções de Identidades Negras na Amazônia Paraense**. Afro-Ásia, n. 51, 2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/afroasia/article/view/21886>. Acesso em: 20 de julho de 2021.

COSTA, Jurandir Freire, **História da Psiquiatria no Brasil: um Corte Ideológico**, 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Gramond, 2006.

COTTA; Rosângela Minardi Mitre, MENDES, Fábio Farias, MUNIZ, José Noberto, **Descentralização das Políticas Públicas de Saúde: “do imaginário ao real”**, Viçosa: UFV, 1998.

CHALHOUB, Sidney, **Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial** / Sidney Chalhoub – São Paulo: Companhia de Letras, 1996.

CRENSHAW, K. **A Interseccionalidade na Discriminação de Raça e Gênero**. 2002a. Disponível em: [http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wpcontent/uploads/2012/09/Kim berle-Crenshaw.pdf](http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wpcontent/uploads/2012/09/Kim%20berle-Crenshaw.pdf).

CRENSHAW, K. **Documento Para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero**. Estudos Feministas, a. 10, 2002b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acesso em: 04 de junho de 2016.

CURIEL, Ochy. **Descolonizando El Feminismo: Una Perspectiva Desde America Latina y el Caribe**. 2009 Disponível em: http://www.feministas.org/IMG/pdf/Ochy_Curiel.pdf. Acesso em: 07 de jun. de 2015.

DAMASCO, Maria Santos, **Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no brasil (1975-1996)**, Dissertação de Mestrado, Pós- Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, p. 162, 2009.

DAVID, Emiliano de Camargo, VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves, **Relações Raciais, uma Questão Antimanicomial**, Revista da ABPN • v. 12, n. Ed. Especial – Caderno Temático: “III ANPSINEP - Articulação Nacional de Psicólogas/os Negras/os e Pesquisadoras/es”, p. 108-137, outubro de 2020.

DAVIS, Ângela. **Mulheres, Raça e Classe**. Tradução Heci Regina Candiani, 1. ed. 1944, São Paulo: Boitempo, 2016.

_____. **Mulheres, Cultura e Política**. Tradução Heci Regina Candiani, 1. ed. São Paulo, 2017

FANON, Frantz, **Os Condenados da Terra**, tradução: Ligia Fonseca Ferreira, Regina Salgado Campos, 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

FARO, André, PEREIRA, Marcos Emanuel, **Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse**, Estudos de Psicologia, 16(3), setembro-dezembro/2011.

FAUSTINO, Deivison Mendes, **A Universalização dos Direitos e a Promoção da Equidade: o Caso da Saúde da População Negra**, Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 12, 2017.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da medicina social**. In: FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 25. ed. São Paulo: Graal, 2012.

FRANCO, F. L., **Governo os Mortos necropolítica, desaparecimento e subjetividade**, São Paulo: Ubu Editora, 2021.

FRANÇA, Ébano Francisco Souza, **O movimento negro brasileiro e a política de saúde da População negra: uma história de conquistas pontuais (1988 2010)**, Monografia, Curso da Licenciatura em História da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro Brasileira UNILAB), São Francisco do Conde, pp. 52, 2020.

FUNPAPA, **Um Estudo Sociocultural da Comunidade Remanescente de Quilombo de Sucuriçuquara – Distrito de Mosqueiro, Belém/PA**, Assistência Social do município de Belém, 2020.

GALVÃO, Anna Larice Meneses, OLIVEIRA, Elda, GERMANI, Ana Cláudia Camargo Gonçalves, LUIZ, Olinda do Carmo, **Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo**, Saúde Soc. São Paulo, v.30, n.2, e 200743, 2021.

GALVÃO, Anna Larice Meneses, **Determinantes Sociais e Estruturais do Processo Saúde-Doença: uma Revisão de Escopo**, Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Saúde Coletiva, São Paulo, p. 101, 2019.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da, PEREIRA, Ana Paula Esteves, PACHECO, Vanessa Eufrauzino, CARMO, Cleber Nascimento do, SANTOS, Ricardo Ventura, **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil**, Cad. Saúde Pública; 33 Sup 1:e00078816, 2017.

GONZÁLEZ, Lélia, **Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira**, in. Primavera para as Rosas Negras/ Lélia González. Diáspora Africana: Editora Filhos da África, 2018, p. 190-214.

_____; HASENBALG, Carlos, **Lugar de Negro**, Editora Marco Zero Limitada, coleção 2 pontos: Rio de Janeiro, 1982.

GOUVEIA, Marizete; ZANELLO, Valeska, **Psicoterapia, raça e racismo no contexto brasileiro: experiências e percepções de mulheres negras**, *Psicol. estud.*, v. 24, e42738, 2019.

GUIMARÃES, A. S. A. **Classes, raças e democracia**. São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo: Editora 34, 2002.

HASENBALG, Carlos Alfredo. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil**. 2. ed. – Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2005.

_____.; SILVA, Nelson do Valle. **Estrutura social, mobilidade e raça**. Instituto de Pesquisas do Rio de Janeiro: Vértice, 1988.

HASENBALG, Carlos, SILVA, Márcia, **Cor e estratificação Social**, Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1999.

JESUS, Joice Aragão de, **A Implantação do Programa de Doença Falciforme**, BIS. Boletim Do Instituto De Saúde, 13(2), p. 107–113, 2011. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33671>.

JESUS, Kaike Costa Oliveira de; SANTANA, Hellen Maciel; CASTELAR, Marilda, **Psicologia e racismo institucional na saúde pública de Salvador- Bahia**, *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 32, n. 2, p. 142-153, maio-ago. 2020.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. En libro: **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. Edgardo Lander (org). Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. set de 2005. pp.227-278. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/pt/Quijano.rtf>. Acesso: 02 de julho de 2023.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira, GOMES, Geise do Socorro Lima, OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de, **Medicalização e Normalização da Sociedade**. *POLIS E PSIQUE*, v. 10, p. 77-97, 2020.

LIMA, Wandilson Alisson Silva, MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos, **Meta: Avaliação da Implementação de Políticas e Programas Públicos no Brasil: Uma Discussão das Dimensões Analíticas** – Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 674-699, jul./set. 2021.

MALHEIROS, Bruno Cezar, CRUZ, Valter do Carmo, (2019), **Geo-grafias dos grandes projetos de des-envolvimento: territorialização de exceção e governo bio/necropolítico do território**, *GEOgraphia*, vol: 21, n.46, 2019.

MBEMBE, Achille, **Necropolítica: Biopoder, Soberania, Estado de Exceção, Política da Morte**, editora *n-1* 2018.

_____. **Políticas da Inimizade**, Tradução Sebastião Nascimento, Coordenação Editorial Peter Pál Pelbart e Ricardo Muniz Fernandes, 1ª reimpressão, *n-1* edições, 2020.

MENDES, José Sacchetta Ramos, **Desígnios da Lei de Terras: imigração, escravidão e propriedade fundiária no Brasil Império**, Caderno CRH, Salvador, v. 22, n. 55, p. 173-184, Jan./Abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/fvpY6tW SVqx5Fc HNL4Dcxf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 de janeiro de 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, **Determinação social, não! Por quê?** Cad. Saúde Pública; 37(12). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00010721>. Acesso em: 27 de janeiro de 2023.

MISKOLCI, Richard. **O desejo da nação: masculinidade e branquitude no Brasil de fins do XIX**. São Paulo, Annablume Editora, 2012.

MUNANGA, Kabengele. **A difícil tarefa de definir quem é negro no Brasil: entrevista de Kabengele Munanga**. Estudos Avançados. v. 18, n. 50, 2004.

NASCIMENTO, Abdias, **O Genocídio do Negro Brasileiro: processo de um Racismo Mascarado**, I reimpr. da 2. ed., São Paulo: Perspectiva, 2017.

NEVES, Ivânia dos Santos, **Mairi, Terra de Maíra: a Ancestralidade Indígena Eclipsada em Belém**, Policromias – Revista do Discurso, Imagem e Som, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 178-205, jan.-abr. 2022.

OLIVEIRA, Fátima, **Saúde da População Negra: Brasil ano 2001**, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. **Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia**, Belém: EDUFPA, 2008.

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. **Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira**, Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 939-948, jul-set, 2019.

PIZA, Suze, **Sequestro e Resgate do Conceito de Necropolítica: Convite para Leitura de um Texto**, *Trans/Form/Ação* [online]. 2022, vol. 45, no. 3, pp. 129-1482002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-3173.2022.v45esp.08.p129>. Acesso: 30 de maio de 2022.

PIMENTA, Tânia Salgado; GOMES, Flávio. **Escravidão, Doenças e Práticas de Cura no Brasil**, Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016.

PONTE, Juliano Pamplona Ximenes, LIMA, José Júlio Ferreira, CARDOSO, Ana Cláudia Duarte, VENTURA NETO, Raul da Silva, SABINO, Thiago Alan Guedes, RODRIGUES, Roberta Menezes, HANTANI, Danielle Saori, BARROS, Nayara Sales, **A Região Metropolitana de Belém: Territórios Precários, Condições de Infraestrutura, Moradia e a Covid-19**, As Metrôpoles e a Covid-19: Dossiê Nacional, Laboratório Cidades na Amazônia – FAU, Universidade Federal do Pará, 2020. Disponível em: https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/wp-content/uploads/2020/07/Dossi%C3%AA-N%C3%BAcleo-Bel%C3%A9m_An%C3%A1lise-Local_Julho-2020.pdf. Acesso em: 16 de maio de 2023.

REINEHR, Jaciane Pimentel Milanezi, **Silêncios e Confrontos: A saúde da população negra em burocracias do Sistema Único de Saúde (SUS)**, Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro RIO DE JANEIRO, pp. 217, 2019.

RIBEIRO, Alan Augusto. **Sobre uma “pedagogia da morenidade”:** gênero e mestiçagem entre estudantes de duas escolas de Belém do Pará. Revista Acadêmica de Educação do ISE Vera Cruz, v. 2, n. 1, 2012.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da, DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal, **Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde**, Rev Esc Enferm USP, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015.

ROCHA, Simone, **Eugenia no Brasil: análise do discurso científico no Boletim de Eugenia 1929-1933**, 1. ed. Curitiba, PR – CRV, 2014.

ROLAND, Edna, **Direitos Reprodutivos e Racismo no Brasil**, Estudos Feministas, n. 2, ano 3, 1995.

SACRAMENTO, Amália Nascimento do; NASCIMENTO Enilda Rosendo do, **Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça***, Rev Esc Enferm USP, 2011.

SANTOS, Elizabeth Moreira dos; CARDOSO, Gisela Cordeiro Pereira; OLIVEIRA, Egléubia Andrade de. Uma Abordagem Conceitual para Métodos Mistos e Avaliação em Saúde, **in**. SANTOS, Elizabeth Moreira dos. **Aprendendo Avaliação: Modelos e Métodos Aplicados.** / Elizabeth Moreira dos Santos, Gisela Cordeiro Pereira Cardoso, Egléubia Andrade de Oliveira – Rio de Janeiro: Cebes, p. 117-136, 2023.

SANTOS, Márcia Pereira Alves dos, NERY, Joilda Silva, GOES, Emanuelle Freitas, SILVA, Alexandre da, SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos, BATISTA, Luís Eduardo ARAÚJO, Edna Maria de, **População negra e Covid-19: Reflexões sobre Racismo e Saúde**, Estudos Avançados, v. 34, n. 99, 2020.

SALATA, Andre Ricardo, RIBEIRO, Marcelo Gomes. **Boletim Desigualdade nas Metrópoles.** Porto Alegre/RS, n. 12, 2023 Disponível em: <https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/>

SARRAF, Moisés Taate Alves, **Belém Também é Afro: Tensões discursivas na Amazônia Urbana**, Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação Comunicação, Cultura e Amazônia da Universidade Federal do Pará, Belém-PA, p. 112, 2019.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Nem preto nem branco, muito pelo contrário: cor e raça na sociabilidade brasileira.** 1ªed. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O Espetáculo das Raças: Cientistas, Instituições e Questão Racial no Brasil 1870-1930.** São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SEGATO, Rita. **Crítica da Colonialidade em Oito Ensaio e uma Antropologia por Demanda**, Tradução Danielli Jatobá, Danú Gontijo. – 1 ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

SILVA, Nelson do Vale. Morenidade: modos de usar. **In.: Cor e estratificação Social**, Carlos Hasenbalg, Nelson do Valle Silva, Márcia Silva, Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1999.

SILVA, Silvana Oliveira da, BERENGUER, Aniele Almeida Silva, RICARDO, Thaíse Mara dos Santos, LOPES, Giovanna De Carli, SÁ, Marcos Venicius Gomes de, SANTOS, Débora Santa Mônica, BITTENCOURT, Liliane de Jesus, SANTANA, Karine de Souza Oliveira, **Na**

Verdade eu Nunca Participei e Nem Ouvi Falar Sobre”: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na Perspectiva de Gestores e Profissionais da Saúde, Saúde Soc. São Paulo, v.31, n.4, e210969pt, 2022.

SILVA, Eliana Gesteira da, FONSECA, Alexandre Brasil Carvalho, *A Construção da Raça Nacional: Estratégias Eugênicas em torno do Corpo da Mulher*, p. 225 – 244, in. BATISTA, Luís Eduardo, WERNECK, Jurema, LOPES, Fernanda (orgs). **Saúde da População Negra**, Petrópolis, RJ: DP et Alii; Brasília, DF: ABPN, 2012.

SKIDMORE, Thomas E. **Preto no Branco: Raça e Racionalidade no Pensamento Brasileiro (1870-1930)**, Tradução Donaldson M. Garschagen, 1ª ed., São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

STANCIK, Marco Antônio, **Medicina e Saúde Pública no Brasil: Dos Pajés e Físicos aos Homens de Ciência do Século XX**, REVISTA ESBOÇOS Volume 16, Nº 21, pp. 111-136 — UFSC, 2009.

STEPAN, N. L., **A Hora da Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2005.

TAVARES, Jeane Saskya Campos, KURATANI, Sayuri Miranda de Andrade, **Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se “Tornaram Negras”**, Psicologia: Ciência e Profissão 2019.

TAVARES, Natália Oliveira; OLIVEIRA, Lorena Vianna; LAGES, Sônia Regina Corrêa, **A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública**, Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 580-587, out/dez 2013.

TAVARES, Manuel, Boaventura de Sousa Santos e Maria Paula Meneses (Orgs.) (2009). **Epistemologias do Sul**. Revista Lusófona de Educação, 13, 2009 [p. 183]

VARGA, István Van Deursen; BATISTA, Luís Eduardo, **Saúde da população negra e da mulher como políticas públicas e campos intelectuais: subsídios para um estudo de caso sobre o racismo institucional sistêmico**, Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.521-523, 2016.

VARGA, István Van Deursen; CARDOSO, Raimundo Luís Silva, **Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na População Negra no Maranhão: Problemas e Desafios**, Saúde Soc. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 664-671, 2016.

VEIGA, Lucas Motta, **Descolonizando a psicologia: notas para uma Psicologia Preta**, Fractal, Rev. Psicol., v. 31 – n. esp., p. 244-248, set. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i_esp/29000. Acesso em: 22 novembro de 2021.

VENTURA, R. **Estilo Trpical: História cultural e polêmicas literárias no Brasil, 1870-1914**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

WERNECK, Jurema, **Racismo Institucional e Saúde da População Negra**, Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

WHITEHEAD, Margaret, DAHLGREN, Göran, **Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1**, World Health Organization, 2006.

ANEXO A

	CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS OU CPF DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA*
CNS CPF	☐ Sim ☐ Não	CNS CPF	☐ ☐ FA

NOME COMPLETO:*		NOME SOCIAL:		DATA DE NASCIMENTO:*	SEXO:*
_____		_____		____/____/____	☐ F ☐ M

RAÇA/COR:*	☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena	Etnia:**	Nº NIS (PIS/PASEP)
_____		_____	_____

NOME COMPLETO DA MÃE:*	☐ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:*	☐ Desconhecido

NACIONALIDADE:*	☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro	PAÍS DE NASCIMENTO:**	DATA DE NATURALIZAÇÃO:**
_____		_____	____/____/____

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**	MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**
_____	_____

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:**	TELEFONE CELULAR: ()	E-MAIL:
____/____/____	_____	_____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Enteadado(a) ☐ Neto(a)/Bisneto(a) ☐ Pai/Mãe ☐ Sogro(a) ☐ Irmão/Irmã ☐ Genro/Nora ☐ Outro parente ☐ Não parente	OCUPAÇÃO _____
---	-------------------

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?*	☐ Sim ☐ Não
------------------------------	---

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? ☐ Creche ☐ Pré-escola (exceto CA) ☐ Classe de Alfabetização - CA ☐ Ensino Fundamental 1º a 4º séries ☐ Ensino Fundamental 5º a 8º séries ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Fundamental Especial ☐ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1º a 4º) ☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5º a 8º) ☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) ☐ Ensino Médio Especial ☐ Ensino Médio EJA (Supletivo) ☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado ☐ Alfabetização para Adultos (Mobral etc.) ☐ Nenhum	SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO ☐ Empregador ☐ Assalariado com carteira de trabalho ☐ Assalariado sem carteira de trabalho ☐ Autônomo com previdência social ☐ Autônomo sem previdência social ☐ Aposentado/Pensionista ☐ Desempregado ☐ Não trabalha ☐ Servidor público/militar ☐ Outro
--	--

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA?	☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ Outro
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL?	☐ Sim ☐ Não
PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?	☐ Sim ☐ Não
POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO?	☐ Sim ☐ Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?	☐ Sim ☐ Não	SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Outra ☐ Homossexual (gay / lésbica)	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL? ☐ Homem transexual ☐ Travesti ☐ Mulher transexual ☐ Outro	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*
		☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL(IS)? ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra ☐ Visual ☐ Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO	SE ÓBITO, INDIQUE:
☐ Mudança de território ☐ Óbito	Data do óbito:** / / Número da D.O.: _____

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☐ Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? ☐ Abaixo do Peso ☐ Peso Adequado ☐ Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** ☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? ☐ Sim ☐ Não		
FAZ USO DE ÁLCOOL? ☐ Sim ☐ Não		ESTÁ COM HANSENÍASE? ☐ Sim ☐ Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ☐ Sim ☐ Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? ☐ Sim ☐ Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ☐ Sim ☐ Não		TEM OU TEVE CÂNCER? ☐ Sim ☐ Não
TEM DIABETES? ☐ Sim ☐ Não		TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ☐ Sim ☐ Não
TEVE AVC/DERRAME? ☐ Sim ☐ Não		SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEVE INFARTO? ☐ Sim ☐ Não		TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? ☐ Sim ☐ Não
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não		ESTÁ ACAMADO? ☐ Sim ☐ Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** ☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe		ESTÁ DOMICILIADO? ☐ Sim ☐ Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ☐ Sim ☐ Não		USA PLANTAS MEDICINAIS? ☐ Sim ☐ Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** ☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ☐ Sim ☐ Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE _____		
1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ Sim ☐ Não		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ☐ Sim ☐ Não
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ☐ Sim ☐ Não		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ☐ Sim ☐ Não		SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? ☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ mais de 3 vezes		TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? ☐ Sim ☐ Não
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? ☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras ☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** ☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras

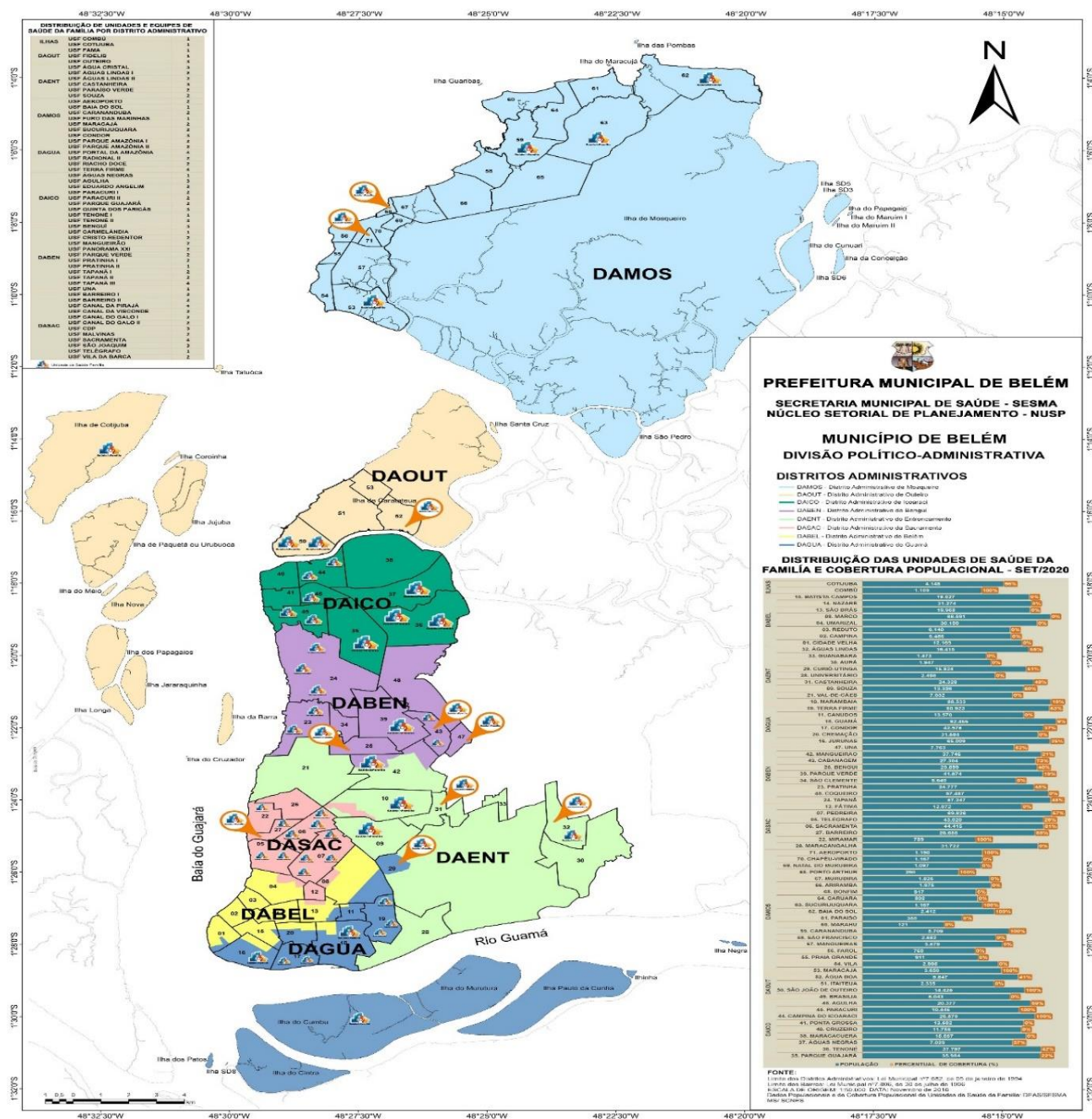
Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

***Campo obrigatório**

****Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior**



ANEXO C



Fonte: Acervo publicado nas redes sociais da Prefeitura de Belém, @coant.pmb

ANEXO D



SESSÃO ESPECIAL

LANÇAMENTO DO GRUPO DE TRABALHO POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO NEGRA

CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM
SALÃO PLÊNARIO VEREADOR
LAMEIRA BITTENCOURT
TV. CURUZU, 1755 - MARCO

28/04
ÀS 09HS

ENFERMEIRA
Nazare

COANT
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadora
Antimicrobiana de Belém

Prefeitura de Belém
Desenvolvimento da nossa gente

CMB
COORDENADORIA MUNICIPAL DE BELÉM

Peça de divulgação nas redes sociais

MUNICÍPIO DE BELÉM
CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM
GABINETE DA VEREADORA ENFERMEIRA NAZARÉ

28 4 2022

SESSÃO ESPECIAL DO LANÇAMENTO DO GRUPO DE TRABALHO POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO NEGRA

Nº	NOME	TELEFONE	ENTIDADE	E-MAIL
1	Felipe Almeida Santiago Cruz	(91) 98823.6123	NEAB-GERA LUPPA	felipealmeida@neab.org.br
2	Anderson Luis de Oliveira	(91) 99282.3624	ANPS-NEG	andersonluis@anps.org.br
3	Helena Maria de Oliveira	(91) 99051.9999	ANPP-GESECO	helenamaria@anpp.org.br
4	Vanessa Maria Pimenta D'Souza	(91) 98233.5358	UEPA-Sinabola e SIDA	vanessamaria@uepa.org.br
5	VERONICA = NARAACHARI GOMES	(91) 98204.6339	CAB - Conselho Etnico	veronica@cab.org.br
6	Heitor Tóte Silva de Moraes	(91) 99293.5354	SESHA	heitor@sesha.org.br
7	Erico Aquino da Silva	(91) 99282.3624	Associação de Mulheres LUPPA	ericoaquino@luppa.org.br
8	Carolina Maria de Moraes	(91) 99282.3624	Associação de Mulheres LUPPA	carolina@luppa.org.br
9	Dilmar de Oliveira	(91) 99282.3624	ANPS-NEG	dilmar@anps.org.br
10	Helena Maria de Oliveira	(91) 99282.3624	ANPP-GESECO	helenamaria@anpp.org.br
11	Vanessa Maria Pimenta D'Souza	(91) 98233.5358	UEPA-Sinabola e SIDA	vanessamaria@uepa.org.br
12	JOÃO SENESE A. FARIAS	(91) 98204.6339	SESHA	joao@sesha.org.br
13	Adriane Carolina Cavallini Cabral	(91) 98204.6339	UEPA	adriane@uepa.org.br
14	QUINTA das Juntas Juvenis	(91) 98204.6339	SESHA	quinta@sesha.org.br
15	Quintal Munkimo Munkimo	(91) 98204.6339	SESHA	quintal@sesha.org.br
16	Dr. J. P. Romão Filho	(91) 98204.6339	SESHA	drjp@sesha.org.br
17	Eduardo Fedeira Bonfim	(91) 98204.6339	SESHA	eduardo@sesha.org.br
18	ODINALDO SENA	(91) 98204.6339	SESHA	odinaldo@sesha.org.br
19	Silvia de Moraes	(91) 98204.6339	SESHA	silvia@sesha.org.br
20	LUIZ VITO GOMES ALVES	(91) 98204.6339	SESHA	luizvito@sesha.org.br
21	Maria Barbara Ferreira	(91) 98204.6339	SESHA	maria@sesha.org.br
22	Maria de Nazaré da Costa	(91) 98204.6339	SESHA	maria@sesha.org.br
23	Rita Kapan	(91) 98204.6339	SESHA	rita@sesha.org.br

Nº	NOME	TELEFONE	ENTIDADE	E-MAIL	ASSINATURA
24	Orlando Soares Gonçalves	(91) 98204.6339	SESHA	orlando@sesha.org.br	
25	Adriane Carolina Cavallini Cabral	(91) 98204.6339	UEPA	adriane@uepa.org.br	
26	JOÃO SENESE A. FARIAS	(91) 98204.6339	SESHA	joao@sesha.org.br	
27	Adriane Carolina Cavallini Cabral	(91) 98204.6339	UEPA	adriane@uepa.org.br	
28	Vanessa Maria Pimenta D'Souza	(91) 98233.5358	UEPA-Sinabola e SIDA	vanessamaria@uepa.org.br	
29	VERONICA = NARAACHARI GOMES	(91) 98204.6339	CAB - Conselho Etnico	veronica@cab.org.br	
30	Felipe Almeida Santiago Cruz	(91) 98823.6123	NEAB-GERA LUPPA	felipealmeida@neab.org.br	
31	Anderson Luis de Oliveira	(91) 99282.3624	ANPS-NEG	andersonluis@anps.org.br	
32	Helena Maria de Oliveira	(91) 99051.9999	ANPP-GESECO	helenamaria@anpp.org.br	
33	Vanessa Maria Pimenta D'Souza	(91) 98233.5358	UEPA-Sinabola e SIDA	vanessamaria@uepa.org.br	
34	VERONICA = NARAACHARI GOMES	(91) 98204.6339	CAB - Conselho Etnico	veronica@cab.org.br	
35	Heitor Tóte Silva de Moraes	(91) 99293.5354	SESHA	heitor@sesha.org.br	
36	Erico Aquino da Silva	(91) 99282.3624	Associação de Mulheres LUPPA	ericoaquino@luppa.org.br	
37	Carolina Maria de Moraes	(91) 99282.3624	Associação de Mulheres LUPPA	carolina@luppa.org.br	
38	Dilmar de Oliveira	(91) 99282.3624	ANPS-NEG	dilmar@anps.org.br	
39	Helena Maria de Oliveira	(91) 99282.3624	ANPP-GESECO	helenamaria@anpp.org.br	
40	Vanessa Maria Pimenta D'Souza	(91) 98233.5358	UEPA-Sinabola e SIDA	vanessamaria@uepa.org.br	
41	JOÃO SENESE A. FARIAS	(91) 98204.6339	SESHA	joao@sesha.org.br	
42	Adriane Carolina Cavallini Cabral	(91) 98204.6339	UEPA	adriane@uepa.org.br	
43	QUINTA das Juntas Juvenis	(91) 98204.6339	SESHA	quinta@sesha.org.br	
44	Quintal Munkimo Munkimo	(91) 98204.6339	SESHA	quintal@sesha.org.br	
45	Dr. J. P. Romão Filho	(91) 98204.6339	SESHA	drjp@sesha.org.br	
46	Eduardo Fedeira Bonfim	(91) 98204.6339	SESHA	eduardo@sesha.org.br	
47	ODINALDO SENA	(91) 98204.6339	SESHA	odinaldo@sesha.org.br	

Nº	NOME	TELEFONE	ENTIDADE	ASSINATURA
48	JOÃO SENESE A. FARIAS	(91) 98204.6339	SESHA	
49	Adriane Carolina Cavallini Cabral	(91) 98204.6339	UEPA	
50	QUINTA das Juntas Juvenis	(91) 98204.6339	SESHA	
51	Quintal Munkimo Munkimo	(91) 98204.6339	SESHA	
52	Dr. J. P. Romão Filho	(91) 98204.6339	SESHA	
53	Eduardo Fedeira Bonfim	(91) 98204.6339	SESHA	
54	ODINALDO SENA	(91) 98204.6339	SESHA	
55	Silvia de Moraes	(91) 98204.6339	SESHA	
56	LUIZ VITO GOMES ALVES	(91) 98204.6339	SESHA	
57	Maria Barbara Ferreira	(91) 98204.6339	SESHA	
58	Maria de Nazaré da Costa	(91) 98204.6339	SESHA	
59	Rita Kapan	(91) 98204.6339	SESHA	
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				

Frequência da Sessão Especial CMB – 28 de abril de 2022

ANEXO E

Novembro da
Consciência Negra

**I SEMINÁRIO DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO
NEGRA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

DIA 30 DE NOVEMBRO DE 2022
8H ÀS 17H
AUDITÓRIO DA FACULDADE ESTÁCIO BELÉM

**PARTICIPE.
DEBATA.
TRANSFORME.**

CONFIRA A PROGRAMAÇÃO

belem.pa.gov.br
prefeitura.belem

COAMT
Coordenadoria
Antirracista

SESMA
Secretaria de
Saúde

Belém
Prefeitura da nossa gente

Novembro da
Consciência Negra

**I SEMINÁRIO DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO
NEGRA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

**08H30 - ABERTURA: APRESENTAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL DE
SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, SECRETARIA DE SAÚDE DE BELÉM, COORDENADORIA
ANTIRRACISTA DE BELÉM**

**9H - MESA 01: SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: POLÍTICAS, FORMAÇÃO E
PANORAMA MUNICIPAL**

- PARTICIPANTES: FLÁVIA CÂMARA, IAGO CASTRO, MANUELA VELOSO
- MEDIADORA: LUCIETE TAVARES (SESMA/ GT SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA)

10H30 - 10H40 - INTERVALO

10H40: ESCUTANDO A DOR SILENCIADA: SAÚDE E RACISMO NO SUS
- PARTICIPANTES: CRISTINA SANTOS, SILVINA MACEDO, ANA LÉIA CARDOSO, RODRIGO LEÃO
- MEDIADORA: IVANELY (SESMA/ GT SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA)

belem.pa.gov.br
prefeitura.belem

COAMT
Coordenadoria
Antirracista

SESMA
Secretaria de
Saúde

Belém
Prefeitura da nossa gente

Novembro da
Consciência Negra

12H30 - 14H - INTERVALO

**14H-15H50 - CUIDADO E SAÚDE NA COSMOVISÃO DO POVOS TRADICIONAIS: QUILOMBOLAS
E MATRIZES AFRICANAS**

**- PARTICIPANTES: MARIA LUIZA NUNES, LUÍS CARDOSO, NÁDIA CORRÊA, MÃE NALVA,
MAMETU NANGETU**
- MEDIADORA: FLÁVIA CÂMARA (COAMT/ GT SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA)

15H50-16H - INTERVALO

belem.pa.gov.br
prefeitura.belem

COAMT
Coordenadoria
Antirracista

SESMA
Secretaria de
Saúde

Belém
Prefeitura da nossa gente

Novembro da
Consciência Negra

16H- GRUPOS DE TRABALHOS:

1. RACISMO COMO DETERMINANTE SOCIAL: ACOLHIMENTO E ESCUTA NA ATENÇÃO BÁSICA
CONVIDADOS/FACILITADORES: INGRID FABIANE SILVA (SECDH)
MEDIAÇÃO E RELATORIA: BIANCA (SESMA)

**2. POLÍTICAS E PROGRAMAS: O QUE TEMOS E ONDE PODEMOS AVANÇAR NO COMBATE AO
RACISMO NO SUS.**
CONVIDADOS/FACILITADORES: ENFERMEIRO ESP. HEITOR MORAES.
MEDIAÇÃO E RELATORIA: FLÁVIA (COAMT)

3. INTERSETORIALIDADE: A SAÚDE EM VÁRIAS FRENTES.
CONVIDADOS/FACILITADORES: PROF. DR. BRUNO LIMA
MEDIAÇÃO E RELATORIA: VÍTOR IGOR (SESMA/ GT SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA)

belem.pa.gov.br
prefeitura.belem

COAMT
Coordenadoria
Antirracista

SESMA
Secretaria de
Saúde

Belém
Prefeitura da nossa gente

Novembro da
Consciência Negra

**17H30 - GIRANDO O CONHECIMENTO E CONSTRUINDO POSSIBILIDADES:
ENCAMINHAMENTOS E PROPOSTAS**

18H - ENCERRAMENTO

REALIZAÇÃO:
PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
COORDENADORIA ANTIRRACISTA DE BELÉM E SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA (PORTARIA 3449, 2021/SESMA/PMB)
MOVIMENTOS SOCIAIS

PARCERIAS:
SECRETARIA EXTRAORDINÁRIA DE DIREITOS HUMANOS, HEMOPA, FACULDADE ESTÁCIO.

belem.pa.gov.br
prefeitura.belem

COAMT
Coordenadoria
Antirracista

SESMA
Secretaria de
Saúde

Belém
Prefeitura da nossa gente

ANEXO F



PROJETO
SAÚDE E CIDADANIA
NOS TERREIROS

MAIS SERVIÇOS E MAIS DIREITOS PARA AS COMUNIDADES.

- VACINAÇÃO • TESTAGEM (HIV, HEPATITE, GLICOSE) • SAÚDE BUCAL
- ORIENTAÇÃO SOBRE CADÚNICO E BORA BELÉM • TRIBUTOS FISCAIS
- PROGRAMAS DE MICROCRÉDITO • ORIENTAÇÃO JURÍDICA

12/06 | DAS 9H ÀS 13H

TEMPLO RELIGIOSO MANSU MASSUMBANDO, INSTITUTO NANGETU
DE TRADIÇÃO AFRO-RELIGIOSA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
TV. PIRAJÁ, 1194, ENTRE DUQUE DE CAXIAS E RÔMULO MAIORANA - MARCO

 **BELEM**
PREFEITURA
TAMO JUNTO POR BELEM

ANEXO G

OFÍCIO nº 335/2022/GERENCIA REGIONAL DE BRASÍLIA ◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆/

Brasília, 14 de junho de 2022.

A Senhora
Elza Fátima Rodrigues
Coordenadora
Coordenadoria Antirracista de Belém (COANT)
Prefeitura de Belém- PA
Mercado de Carne Francisco Bolonha, TV. Boulevard Castilho França s/n, sala 35 altos Comércio
Belém-PA
CEP 66013-040

Assunto: **Resposta ao Ofício Nº 208/2022.: Parceria para Realização do Curso- Saúde da População Negra em Belém-PA.**

Senhora Coordenadora,

1. Ao cumprimentá-lo cordialmente, em referência ao Ofício: Nº 208/2022 de 13 de junho de 2022 (1790299), agradecemos o interesse da Coordenadoria Antirracista de Belém (COANT) para uma parceria.
2. Informamos que, atualmente, não há cursos sobre o tema em oferta pela UNA-SUS, já que o curso anterior - Saúde da População Negra - foi descontinuado por necessidade de atualização. A UNA-SUS está aguardando a tramitação de uma Cooperação com o Ministério da Saúde para elaboração de um novo curso.
3. Nesse sentido, comunicamos que faremos o esforço necessário para ofertá-lo o mais breve possível.
4. Por fim, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

 Documento assinado eletronicamente por **MARIA FABIANA DAMASIO PASSOS, Diretora**, em 14/06/2022, às 17:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

 QRCode A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fiocruz.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1790263** e o código CRC **BC5BD06D**.

Av. L3 Norte, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Gleba A
CEP 70904-130 - Brasília/DF, Brasil - Telefone: 55(61)3329-4501

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 25027.000136/2021-85

SEI nº 1790263

APÊNDICE A



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE PARÁ
MUNICÍPIO DE BELÉM

FILTROS: Data: 14/03/2022 | Unidade de saúde: Todas | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: 17

Relatório de cadastro individual

Dados gerais

Descrição	Quantidade
Cidadãos ativos	403368
Saída de cidadãos do cadastro	8452
Total:	411820

Identificação do usuário / cidadão - Sexo

Descrição	Quantidade
Masculino	168473
Feminino	234895
Não informado	0
Total:	403368

Identificação do usuário / cidadão - Faixa etária

Descrição	Masculino	Feminino	N. Inf	Total
Menos de 01 ano	933	919	0	1852
01 ano	1369	1354	0	2723
02 anos	1824	1785	0	3609
03 anos	1862	1854	0	3716
04 anos	1936	1929	0	3865
05 a 09 anos	11572	11837	0	23409
10 a 14 anos	12552	12109	0	24661
15 a 19 anos	12596	13807	0	26403
20 a 24 anos	13514	18551	0	32065
25 a 29 anos	13203	20864	0	34067
30 a 34 anos	12363	19607	0	31970
35 a 39 anos	12713	20114	0	32827
40 a 44 anos	12974	19774	0	32748
45 a 49 anos	11563	17696	0	29259
50 a 54 anos	10828	16459	0	27287
55 a 59 anos	9672	15002	0	24674
60 a 64 anos	8720	12728	0	21448
65 a 69 anos	6939	10097	0	17036
70 a 74 anos	4892	7360	0	12252
75 a 79 anos	3158	4840	0	7998
80 anos ou mais	3290	6209	0	9499
Não informado	0	0	0	0
Total:	168473	234895	0	403368

Identificação do usuário / cidadão - Raça / Cor

Descrição	Quantidade
Branca	54554
Preta	30502
Amarela	7365
Parda	309370
Indígena	118
Não informado	1459
Total:	403368

Identificação do usuário / cidadão - Etnia

Descrição	Quantidade
ACONA (WAKONAS, NACONAS, JAKONA, ACORANES)	6
AIKANA (AIKANA, MAS SAKA, TUBARAO)	1
AJURU	14
AKUNSU (AKUNT'SU)	1
AMANAYE	1
ANAMBE	1
APINAYE (APINAJE/APINAIE/APINAGE)	1
ARAPASO (ARAPACO)	1
ARARA DO PARA (UKARAGMA, UKARAMMA)	2
ARUA	1
BARE	1
GUAJAJARA (TENETEHARA)	1
GUARANI NANDEVA (AVAKATUETE, CHIRIPA, NHADEWA, AVA GUARANI)	1
KARIPUNA (CARIPUNA)	1
KARIPUNA DO AMAPA (CARIPUNA)	1
KATUKINA DO ACRE	1
KAYAPO (CAIAPO)	1
KURUAIA (CURUAIA)	1

Identificação do usuário / cidadão

Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Desconhece nome da mãe	9408	393960	-
Desconhece nome do pai	86486	316882	-
Responsável familiar	155748	209531	38089

Dados processados em 14/03/2022 às 06:03

Impresso em 14/03/2022 às 11:08 por Samara Costa Fernandes.

1 / 30

APÊNDICE B



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SIVEP Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO- 23/03/2021

Nº

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com *SG que apresente: dispnéia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (*SG: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos). Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação:		2	Data de 1 ^{as} sintomas		
3	UF: ____	4	Município: _____	Código (IBGE): ____		
5	Unidade de Saúde: _____		Código (CNS): ____			
Dados do Paciente	6	Tem CPF? (Marcar X) ____ Sim ____ Não		7	CPF: ____	
	8	Estrangeiro (Marcar X) ____ Sim ____ Não				
	9	Cartão Nacional de Saúde (CNS): ____				
	10	Nome: _____		11	Sexo: ____ 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign	
	12	Data de nascimento: ____	13	(Ou) Idade: ____	14	Gestante: ____
			1-Dia 2-Mês 3-Ano ____		1-1 ^o Trimestre 2-2 ^o Trimestre 3-3 ^o Trimestre	
	15	Raça/Cor: ____ 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não		
	16	Se indígena, qual etnia? _____		6-Não se aplica 9-Ignorado		
	17	É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) ____ Sim ____ Não		18	Se sim, qual? _____	
	19	Escolaridade: ____ 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 ^o ciclo (1 ^a a 5 ^a série) 2-Fundamental 2 ^o ciclo (6 ^a a 9 ^a série) 3-Médio (1 ^o ao 3 ^o ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado				
20	Ocupação: _____		21	Nome da mãe: _____		
Dados de residência	22	CEP: ____ - ____				
	23	UF: ____	24	Município: _____	Código (IBGE): ____	
	25	Bairro: _____	26	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____	27	Nº: ____
	28	Complemento (apto, casa, etc.): _____		29	(DDD) Telefone: ____ - ____	
	30	Zona: ____ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	31	País: (se residente fora do Brasil) _____		
Dados Clínicos e Epidemiológicos	32	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? ____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	33	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? ____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	34	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ____ Febre ____ Tosse ____ Dor de Garganta ____ Dispneia ____ Desconforto Respiratório ____ Saturação O ₂ < 95% ____ Diarreia ____ Vômito ____ Dor abdominal ____ Fadiga ____ Perda do olfato ____ Perda do paladar ____ Outros ____				
	35	Possui fatores de risco/comorbidades? ____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) ____ Puérpera (até 45 dias do parto) ____ Doença Cardiovascular Crônica ____ Doença Hematológica Crônica ____ Síndrome de Down ____ Doença Hepática Crônica ____ Asma ____ Diabetes mellitus ____ Doença Neurológica Crônica ____ Outra Pneumopatia Crônica ____ Imunodeficiência/Imunodepressão ____ Doença Renal Crônica ____ Obesidade, IMC ____ Outros ____				
	36	Recebeu vacina COVID-19? ____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		37	Se recebeu vacina COVID-19, informar: Data da 1 ^a dose: ____ Data da 2 ^a dose: ____	
	38	Laboratório Produtor vacina COVID-19: _____		39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1 ^a Dose: ____ Lote 2 ^a Dose: ____	
	40	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? ____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		41	Data da vacinação: ____	
	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? ____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: ____ a mãe amamenta a criança? ____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
	Se >= 6 meses e <= 8 anos: Data da dose única 1/1: ____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores) Data da 1 ^a dose: ____ (1 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2 ^a dose: ____ (2 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez)					