

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

DÉBORA CRISTINA LOPES SANTOS

**RACISMO ESTRUTURAL E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: contribuições para
a crítica da ideologia racista na saúde brasileira**

JUIZ DE FORA

2022

Débora Cristina Lopes Santos

**Racismo estrutural e saúde da população negra: contribuições para a crítica da
ideologia racista na saúde brasileira**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob a orientação da Profa. Dra. Marina Monteiro de Castro e Castro.

JUIZ DE FORA

2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Santos, Débora Cristina Lopes .

Racismo estrutural e saúde da população negra : contribuições para a crítica da ideologia racista na saúde brasileira / Débora Cristina Lopes Santos. -- 2022.
149 f.

Orientadora: Marina Monteiro de Castro e Castro

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2022.

1. Racismo estrutural. 2. Determinação social do processo saúde-doença. 3. Saúde da população negra. 4. Política de saúde. I. Castro, Marina Monteiro de Castro e, orient. II. Título.

Débora Cristina Lopes Santos

Racismo estrutural e saúde da população negra: contribuições para a crítica da ideologia racista na saúde brasileira

Aprovado em 29 de novembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Marina Monteiro de Castro e Castro - Orientadora Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Marco José Duarte
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^ª. Dr^ª. Leticia Batista da Silva
Universidade Federal Fluminense



Documento assinado eletronicamente por **Marina Monteiro de Castro e Castro, Professor(a)**, em 02/12/2022, às 09:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leticia Batista da Silva, Usuário Externo**, em 02/12/2022, às 11:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marco Jose de Oliveira Duarte, Professor(a)**, em 12/12/2022, às 09:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uf (www2.uf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1022683** e o código CRC **B1ACEDFF**.

AGRADECIMENTOS

Chegou a hora de manifestar gratidão a todos aqueles que contribuíram para que este trabalho fosse realizado. Àqueles que estiveram ao meu lado durante a minha trajetória acadêmica, intelectual e pessoal, o meu muito obrigada!

Agradeço à minha orientadora, professora Marina Castro, por ter aceito o desafio de me orientar mesmo sendo o meu objeto adverso ao seu campo de pesquisa, e por ter feito isso com tanta responsabilidade, zelo, dedicação e carinho.

Aos meus companheiros da graduação e as muitas amigas que foram construídas durante essa etapa da minha vida.

Ao Programa de Residência em Saúde da Família e à UBS de Parque Guarani, lugar onde coloquei em prática a formação que tive em Serviço Social, percebendo que verdadeiramente a teoria direciona e ilumina a prática.

Ao Programa de Mestrado em Serviço Social pela oportunidade de aprofundamento do conhecimento e qualificação profissional.

À minha turma do mestrado que possibilitou que o processo de ensino remoto fosse menos sofrido. Às amigas estreitadas nas pessoas da Joyce, Selmara, Vanessa, Paolla, Nicolle, Robson. Obrigada por cada conversa e por cada palavra amiga!

Às integrantes da pesquisa do “Grupo de Estudos e Pesquisas dos Fundamentos do Serviço Social: Laura, Bruna, Isadora, Isabella, Isa.

Sou grata às minhas amigas Laura, Clara e Isabella, pelo conhecimento compartilhado, pelas produções construídas, pelas trocas intelectuais e afetivas. Vocês moram no meu coração!

Aos professores do Programa de Mestrado. Busquei aproveitar cada texto, cada aula expositiva, cada avaliação para compor este trabalho.

Aos professores da minha banca, Leticia Batista e Marco Duarte, obrigada pelas ricas contribuições que com toda certeza foram fundamentais para o avançar das minhas reflexões e para o processo da conclusão do trabalho.

Às professoras suplentes, Luciana Gonçalves Pereira de Paula e Maria Helena Elpidio Abreu, obrigada pelo carinho em ter aceito o convite para a banca. Vocês são referências para mim e fundamentais no meu amadurecimento intelectual.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), pelo financiamento do estudo.

Rendo graças a Deus, por ser meu lugar de descanso, por ser luz para os meus caminhos.

Sou eternamente grata aos meus pais Solange e Luiz, por todo o amor e dedicação que me proporcionam, por me darem colo quando precisei e por serem exemplos de resiliência para mim. Eu amo vocês!

Agradeço aos meus irmãos Deise e Lucas, e aos meus familiares por me apoiarem e por se orgulharem das minhas escolhas. Obrigada pelo respeito e carinho diário, eu amo vocês!

Sou grata ao meu esposo Getulio, por escolher todos os dias partilhar a vida ao meu lado e fazer dela mais prazerosa. Eu te amo!

Agradeço à companheira Giane Elisa, por me inspirar e ensinar a perceber o valor das muitas mulheres negras que vieram antes de mim, e que me permitiram chegar onde estou.

Ao Movimento Negro brasileiro que insiste em conservar-se firme na luta contra o racismo e na valorização da população negra no Brasil.

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 sobrepuja-lá 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, é uma Atropos ensandecida que corta o fio da vida sem que Cloto o teça ou que Láquesis o meça. A morte negra é uma morte desgraçada (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004, p.635. grifo nosso).

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar como a ideologia racista se instaurou na saúde brasileira desde o racismo científico, por meio das concepções eugenistas-higienistas, até a incorporação incipiente do racismo, enquanto um elemento estrutural do processo saúde-doença, na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009). Para este fim, por meio da revisão bibliográfica do tipo teórica e da pesquisa documental, partimos do debate utilizado pelo sanitarismo sobre o melhoramento da raça humana, latente nos anos de 1920-1930, e avançamos até a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009) que apesar de reconhecer o racismo como um elemento determinante do processo saúde-doença de pessoas negras no país,- que influencia na maneira de adoecer e morrer desses sujeitos, e impactar no acesso à prevenção, tratamento e reabilitação dessa população no Brasil,- não alcançou ainda o status de Lei, o que nos permite inferir que seja em decorrência do racismo estrutural. Além disso, esta mesma Política, reconhece o racismo como um dos determinantes sociais das condições de saúde, e não como um elemento da determinação social da saúde, como uma questão central da história da população negra brasileira, o que para nós significa um limite da mesma.

Palavras-chave: Racismo estrutural; Determinação Social da Saúde; Saúde da População Negra.

ABSTRACT

The present work aims to analyze how the racist ideology established itself in Brazilian health from scientific racism, through eugenicist-hygienist conceptions to the incipient incorporation of racism as a structural element of the health-disease process in the National Policy of Integral Health of the Black Population (2009). To this end, through an integrative bibliographic review and documental research, we started from the debate used by sanitarianism on the improvement of the human race, latent in the years 1920-1930, and advanced to the National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population. (2009) who, despite recognizing racism as a determining element of the health-disease process of black people in the country, - which influences the way these subjects fall ill and die, and impact on the access to prevention, treatment and rehabilitation of this population in Brazil, - has not yet reached the status of Law, which allows us to infer that it is due to structural racism. In addition, this same Policy recognizes racism as one of the social determinants of health conditions, and not as an element of the social determinants of health, as a central issue in the history of the Brazilian black population, which for us is a limit of the same.

Key Words: Keywords: Structural racism; Social Determinants of Health; Health of the Black Population.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	5
1. CAPÍTULO I - RACISMO E DOMINAÇÃO: O LUGAR ATRIBUÍDO À POPULAÇÃO NEGRA NA SOCIEDADE COLONIAL E NA SOCIEDADE DE CLASSES	
1.1 O processo de coisificação da população negra no Brasil como uma política de Estado..	16
1.2 A entrada de negros e negras na sociedade de classes e o racismo estrutural.....	30
1.2.1 Formação social brasileira e o legado racista.....	34
1.2.2 Mito da Democracia Racial no Brasil.....	41
2. CAPÍTULO II A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE RACISTA NO BRASIL.....	50
2.1. A conformação da cultura racista: Eugenia, higienismo e a política de branqueamento no Brasil.....	50
2.1.2 A eugenia como política de Estado.....	53
2.1.3 Eugenia, política de branqueamento e saúde.....	65
2.2.0 Condições de vida e de saúde dos trabalhadores(as) negros(as), e o modelo histórico social da saúde.	69
2.2.1 Formação sócio-histórica brasileira e as desigualdades sociais, econômicas e de saúde da população negra no Brasil.....	77
3.CAPÍTULO III- POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA - PNSIPN: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PROCESSO HISTÓRICO.....	85

3.1 A institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN no Sistema Único de Saúde (SUS).....	85
3.2 Anos 2000: avanços e perspectivas na construção de uma política de saúde para a população negra.....	96
3.3 Considerações sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra –PNSIPN e a sua necessária afirmação.....	104
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	125
APÊNDICES.....	136

1. INTRODUÇÃO

A presente Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, tem como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Serviço Social. O tema desta Dissertação versa sobre o Racismo Estrutural e a Saúde da População Negra.

A escolha por essa temática possui relação com a minha trajetória de vida, por ser mulher, autodeclarada negra, residente de um bairro da periferia de um município mineiro, e estudante da rede pública de ensino – do ensino fundamental à pós-graduação –, mas também tem vinculação com a minha trajetória acadêmica.

Durante a graduação em Serviço Social, cursada entre os anos de 2012-2017 na Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF, me aproximei da temática sobre relações étnico-raciais através de eventos promovidos pela faculdade de Serviço Social em parceria com as faculdades de Geografia e Pedagogia, como a “Semana de Igualdade Racial e Questão Agrária¹”. Nesses eventos, as discussões ocupavam-se da violação dos direitos humanos; redução da maioria penal; tráfico de drogas; a história da população negra no Brasil; discriminação racial e as desigualdades sofridas pela população negra nacional etc. Esses assuntos me inquietavam, o que me fez perceber que eu deveria me implicar com a questão étnico-racial, e que de alguma forma eu deveria incluir o debate étnico-racial nos meus estudos, pesquisas e principalmente no meu modo de enxergar a vida e as relações sociais.

Assim, me aproximei de movimentos sociais da juventude, em busca de uma explicação científica para tudo que eu observo e experiencio, durante toda a minha infância e juventude, vivendo com o racismo. Buscando explicação para o motivo pelo qual parte de meus amigos e colegas, do bairro onde nasci e cresci, evadiram do ensino fundamental; o porquê das pessoas que residem em certos territórios da cidade sofrerem estigma e preconceito; o porquê do descaso dos gestores municipais para com algumas regiões do município, e o porquê de alguns lugares/profissões contarem com poucas pessoas/profissionais negras.

¹A I Semana da Igualdade Racial e Questão Agrária ocorreu em 2013, uma parceria entre cursos de Serviço Social, Geografia e Pedagogia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). O evento teve como objetivo debater sobre a promoção da igualdade racial nos diversos ambientes sociais. Nos anos de 2014 e 2015 o mesmo evento se repetiu na instituição a fim de fomentar o debate sobre a questão racial e a questão agrária no espaço acadêmico.

As disciplinas ofertadas pela graduação possibilitaram-me e despertaram-me para o lugar em que eu ocupo na sociedade, contribuindo para que eu me conscientizasse da passagem de uma classe em si para uma classe para si², assumindo um posicionamento político diante da sociedade e fortalecendo a possibilidade da revolução proletária.

Dessa forma, não temos a intenção de negar a centralidade da classe social porque não nos interessa refutar o racismo, ou compreendê-lo como algo moralista, mas nos posicionamos antirracistas, entendendo o racismo como um elemento estrutural, que ao ser questionado contesta também o sistema de opressão da sociedade burguesa, e interpela a própria sociedade capitalista em sua totalidade como uma sociedade que deve e precisa ser superada.

A construção deste estudo também é fruto da minha inserção no campo de estágio na área de Assistência Social, no então Departamento de Políticas Para Pessoas com Deficiência e Direitos Humanos da Secretaria de Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora (DPCDH/SDS/PJF), onde tive a oportunidade de conhecer o “Programa Ciranda Cidadã”³. Foi atuando como estagiária neste programa que conheci o termo “racismo institucional” e encontrei respostas para as perguntas que tanto me inquietavam. A saber: por que as pessoas negras eram tratadas de modo “estranho” no postinho?; por que a população negra sempre precisa brigar para ter o acesso a algum direito já conquistado?; por que eu conheço mais mães solteiras negras do que brancas?; por que eu conheci mais homens pretos que foram mortos de forma violenta do que homens brancos?

A minha trajetória na saúde, através do Programa de Residência⁴ Multiprofissional em Saúde da Família, durante os anos de 2018-2020, foi de muita importância para a construção

²De acordo com *O Capital*, a passagem da classe em si para a classe para si ocorre quando o sujeito toma consciência política por parte da classe trabalhadora, quando ele se posiciona coletivamente reafirmando a possibilidade da ação revolucionária. Portanto, vai para além das condições objetivas que determinam o seu lugar no processo produtivo, ou seja o lugar de trabalhador, por ter única e exclusivamente a sua força de trabalho para vender em troca de salário (MARX, 2011).

³O programa “Ciranda Cidadã” foi uma parceria institucionalizada entre as secretarias de Desenvolvimento Social (SDS) e de Saúde (SS) da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Este programa capacitou profissionais da Prefeitura de Juiz de Fora (PJF) inseridos nas políticas de assistência social e na saúde com temas sobre diversidade de gênero, relações étnico-raciais, território, etc, com objetivo de qualificar o atendimento ofertado nos serviços para pessoas negras, pessoas LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), pessoas com deficiência, dentre outros grupos que sofrem preconceito e discriminação diversas.

Giane Elisa, então supervisora do Programa, ao lado do médico e então coordenador do programa - Marcelo Campos, referiu que “O programa é sustentado por três pilares: o afrocentrismo, as metodologias participativas e os recortes de gênero, classe social e raça [...]”. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=51494>.

⁴Vinculada ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF). As residências multiprofissionais são regulamentadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, instituída pela Lei 11.129/2005. Constituem-se modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, caracterizados por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos, que visa a formar profissionais que integram a área da saúde, excetuando-se a formação médica. Disponível em: <https://www.ufjf.br/huresidencias/coremu/>.

deste trabalho. No espaço da Atenção Primária à Saúde - APS, pude perceber o perfil dos sujeitos que mais demandam pelos serviços da atenção básica de saúde. Como identificado por diversas pesquisas, dentre estas, a realizada pela Revista Construção de que

a população negra representa, não apenas a maior parte da população brasileira, segundo o último censo do IBGE, como também representa a grande maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS): 76% dos atendimentos e 81% das internações no SUS são de usuários negros e negras [...] (AMORIM, 2018. grifo nosso).

Ao aproximar-me do campo da saúde observei ainda que corpos negros são menos avaliados nos exames físicos, nas consultas médicas (BRASIL, 2002). Identifiquei também que poucos são os profissionais da saúde que sabiam da existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra -PNSIPN, instituída em 2009.

Foi possível perceber ainda as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde de perguntar e preencher o quesito raça/cor dos formulários disponíveis nos serviços de saúde. Quanto a isto, pesquisas como a de López (2012) afirmam que há uma dificuldade em se introduzir uma perspectiva racial nas políticas públicas. A autora destaca sobre o quesito raça/cor, que embora seja obrigatório o seu preenchimento, os dados não são coletados de maneira ampla, ou quando são coletados não o são de maneira correta. Diante o exposto, Lopes (2012) argumenta que se a coleta do quesito raça/cor não for implementada de maneira eficaz, os mecanismos do racismo institucional tendem a ser reforçados.

Durante o mestrado, ao ingressar na turma de 2020, fui convidada para participar do grupo de pesquisa “Grupo de Estudos e Pesquisas dos Fundamentos do Serviço Social, especificamente no projeto “Determinação Social da Saúde e Serviço Social: impactos da pandemia de coronavírus na realidade brasileira”, no qual tive contato com o debate sobre a determinação social do processo saúde-doença. Ao longo dos estudos e encontros (on-line), percebi que o racismo se trata de um elemento da determinação social do processo de adoecimento e morte dos sujeitos negros, e não apenas de um determinante social como querem os Relatórios da Organização Mundial de Saúde – OMS que, de acordo com Nogueira (2009), remete vagamente, a uma ideia de causa ou causalidade social.

Foi a partir desse processo de construção, e de minha implicação com o debate que definimos o objetivo deste trabalho que é analisar como a ideologia racista se instaurou na saúde desde o racismo científico, por meio das concepções eugenistas-higienistas até a incorporação incipiente do racismo enquanto um elemento estrutural do processo saúde-doença. Para isto, buscamos analisar a incorporação da eugenia como estratégia da política de saúde no Brasil

para o melhoramento da raça e, portanto, para o branqueamento da população brasileira (FORMIGA et al, 2019); (GIOPPO, 1996); (KOBAYASHI et al, 2009); (SCHUCMAN, 2012); (STEPAN, 2005).

Para o Serviço Social, o debate étnico racial é crucial, pelo fato da população negra compreender mais da metade da população brasileira, exatamente 54%⁵ da população nacional, de acordo com os Dados do IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PRUDENTE, 2020), e por ser majoritariamente o público que acessa as políticas públicas; como por exemplo, o Sistema Único de Saúde - SUS, 78,8%; (BRASIL, 2017); (IBGE, 2013); (AMORIM, 2018); também pelo fato de ser a categoria profissional composta em sua maioria por pessoas autodeclaradas negras/pretas e pardas (50,4%) (CFESS, 2022)⁶.

É sabido que por ter sido historicamente subalternizada e excluída das possibilidades de ascensão social, a população negra apresenta hoje os piores indicadores sociais de saúde, educação e renda (BRASIL, 2002). Dessa forma, por ser o racismo um elemento estrutural, exige a superação do capitalismo para uma real emancipação humana, como bem apresentam Moura (1994); Moura (1988); Ianni (1987).

Nesta perspectiva, o Serviço Social é uma categoria profissional, cujo projeto ético-político-PEP, construído historicamente e coletivamente (NETTO, 2001), se vinculou e se vincula a um projeto societário, livre de exploração/dominação de classe, raça/etnia ou gênero, defendendo a liberdade como valor ético central, ou seja, a emancipação e a plena expansão dos sujeitos sociais.

Dentre os princípios fundamentais defendidos pela categoria e presentes nos documentos que normatizam a profissão (Código de Ética/1993, Lei de Regulamentação Profissional N°8.662/1993, Diretrizes Curriculares/1996), podemos destacar o “**empenho na eliminação de todas as formas de preconceito**, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças” e, também, o exercício do Serviço Social sem ser discriminado(a) nem discriminar, por motivos de raça/etnia, gênero, religião, orientação sexual etc (CFESS, 2012, p. 23. grifo nosso).

Para além das normativas, temos como sistematização do trabalho coletivo dos profissionais de Serviço Social o documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de

⁵ Dados do IBGE mostram que 54% da população brasileira é negra. Rádio USB, São Paulo, dia 31 de julho de 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usb/dados-do-ibge-mostram-que-54-da-populacao-brasileira-e-negra/>. Acesso em: 20/09/2022.

⁶ CFESS. PERFIL DE ASSISTENTES SOCIAIS NO BRASIL: FORMAÇÃO, CONDIÇÕES DE TRABALHO E EXERCÍCIO PROFISSIONAL. Brasília, 2022 Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>. Acesso em: 04/10/2022.

Assistentes Sociais na Saúde” (2010). Este documento foi criado pelo Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde” instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social- CFESS para responder e orientar as demandas colocadas diante dos assistentes sociais no cotidiano da intervenção profissional no setor da saúde. No entanto, é possível observar que não foi pensado para ele nenhum princípio, diretriz ou referência que se posicionem contrários ao racismo estrutural ou institucional. O termo nem mesmo é mencionado no documento, assim como também não é feita menção à raça/cor, em um parâmetro que desde 2010 orienta a intervenção de assistentes sociais nos serviços de saúde do Brasil. Ainda com relação aos Parâmetros, observa-se que o documento foi construído na lógica dos determinantes sociais da saúde, e não da determinação social do processo saúde-doença que considera os processo de dominação, exploração e marginalização criadas agudizadas pelo modo de produção capitalista.

Em conformidade com a Constituição Federal (1988), de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O Estatuto da Igualdade Racial⁷, estabelece que o direito à saúde da população negra será garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos (BRASIL, 1988; 2010).

De acordo com o Estatuto da Igualdade Racial (BRASIL, 2010), Discriminação Racial ou Étnico-Racial se define como:

toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício, em igualdade de condições, de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro campo da vida pública ou privada (BRASIL, 2010).

O referido Estatuto, compreende a população negra como o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, em conformidade com o quesito cor, ou raça utilizado pelo IBGE. Estabelece como um dever do Estado a garantia da igualdade de oportunidades e o reconhecimento de todo brasileiro como um cidadão, independente da etnia ou cor da pele, assim como a garantia do direito à participação nas atividades políticas, empresariais, econômicas, educacionais, culturais e esportivas, a defesa da dignidade da pessoa humana e a liberdade cultural e religiosa (BRASIL, 2010).

⁷ O Estatuto da Igualdade Racial, instituído pela Lei 12.288/2010 se destina a garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate da discriminação e todas as formas de intolerância étnica (BRASIL, 2010).

A relevância do Estatuto da Igualdade racial⁸ está no estabelecimento de um conjunto de ações de saúde voltadas para a população negra. Foram estas ações que contribuíram para a construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída pela portaria nº 992/2009. O Estatuto, foi organizado a partir de três diretrizes: I - 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; II - produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra; III - desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação para contribuir com a redução das vulnerabilidades da população negra (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN tem como um dos seus objetivos aprimorar a qualidade do sistema de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados do Sistema Único de Saúde - SUS, incluindo os serviços conveniados e contratados (BRASIL, 2009). O quesito cor nos instrumentos de coleta de dados é um instrumento necessário para qualificar os serviços de saúde, especialmente para a população negra.

Esta política tem como marca o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (BRASIL, 2009). Werneck (2016) apresenta que a PNSIPN aponta o racismo e a discriminação como elementos centrais no processo de adoecimento e morte de pessoas negras, mesmo assim, ainda hoje, onze (13) anos depois de sua institucionalização, essa política ainda não ganhou adesão suficiente. Braz et al (2013, p. 559), destacam que o não preenchimento da variável raça/cor nos formulários de saúde [...] “implica a dificuldade atual de se dimensionar o desempenho do SUS em relação ao princípio da equidade da atenção à saúde com recorte étnico-racial [...]”.

Apesar das críticas colocadas ao Estatuto da Igualdade Racial⁹, observamos a sua segunda diretriz que trata sobre a produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde

⁸ Cabe nos ressaltar que o Estatuto da Igualdade Racial está em amplo debate nas redes do Movimento Negro porque não existe um consenso sobre ele. Alguns celebram a sua existência e outros lamentam. O MNU apontou que a aprovação da proposta deste texto ocorreu por meio de negociações partidárias que colocaram em xeque as reivindicações históricas colocadas pelo movimento (SANTOS, 2010). SANTOS, J. L. Estatuto da igualdade racial: o debate que não houve. 2010. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/estatuto-da-igualdade-racial-o-debate-que-nao-houve/#:~:text=O%20MNU%20%28Movimento%20Negro%20Unificado%29%2C%20como%20resolu%C3%A7%C3%A3o%20de,civil%2C%20e%20posteriormente%20fosse%20apresentado%20ao%20Estado%20brasileiro>

⁹ De acordo com Santos (2010) as alterações realizadas no texto original retrocederam frente às reivindicações do Movimento Negro. O autor expõe que a crítica maior é de que o Estatuto tem um caráter autorizativo, sem o poder de imposição legislativa, ou seja, não obriga o Estado Brasileiro, em todas as suas instâncias, a implementar os

da população negra. Assim, entendendo a relevância da contribuição deste trabalho, construído por uma mulher negra, que tem por objetivo analisar a incorporação do debate étnico-racial na política de saúde no Brasil, trazendo à tona a ideologia racista instaurada na área, desde o racismo científico, e incorporadas por meio das concepções eugenistas-higienistas, reforçamos a necessidade de avançarmos na incorporação do racismo enquanto um elemento estrutural do processo saúde-doença.

Observamos que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN (2009) tem buscado desempenhar tal papel, porém está ainda se dá de forma incipiente visto que o campo raça/cor dos formulários de saúde permanecem “invisíveis” para grande parte dos profissionais de saúde, o que impossibilita e fragiliza a formulação de políticas pública para a população negra brasileira (BRAZ et al, 2013); (VARGA e CARDOSO, 2016); (MAIO et al, 2010); (OLIVEIRA et al, 2020); (MONTEIRO, 2016). Ademais, insistimos em negar a questão racial na saúde como um elemento secundário ou menor, ao contrário, defendemos e compreendemos que trata-se de uma política de Estado, que mesmo sob normativas segue sendo o genocida da população negra no Brasil.

Logo, a relevância desse debate ocorre porque, segundo Almeida (2018), o racismo é sempre estrutural, pois integra a organização econômica e política da sociedade. Para este autor, o racismo é construído historicamente, e “[...] fornece o sentido, a lógica e a tecnologia para as formas de desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea” (ALMEIDA, 2018, p. 16). Nesse sentido, o racismo está presente também no campo da saúde, manifestando-se no racismo institucional.

Destacamos que a perspectiva que orienta esse trabalho acerca do processo saúde-doença tem como base o modelo histórico-social, “aquele que busca explicar perfis diferenciados de saúde e doença por intermédio de uma estreita relação com o contexto histórico, o modo de produção e as classes sociais” (BORGHI *et al.*, 2018, p. 872). Por isso, abarca dimensões históricas, o desgaste laboral do sujeito, a reprodução da força de trabalho e a classe social. Dessa maneira, buscaremos apresentar as particularidades da saúde da população negra e a implicação do racismo no seu modo de viver, adoecer e morrer.

Dessa forma,

[...] o processo saúde-doença é entendido simultaneamente como resultado e componente dos modos de vida dos indivíduos e coletividades, posto que as múltiplas dinâmicas sociais que influenciam suas vidas colocarão possibilidades maiores ou menores de proteção da saúde. Essas possibilidades, ao mesmo tempo,

pontos nele apresentados. Outra crítica é a de que não havia nenhum recurso financeiro direcionado para a implementação do mesmo, além da fragilidade do debate com a sociedade civil.

delimitam a margem histórica de movimento dos indivíduos diante da saúde-doença (GOMES, 2017, p. 36, grifo nosso).

Marcamos nossa concepção de saúde ao apresentar as particularidades da saúde da população negra no Brasil, entendendo que “o corpo socialmente investido não é homogêneo, dado que em sociedades determinadas os diversos corpos, não tem significatividade igual, mas ao contrário, se dimensionam e adquirem significados particulares” (DONNANGELO, 1979, p.26).

Respalhada por autores como Caio Prado Júnior (1942), Octávio Ianni (1987) e Florestan Fernandes (1989), afirmamos que a questão étnico-racial não foi resolvida no Brasil. Avançamos nesta análise a partir de autores negros, como Clovis Moura (1994); (1983); (1988); Abdias Nascimento (2016); Sueli Carneiro (2022); Silvio de Almeida (2018). Autores que partem de uma leitura não paternalista sobre a realidade brasileira, especialmente com relação à população negra brasileira, para estes autores, estes sujeitos são históricos, eles reconhecem suas lutas, seu protagonismo, sua resistência, suas obras não os mencionam com termos pejorativos ou como simples objetos de estudo ou observação, como se fossem elementos estáticos observando a história acontecer.

Destaco ainda que a população negra ocupa também um lugar na classe trabalhadora, porque historicamente por efeito dos anos do escravismo no Brasil, foi destituída de toda riqueza e acesso a terra, e tem apenas sua força de trabalho para vender em troca de salário o que a coloca em um lugar dentro da classe trabalhadora e das lutas de classes que a faz exigir e reivindicar por pautas singulares.

Ao se classificar socialmente, o negro adquire uma situação de classe proletária. No entanto, continua a ser negro e a sofrer discriminações e violências. Afirmar-se somente pela raça pressupõe uma utopia. (...) é imperativo que a classe defina a sua órbita, tendo em vista a composição multirracial das populações em que são recrutados os trabalhadores. **Todos os trabalhadores possuem as mesmas exigências diante do capital. Todavia, há um acréscimo existem trabalhadores que possuem exigências diferenciais, e é imperativo que encontrem espaço dentro das reivindicações de classe e das lutas de classes** (FERNANDES, 1989, p. 61. grifo nosso).

Diante das singularidades desse segmento populacional, promovidas por uma história produtora de desigualdades, o Estatuto da Igualdade Racial promove a participação da população negra em igualdade de oportunidades por meio de algumas estratégias, dentre elas a eliminação dos obstáculos históricos, socioculturais e institucionais que impedem a representação da diversidade étnica nas esferas pública e privada (BRASIL, 2010).

No desenvolvimento deste trabalho tomei por direcionamento o que Minayo (2005) defende sobre uma boa análise qualitativa, que deve explicitar os interesses e as dificuldades enfrentadas pelo pesquisador na construção do seu objeto, por isso, devo apresentar que minha

intenção inicial no Programa de Pós- Graduação em Serviço Social foi de “compreender em que medida a presença do racismo institucional está relacionado ao desconhecimento dos trabalhadores da saúde inseridos na Atenção Primária, da cidade de Juiz de Fora, sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN/2009)”. Tal pesquisa exigiria uma análise em campo, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde - UBSs do município. Entretanto, dada a Pandemia da COVID-19, as medidas de isolamento social e os decretos municipais, não foi possível realizar a pesquisa de campo. Desta forma, redefinimos o caminho da pesquisa e o objetivo do estudo – o objeto permanece o mesmo: saúde da população negra.

Yazbek (2005, p. 155- 156) apresenta que “é tarefa da pesquisa evidenciar os processos sociais e históricos de um tempo e lugar, em suas múltiplas dimensões, nos mostrando como a realidade se tece e se move pela ação de sujeitos sociais”. Buscamos compreender os processos sociais e históricos referentes à saúde da população negra no Brasil. Partiu-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica do tipo teórica (SANTOS; CANDELORO, 2006), que revelou o universo de contribuições científicas dos autores que se debruçaram sobre este tema.

Foi realizado ainda um levantamento bibliográfico no site Scielo, utilizando os descritores: saúde da população negra e racismo, com delimitação temporal entre os anos de 2009 até os anos de 2020. O marco utilizado foi devido a instauração da portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN/2009.

Neste primeiro momento da pesquisa, presente no anexo (I) deste trabalho, encontrei o total de 84 (oitenta e quatro) achados, com delimitação das publicações traduzidas para o português¹⁰. Posteriormente, realizei a leitura de todos os 84 (oitenta e quatro) resumos, onde foram selecionados 33 (trinta e três) artigos a serem utilizados na produção/fundamentação teórica deste estudo. Realizei a leitura e os fichamento de um total de 26 (vinte e seis) artigos que contribuiriam nas reflexões apresentadas nesta dissertação

No segundo momento, foi realizada outra pesquisa na mesma base de dados, desta vez, com os descritores, higienismo e eugenia. Foi encontrado um total de seis (6) achados utilizando o filtro de idioma em português. Ao ler os resumos de todos os artigos, optei por utilizar três (3) deles, visto que os demais estavam voltados especificamente para a área da educação e da educação física. Não foi demarcada periodicidade, com o objetivo de encontrar o maior número de estudos possíveis (Verificar anexo II).

¹⁰ Por se tratar da análise da realidade brasileira.

Outra busca foi realizada com os descritores determinação social do processo saúde-doença e racismo. Não foram encontrados resultados com a utilização destes descritores, dessa forma, a busca por cada um foi feita separadamente. Assim, para o descritor: determinação social do processo saúde-doença achou-se trinta e seis (36) trabalhos (embora tenha aparecido um total de sessenta e dois resultados, os títulos estavam repetidos). Não utilizei estes trabalhos, fiz uso do material trabalhado no grupo de pesquisa¹¹. Acerca do descritor: racismo, me detive aos achados da primeira busca, contidos no anexo (I).

Realizou-se ainda levantamento bibliográfico sobre a formação social brasileira em relação com o racismo, sendo destacados autores como Octavio Ianni, Florestan Fernandes, Clóvis Moura, Carlos Hasenbalg, Maurílio Lima Botelho, Emília Viotti da Costa, Jacob Gorender, João Pedro Stédile, Silvio Luiz de Almeida, Ana Paula Procópio Silva.

Utilizamos referências documentais e bases de dados para ilustração e sustentação das análises, como as bases do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), para conhecer as informações relativas à população negra brasileira. Além de materiais produzidos pela ABRASCO, através do Grupo Temático para o Racismo e Saúde¹².

A pesquisa documental analisou as legislações concernentes ao tema em questão, como: a portaria do Ministério da Saúde de nº 992, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN; e a Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, que institui o Estatuto de Igualdade Racial – EIR.

Com relação às legislações, Luís Eduardo Batista, coordenador do Grupo de trabalho (GT) Racismo e Saúde da Abrasco¹³ apresenta que, de acordo com a Pesquisa de Informações Básicas Municipais de 2018¹⁴ do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, dez anos depois da instituição da PNSIPN, apenas 27,8% dos 5.570 municípios brasileiros incluíram ações previstas no documento no plano municipal de saúde.

Em vista disso, Silva (2007) defende que as pesquisas na contemporaneidade não requerem apenas capacidade, mas que é necessário delimitar objetos de estudo que sejam relevantes para a maioria da população brasileira que não participa da riqueza socialmente produzida, ou seja, para a classe trabalhadora.

¹¹ Optamos por fazer uso de autores como : Maria Cecília Ferro Donnangelo, Asa Cristina Laurell, Roberto Passos Nogueira, dentre outros, por terem sido amplamente discutidos pelos membros do grupo.

¹²Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude/>

¹³<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/luis-eduardo-batista-na-formacao-de-profissionais-de-saude-nao-ha-discussao-sobre-racismo/44116/>

¹⁴<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?=&t=resultados>

A apresentação da dissertação ocorre em três capítulos, no primeiro, utilizamos as obras de Moura (1994), Fernandes (2008), Ianni (1987) e Hasenbalg (2005) para melhor compreender a formação sócio-histórica do nosso país, buscando elaborar, especificamente, como a população negra foi tratada durante o período colonial e posteriormente, com a consolidação das características do capitalismo dependente no Brasil, que marcam as relações sociais e raciais do país ainda hoje.

Com as contribuições desses autores, discutimos o mito da democracia racial, a política de branqueamento, a apropriação, por parte do Estado, das perspectivas eugenistas-higienistas no sanitarismo e no incentivo à política de imigração de alemães e italianos no século XX, levando em consideração, ao longo do trabalho, a concepção do racismo como um elemento estrutural, conforme colocado por Almeida (2018).

No capítulo II, tratamos sobre conformação da política de saúde e as implicações da eugenia e do higienismo na história da saúde pública brasileira, especialmente para a saúde da população negra e suas particularidades, dada a vivência do racismo, compreendendo este elemento à luz do modelo da determinação social do processo saúde-doença, presentes em Laurell (1982) e Gomes (2017), utilizando, também, autores como Werneck (2016), Faustino (2017) e legislações do Brasil (2002), para problematizar sobre as dificuldades enfrentadas por essa população no que se refere ao acesso aos serviços de saúde e aos tratamentos adequados às suas necessidades. Neste ponto, apresentamos algumas das doenças mais incidentes na população negra e as ações do governo frente à saúde desse segmento populacional.

Por fim, no capítulo III, nos empenhamos por compreender como o pensamento crítico no campo da saúde incorporou o debate de raça a partir da determinação social do processo saúde-doença, e alisamos a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNIPN e a fundamentação que conforma a sua organização, com a finalidade de mostrar como essa política buscou superar a lógica racista enraizada na saúde brasileira, reconhecendo o racismo e a discriminação como determinantes associados ao adoecimento e a morte precoce de pessoas negras, além de apresentar as peculiaridades no processo de saúde/doença dessa população. (LAURELL, 1982); (DONNANGELO, 1979); (BRASIL, 2002); (BRASIL, 2009); (BRASIL, 2010).

Dessa forma, nosso estudo pretende contribuir para a produção do conhecimento sobre o adoecimento provocado pelo racismo, vivenciado por mais de 54% da população brasileira, autodeclarada preta e parda. Portanto, este estudo envolve valores éticos comprometidos com a socialização do saber e com a emancipação humana.

CAPÍTULO I

RACISMO E DOMINAÇÃO: O LUGAR ATRIBUÍDO À POPULAÇÃO NEGRA NA SOCIEDADE COLONIAL E NA SOCIEDADE DE CLASSES

O primeiro capítulo deste trabalho aspira mostrar como as diferenças raciais serviram de alegação dos setores dominantes para justificar a colonização de povos e de territórios que viriam a ser dominados. Assim, evidenciar que o racismo se apresenta como um instrumento de dominação a fim de garantir e proteger os privilégios da classe/raça dominante.

Nesse viés, expomos que o lugar destinado à população negra historicamente no Brasil foi um lugar subordinado, inferiorizado, pautado pela ideologia e pela dominação do racismo, e legitimado pelo Estado nacional. É este processo que nos fornece a fundamentação para compreensão do processo histórico de banalização dos corpos negros, além de nos permitir entender o porquê do uso dissimulado da violência estatal¹⁵ contra estes corpos - processo que se estende até os dias atuais.

1.1 O processo de coisificação da população negra no Brasil como uma política de Estado.

Abordamos aqui aspectos da formação social brasileira, apresentando suas particularidades e características, com o intuito de analisar a política de Estado construída historicamente.

O Brasil viveu sob o regime da escravidão por mais de três séculos, onde a força de trabalho utilizada foi majoritariamente a força de trabalho da população negra, que no primeiro momento foi trazida forçadamente do continente Africano e posteriormente foi conformando o brasileiro (com a mistura de povos indígenas, africanos e imigrantes europeus).

Historicamente, veremos que a conformação do negro no Brasil se deu de maneira subordinada e subjugada, visto que os quatrocentos anos de escravidão sofridos por essa população não foram recompensados por meio de políticas públicas eficientes, muito pelo contrário, veremos que a Lei de Terras (1850) foi criada justamente para impedir que a população negra tivesse a propriedade da terra.

¹⁵ Violência que não ocorre apenas nas favelas, ou na “luta contra o tráfico de drogas, mas também nas diversas instituições públicas, incluindo as que ofertam serviços de saúde, onde o processo da banalização dessas vidas ocorre por meio do racismo institucional.

Outro exemplo de barreiras colocadas à essa população pelo próprio Estado, está na política de branqueamento, com seu viés higienista-eugenista, que viu no imigrante, no homem branco, a “salvação”, a saída para o progresso, para a construção de uma nação, e descartou o negro e o mestiço nacional, inclusive impedindo a entrada de imigrantes africanos no Brasil. Além de implementar políticas racistas baseadas no pensamento biomédico, onde o ideal de humanidade foi o homem branco europeu (FORMIGA et al, 2019).

A realidade sócio-histórica brasileira mostrou como a população negra foi duramente escravizada, jogada à guerra para morrer (Guerra do Paraguai)¹⁶, impedida de ingressar de maneira igualitária no mercado de trabalho, na sociedade de classes que se formou. E por isso, mas não somente, fortalecida pela ideologia racista se inseriu nos piores postos de trabalho, apresentando ainda hoje os piores indicadores de saúde, educação e renda (BRASIL, 2002).

A formação sócio-histórica brasileira é marcada pelo racismo que fundamenta as relações sociais no nosso país (SILVA, 2016). A população negra trazida forçadamente do continente africano e a população nacional, originada do processo de miscigenação¹⁷, foram historicamente subalternizadas. Gorender (2011) expõe que a sociedade coisificou os corpos e as vidas das pessoas negras que foram escravizadas e que “a reação ao trabalho é a reação da humanidade, do escravo à coisificação” (GORENDER, 2011, p. 70).

Esse processo não se deu somente no período escravocrata, onde a população negra viveu por quatrocentos anos sob o regime da escravidão, mas também e, principalmente, na sociedade de classes, na sociedade capitalista dependente, onde essa mesma população não teve nenhum reconhecimento por parte do governo, nem mesmo, a reparação de todos os anos sofridos pela escravidão. Foram deixados “à margem” da sociedade (FERNANDES, 2008).

Nesse sentido, Nascimento (2016) examina como o Estado se apresentou nas políticas de cunho essencialmente racistas no Brasil. O autor expõe a política imigratória que considerou a população nacional feia e geneticamente inferior por causa da presença do sangue africano, observou assim como Moura (1994) que as teorias científicas forneceram sustentação que propuseram dar cabo da população negra brasileira.

¹⁶A Guerra do Paraguai foi o maior conflito armado internacional ocorrido na América do Sul. Foi travada entre o Paraguai e a Tríplice Aliança, composta pelo Brasil, Argentina e Uruguai. A guerra estendeu-se de dezembro de 1864 a março de 1870. A guerra afetou em proporções muito grandes todas as formas e níveis de atividades da vida nacional (trabalho, indústria, comércio, política) e consequentemente as relações escravistas que já vinham se deteriorando desde 1850 (MOURA, 1994, p. 90).

¹⁷Para Costa (2009) a miscigenação racial no país é muitas vezes citada como prova da democracia racial brasileira, ou como antídoto do racismo. Porém, há que se ressaltar que essa miscigenação foi fruto, primeiramente, da dominação e exploração sexual dos homens brancos sobre as mulheres negras (e índias) (COSTA, 2009, p. 97).

Fato inquestionável é que as leis de imigração nos tempos pós-abolicionistas foram concebidas dentro da estratégia maior: a erradicação da “mancha negra” na população brasileira. Um decreto de 28 de junho de 1890 concede que “É inteiramente livre a entrada, nos portos da República, dos indivíduos válidos e aptos para o trabalho [...] Excetuados os indígenas da Ásia ou da África, que somente mediante autorização do Congresso Nacional poderão ser admitidos.” Em várias oportunidades no período de 1921 a 1923, a Câmara dos Deputados considerou e discutiu leis nas quais se proibia qualquer entrada no Brasil “de indivíduos humanos das raças de cor preta”. Quase no fim do seu governo ditatorial, Getúlio Vargas assinou em 18 de setembro de 1945, o Decreto-Lei nº 7967, regulando a entrada de imigrantes de acordo com “a necessidade de preservar e desenvolver na composição étnica da população, as características mais convenientes da sua ascendência europeia” (NASCIMENTO, 2016, p. 65).

Acerca do período colonial escravocrata, Moura (1994) apresenta duas fases distintas em seu aspecto demográfico, mas também social, econômico, político e cultural. O autor divide essas fases no que chama de *escravismo pleno* e *escravismo tardio*. O primeiro compreende os anos de 1550 até aproximadamente 1850. “Nesse longo período de mais de trezentos anos, estrutura-se e dinamiza-se o modo de produção escravista no Brasil como todas as características que determinarão o comportamento básico das duas classes fundamentais da sua estrutura social: senhores e escravos” (MOURA, 1994, p. 35). Neste período, a produção era voltada para o mercado exterior principalmente, Portugal.

Fernandes (1972), Viotti da Costa (1989) Gorender (2011) e Moura (1994) problematizam acerca da organização nacional, que se voltava para o mercado externo, e acrescentam que esse elemento é a primeira característica do capitalismo dependente. Fernandes (1972) explica que a maior parte do lucro era advinda da exportação de produtos primários, e que esse tipo de organização produtiva dificilmente se ampliaria para formas capitalistas genuínas, ou seja, às formas do capitalismo central, não dependente.

Grande parte do excedente econômico é gerada pela exportação de produtos primários, e a organização da produção, nesse setor, dificilmente poderia evoluir para formas especificamente capitalistas, sem elevar os custos a níveis demasiado altos. Além disso, a conjugação de procura externa com técnicas de produção extensiva acarretou um padrão de crescimento econômico pouco flexível, fundado em substituição súbita dos produtos básicos e em constante mobilidade dos centros economicamente prósperos, descrito por alguns autores como *ciclos econômicos* (FERNANDES, 1972, p. 51).

Sobre esse assunto, Hasenbalg (2005) apresenta que a escravidão foi ligada ao sistema internacional através do nexo da produção de mercadorias, e por isso, é dependente, do capitalismo moderno. Ele caracteriza a escravidão nas Américas como um processo de regressão social, de reinstituição de um modo de produção arcaico. “As sociedades escravistas modernas eram de uma qualidade híbrida e nenhuma esteve totalmente livre da influência econômica, moral e social do capitalismo moderno” (HASENBALG, 2005, p.51).

Ianni (1987) também traz sua contribuição pois apresenta que para entender a sociedade brasileira do século XIX é necessário ter o conhecimento de seu contexto, onde são destacados: o intercâmbio econômico com a Inglaterra e a organização escravocrata do trabalho produtivo. Dessa forma, entendemos que a sociedade brasileira esteve apoiada numa economia produtora de mercadorias para o mercado internacional, principalmente, café, açúcar, fumo, arroz, borracha, etc, tendo por fundamento a utilização do trabalho escravo.

O segundo momento, caracterizado por Moura (1994) como *escravismo tardio*, compreende os anos de 1851 até 1888, cujo marco histórico foi a Abolição da escravatura. No *escravismo tardio* inter cruzam-se relações escravistas e capitalistas. Mas, com uma característica particularizada: essas relações capitalistas, no que elas têm de mais importante e significativo, “não surgiram preponderantemente da nossa acumulação interna, mas foram injetadas de fora, implantadas por todo um complexo subordinador que atuava no pólo externo” (MOURA, 1988, p. 237). Dessa forma, assim como apontado por Fernandes (1972) a organização da economia nacional se deu em função da economia dos países de capitalismo central.

O modo escravista de produção que se instalou no Brasil era uma unidade econômica que somente poderia sobreviver *com e para* o mercado mundial, mas por outro lado, esse mercado somente poderia dinamizar o seu papel de comprador e acumulador de capitais se aqui existisse, como condição indispensável, o modo de produção escravista. Um era dependente do outro e se completavam (MOURA, 1994, p. 38).

De acordo com Viotti da Costa (1989), a força de trabalho escrava africana foi a preferida desde os primórdios da colônia. A autora explica que foi o desenvolvimento da produção açucareira no século XVIII e principalmente na metade do século XIX que contribuiu para o aumento da população escrava no país. Apresenta também as condições que se davam o comércio de escravos, onde as viagens eram muito precárias, os negros ficavam amontoados nos porões dos navios¹⁸ durante quase dois meses. Eram tidos enquanto mercadorias e tinham seus corpos descritos como se fossem produtos expostos nas feiras¹⁹, estas só vieram a ser

¹⁸ Os conhecidos navios negreiros. As viagens se davam em péssimas condições de higiene e alimentação, quando os africanos chegavam no Brasil eram desembarcados no litoral e ensinados a falar as primeiras palavras em português. Cortaram seus cabelos, que serviam para caracterizar suas tribos e territórios, os descaracterizaram para impedir que se identificassem e assim fragilizar seu poder de resistência. Para mais detalhes ver Viotti da Costa (1989).

¹⁹ Quem pretendesse comprar escravos deveria preferir os que tivessem “pés redondos”, barrigas da perna grossa e tornozelos finos, o que as tornava firmes; pele lisa, não oleosa, de bela cor preta, isenta de manchas, cicatrizes e odor demasiado forte; com as partes genitais convenientemente desenvolvidas. (VIOTTI DA COSTA, 1989, p. 87).

proibidas em 1869. Entretanto, a escravidão se mostrava adequada e rentável às classes dominantes naquela época.

Dissemos que somente a escravidão era a forma de trabalho adequada ao sistema colonial porque somente ela, através da exploração econômica e extra-econômica do trabalhador, com um nível de coerção social despótico e constante, poderia extrair o volume de produção que fizesse com que esse empreendimento fosse compensador (MOURA, 1994, p. 39).

Moura (1994) e Viotti da Costa (1989) apontam a condição a que o escravo era submetido, como um corpo coisificado²⁰, como uma mercadoria, “...idêntica a qual ele próprio produzia. E é nesse nível de relações econômicas que o escravo é socialmente *coisificado*” (MOURA, 1994, p. 25).

Neste contexto, Almeida (2018, p. 21) caracteriza o período colonial como um “processo de destruição e morte, de espoliação e aviltamento feito em nome da razão”, onde a classificação de seres humanos serviu como tecnologia do colonialismo para destruir povos da África, da Ásia e outros. Este autor apresenta que no século XVIII o projeto iluminista fez separação entre o homem civilizado – homem branco europeu - e o homem primitivo – índios e negros - e por isso, houve a difusão de um pensamento que indicou a colonização como um caminho à modernidade e à civilização dos povos então considerados “primitivos”.

Coutinho (2010) traz uma importante contribuição acerca do projeto de modernidade defendido pelos chamados “civilizados”. O autor explica que tanto o racionalismo quanto o irracionalismo são elementos necessários ao pensamento burguês, ou seja, à ideologia dominante, pois “quando atravessa momentos de crise, a burguesia acentua ideologicamente o momento irracionalista, subjetivista; quando enfrenta períodos de estabilidade, de “segurança”, prestigia as orientações fundadas num “racionalismo” formal”. (COUTINHO, 2010, p. 16). Assim, a burguesia estabeleceu sua dominação, sua superioridade sobre os povos a quem ela mesma denominou de “primitivos” e se utilizou da razão, do racionalismo formal para legitimar sua ação.

Hasenbalg (2005) acrescenta que as ideias predominantes no Iluminismo, as premissas de liberdade e igualdade não eram destinadas para a humanidade como um todo. O autor explica como o eurocentrismo dividiu a humanidade em homens e sub-homens, em homens brancos e, por isso, superiores, e homens não brancos, portanto, inferiores, animais e bárbaros.

²⁰ Processo de coisificação das relações humanas. Ver: Netto (1981).

Almeida (2018) complementa ao expor que o Iluminismo permitiu a classificação dos grupos humanos a partir de características físicas e culturais, onde ficou estabelecida a distinção entre o civilizado e o primitivo. Para o autor, a associação de seres humanos a características de animais é uma tônica comum do racismo, do “processo de desumanização²¹ que antecede práticas discriminatórias ou genocídios até os dias de hoje” (ALMEIDA, 2018, p. 23). Dessa forma, a fim de preservar seus privilégios (branco burguês) tornou-se necessário negar a humanidade à população negra e lançar mão do irracionalismo.

As ideias humanitárias e libertárias do Iluminismo difundidas pelas revoluções americana e francesa conflitaram, evidentemente, com o racismo, mas paradoxalmente contribuíram também para o seu desenvolvimento. Defrontados com a gritante contradição entre o tratamento dos escravos e povos colonizados e a retórica oficial de liberdade e igualdade, europeus e norte-americanos brancos começaram a dicotomizar a humanidade entre homens e sub-homens (...) o desejo de preservar as formas lucrativas de discriminação e exploração e a ideologia democrática tornou necessário negar a humanidade aos grupos oprimidos (HALSENBALG, 2005, p.119).

Diante disso, Ianni (1987, p. 323) aponta que a ideologia dominante se apresenta, porque o branco se considera e se comporta como superior em relação ao negro “[...] poderíamos afirmar que a ideologia do branco só é inteligível como componente de uma consciência social de dominação, em que o próprio branco se representa superior aos outros, isto é, com direito de dispor dos outros”.

A ideologia do negro, por seu lado, fundada numa relação de inferioridade em face do branco que detém presumivelmente o poder, expime uma consciência de submissão. Nela o negro se imagina, em especial, a partir dos termos em que é concebido pelo branco. Nesse sentido a alienação do negro é mais acentuada. Pois que ele se vê a partir das abstrações falsas engendradas na mente do branco (IANNI, 1987, p. 323).

A esse respeito, Botelho (2013) contribui ao explicar que no contexto do período colonial a Europa se colocou como centro do mundo e cuidou de inferiorizar os demais povos para estabelecer sua dominação. “Tratava-se de um momento de construção de um aparato perceptivo, uma forma de pensar, uma subjetividade transcendental baseada na diferenciação e seleção, cuja base era a identidade europeia em formação – o ambiente cognitivo próprio ao racismo” (BOTELHO, 2013, p.204). Hasenbalg (2005, p.120) afirma que “capitalismo, escravismo e racismo são indubitavelmente relacionados ao processo de expansão internacional europeia e à ascensão da burguesia ao poder”.

Portanto, para a raça dominante, a população negra é coisificada, por isso, não tem o valor de pessoa humana. “Esse é o sentido fundamental da ideologia racial do grupo branco

²¹O processo da desumanização dos corpos negros, é um elemento importante para compreendermos o processo saúde-doença vivenciado pela população negra no Brasil, por isso, será por nós trabalhado posteriormente.

dominante, em cuja mente a cor é uma abstração reificada, definindo a totalidade da pessoa à qual é atribuída” (IANNI, 1987, p. 321). Ou seja, a pessoa negra, o corpo negro é coisificado pela ideologia do grupo branco dominante. Dessa forma, o racismo é utilizado por esse grupo, para que seus privilégios sejam mantidos, “o preconceito racial é engendrado e se manifesta em situações em que as pessoas ou grupos se defrontam na competição por privilégios sociais” (IANNI, 1987, p. 334). Isso evidencia que o projeto liberal-iluminista não tornou todos os homens iguais.

O fim do sistema colonial segundo Moura (1994) foi marcado pela vinda de João VI e pela Proclamação da Independência, que ocorreu em 1822, entretanto, ele afirma que tais acontecimentos não alteraram de forma estrutural o sistema escravista, pois de acordo com o autor esse sistema se mostrava lucrativo e servia aos interesses das classes dominantes, porquanto o número de escravos no país só crescia. Viotti da Costa (1989) contribui afirmando que com a independência não houve mudanças na estrutura agrária do Brasil colonial.

Diante ao movimento brasileiro de manter as estruturas do passado, Fernandes (1972) apresenta que a manutenção de elementos arcaicos são necessários ao nosso país – dada a singularidade do capitalismo dependente. Dessa forma, mesmo com a Independência, nosso país preservou o uso da monocultura, a utilização do latifúndio e da força de trabalho escrava, ou seja, manteve e fortaleceu os elementos arcaicos, elementos do passado no presente.

Trata-se de uma situação ambígua, pois aqui estamos diante do avesso da medalha: incorporada a contextos histórico-sociais ou socioculturais mais ou menos arcaicos, os dinamismos sociais engendrados pela competição concorrem para manter ou preservar “o passado no presente”, fortalecendo elementos arcaicos em vez de destruí-los (FERNANDES, 1976, p 167).

Fernandes (1972, p. 53) afirma que “uma economia capitalista dependente não conduz à autonomia, mesmo sob condições favoráveis de crescimento econômico”. Moura (1994) afirma que:

Tanto na fase do chamado sistema colonial, quanto na da chamada economia mercantil escravista, a essência do modo de produção não mudou: a mesma exploração do sobretabalho do escravo através de formas econômicas e extra-econômicas; jornadas de trabalho de 14 e até 16 horas de duração; castigos corporais; taxa negativa de natalidade; mortalidade espantosa entre os componentes da classe escravizada o que determinaria (numa fase como na outra) uma taxa de lucros compensadora, capaz de justificar e criar as condições para sua permanência e dinamismo (MOURA, 1994, p. 48).

O período denominado por Moura (1994) de escravismo pleno, é também, um período marcado por forte resistência por parte dos negros escravizados, o que mostra que a escravidão não se deu de forma natural ou pacífica por parte destes.

Ao mesmo tempo que crescia a população escrava, de um lado, do outro a rebeldia desse elemento se fará sentir: os índios através de guerras constantes e violentas contra os colonos, e os africanos através de movimentos coletivos como Palmares e outros grandes ou pequenos quilombos, ou no seu cotidiano de fugas individuais, em grupos, descaso pelo trabalho, delinquência ocasional contra os feitores, senhores e membros de suas famílias (MOURA, 1994, p. 37).

Moura (1988, 1994) apresentam que a resistência dos negros escravizados se dava de diversas formas, fugas individuais, ataques aos senhores e seus capatazes, e até mesmo suicídios, como forma de se libertar da vida escravizada. Sobre suas fugas o autor apresenta a formação dos Palmares²², e explica que nessas terras os negros se organizavam de forma coletiva com o objetivo de manter seus pares em segurança, podendo usufruir da liberdade. Fernandes (1972) e Viotti da Costa (1989) também destacam que a população escravizada não aceitou o processo de forma pacífica.

As organizações dos Palmares apresentavam forte ameaça para a sociedade colonial devido ao seu processo organizativo. As autoridades e os senhores se preocupavam também com a possível aliança dos grupos oprimidos aos quilombos, o que poderia apresentar uma ameaça ainda maior, não se tratava de uma ameaça à civilização mas ao modo de produção hegemonicamente vigente na época, o escravismo. Por isso, Palmares foi destruída, segundo Moura (1988, p. 1982. grifos nossos), “não por ser uma ameaça à civilização [...], mas pelo contrário, **por ter sido uma ameaça à sociedade escravista que a rodeava, pelo seu exemplo de eficiência organizacional**”.

O que determinou, segundo pensamos a empresa de destruir Palmares foi, exatamente, o seu exemplo de uma economia alternativa, com ritmo de produtividade maior do que a Colônia, desafiando, com isto, a outra economia (escravista) em confronto com a economia comunitária praticada na República (MOURA, 1988, p. 182).

O cenário apresentado diverge do apontado pela oligarquia acerca da produção das pessoas negras nas cidades e no campo, a falácia era de que o negro é preguiçoso, dado à vagabundagem, mas a verdade apontada por Moura (1988) mostra que esta população resistiu

²²A agricultura em Palmares era diversificada, a organização era coletiva, a distribuição do trabalho e do consumo era igualitária, prezavam pela cooperação e solidariedade. Se alimentavam de caça, mas também plantavam e colhiam diversos grãos, produziam artesanato e os utensílios necessários para a vida diária, precisavam fazer uso de armas (muitas roubadas do antigo senhor de engenho, outras obtidas por meio de trocas com libertos e outros) para manter segurança de seu território, já que este causava grande incômodo nas classes dominantes da época. Em Palmares a produção era farta, se dava em escala maior do que na Colônia, mas com uma enorme diferença, em Palmares os negros trabalhavam de forma solidária, cada um dava o que podia, sem a imposição de um trabalho forçado e desumano, e ainda mais, todos partilhavam de forma igualitária de tudo o que era produzido coletivamente. “um modelo de organização e disciplina, de trabalho comunitário. Os negros eram divididos em grupos, ou setores, todos trabalhando de acordo com a sua capacidade” (MOURA, 1988, p. 230).

da forma como pode ao trabalho forçado. Sobre esse discurso criado sobre do homem negro, Gonzalez (2020) revela que são estereótipos que a sociedade racista procura reforçar ainda hoje.

Portanto, o Quilombo dos Palmares foi um exemplo da resistência e capacidade organizacional protagonizada pela população negra e representou um modelo alternativo de sociedade, por isso, ele foi destruído pelas classes dominantes. “Um embrião de nação que foi destruído para que o seu exemplo não determinasse uma economia que transcendesse os padrões econômicos e políticos do sistema escravista” (Ibidem, 1988, p. 184).

Depois de 1850, com a Lei Eusébio de Queiroz²³, que proibiu o do tráfico de escravos, um processo de modernização se desenvolveu no setor tecnológico e o sistema escravista começou a apresentar decadência. Entretanto, este processo de modernização não rompeu com a estrutura fundamental do escravismo, antes preservou seus instrumentos de dominação, exploração, e prestígio (MOURA, 1994).

Como esse processo de modernização injetado, que modificava tecnologicamente o escravismo, sem modificar-lhe a estrutura naquilo que ela possuía de fundamental, mas ao mesmo tempo, subordinando a sociedade brasileira às forças de dominação que ao mesmo tempo a modernizavam, iniciou-se a última fase do escravismo, o *escravismo tardio* (MOURA, 1994, p. 52).

Além disso, na segunda fase do escravismo ocorreu uma mudança na composição étnica e numérica da população escravizada. Como os negros já não eram mais os trazidos da África, mas nascidos no Brasil, portanto, com nacionalidade brasileira, o seu número também decresceu, passaram a compor uma minoria no país. “Uma coisa porém não se alterou: o escravo continuou como propriedade, como coisa [...]” (Ibidem, 1994, p. 83).

No *escravismo tardio*, entrecruzam-se e superpõem-se relações escravistas e capitalistas [...] mas há uma característica particularizadora e significativa [...] não surgem quase nunca da nossa acumulação interna, foram injetadas de fora implantadas por todo o complexo subordinador que atuava no pólo externo, condicionando-nos econômica, social e culturalmente (MOURA, 1994, p. 83).

Diante das transformações societárias que ocorreram no país exigindo a substituição da força de trabalho, Viotti da Costa (1989) defende que por volta de 1868 o Brasil permaneceu isolado dentro de um contexto onde o mercado internacional não foi gerido mais pela força de trabalho escrava, fazendo com que a pressão externa inevitável de combater a escravidão começasse a fazer efeito no nosso país e aumentando o valor a ser pago pelo escravo. Ocorrem

²³Lei Euzébio de Queiroz de 4 de setembro de 1850 que marcou a derrubada da primeira fase do escravismo (*escravismo pleno*), tal Lei proibiu o tráfico internacional de africanos. Veja a Lei: Art 4º- a importação de escravos no território do Império fica nele considerada como pirataria, e será punida pelos seus tribunais como as penas declaradas no art.2º da Lei de 7 de novembro de 1831. A tentativa e a cumplicidade serão punidas segundo as regras dos arts. 34 e 35 do Código Criminal (MOURA, 1994, p. 85).

também mudanças na opinião pública e algumas leis protetoras²⁴ foram implementadas com o objetivo de proteger o escravo, que passou a ser “valorizado” dada a impossibilidade de sua reposição em decorrência da proibição do tráfico internacional de escravos.

No final do século XIX, os países da Europa e dos Estados Unidos viviam um avanço tecnológico, científico e econômico que revolucionou as relações sociais, enquanto no Brasil ainda se vivia em um país escravista. Por conseguinte, “uma das características mais importantes dessa segunda parte do escravismo brasileiro, que denominamos de *tardio*, é o cruzamento rápido e acentuado das relações capitalistas em cima de uma base escravista” (MOURA, 1994, p. 53). Nesse contexto, investimentos internacionais foram aplicados no país, o que impediu que a burguesia nacional obtivesse autonomia.

Ao lado desses investimentos ocuparem os espaços dinâmicos da nossa economia, ela foi acompanhada por um processo de subalternização também política e cultural nos colocando sempre como devedores e culturalmente dominados pelas nações do centro, que comandavam o mercado capitalista mundial. Os Ingleses modernizaram o Brasil mas através de estratégias de subordinação – sutis ou abertas – que determinaram progressivamente, à medida que nos endividávamos, esse processo de dependência (Ibidem, 1994, p. 54).

Nesse sentido, Almeida (2018, p. 138) apresenta que a existência da escravidão ou formas cruéis de exploração, não foi e não é algo estranho ao capitalismo. Quando o país adentra a fase do escravismo tardio, a Inglaterra investe capitais para subalternizar a economia brasileira, o que impede um movimento autônomo da burguesia nacional e das organizações econômicas, sociais e políticas no Brasil, caracterizado pelo “o encontro do escravismo tardio com o capitalismo monopolista internacional estrangulando a possibilidade de um desenvolvimento capitalista autônomo no Brasil” (MOURA, 1988, p. 184).

O processo de modernização da última fase dessa sociedade escravista era, por estas razões, injetado. A tecnologia era introduzida do exterior, os meios de comunicação mecanizaram-se, abriam-se estradas de ferro em todo território nacional, o cabo submarino era inaugurado, tínhamos gás de iluminação, telefone, bondes de tração animal, mas tudo isto superposto a uma estrutura traumatizada no seu dinamismo pela persistência de relações de produção escravistas (MOURA, 1988, p. 219).

Fernandes (1972) vai ao encontro da análise feita por Moura (1988) ao apresentar que nos países de capitalismo tardio, como é o Brasil, as classes sociais são frágeis política, social e economicamente. E explica que a ausência de autonomia, a subordinação e a dependência do

²⁴Lei 2.040 de 28 de setembro de 1871, Lei do Ventre Livre, também conhecida como Lei Rio Branco, previa que os filhos de mulheres escravas que nascessem a partir daquela data seriam livres; Lei 3.270 de 28 de setembro de 1885, a Lei dos Sexagenários determinou a libertação de escravos com mais de 60 anos de idade; Lei que extingue a pena do açoite, datada em 1886; Decreto 1695 de 15 de setembro de 1869 que proibiu de venda separada de escravos casados. Dentre outras, para mais detalhes ver Arquivo Nacional do Ministério da Justiça e Segurança Pública.

Brasil são elementos necessários para o desenvolvimento capitalista dependente, visto que o desejo da burguesia nacional em ter autonomia política,

é sufocado como parte das *exigências da situação* sob o capitalismo dependente: se o anseio florescesse e subisse à cabeça dos capitalistas nativos, estes arruinariam o seu “mundo de negócios” em troca de uma “revolução econômica dentro da ordem” que ninguém sabe onde iria parar, numa sociedade na qual a transição para o capitalismo autônomo por vezes não passa de uma miragem e as injustiças ou iniquidades são tão fortes (FERNANDES, 1972, p. 62).

Moura (1994) e Fernandes (1972) descrevem a burguesia nacional como uma burguesia dependente e subordinada, “uma burguesia auxiliar, condicionada, dependente, apêndice e colaboradora dos interesses dos compradores, vendedores ou investidores da nova Metrópole: a Inglaterra. [...] Passou a partir daí a ser uma burguesia subalterna [...]” (MOURA, 1994, p. 47).

Para Fernandes (1972) a burguesia nacional não teve um projeto nacional de sociedade. Se preocupou em manter-se no poder, por isso, transforma para conservar e sempre recorre à utilização do arcaico.

A burguesia de uma sociedade capitalista subdesenvolvida concentra o melhor de suas energias, de seu talento e de sua capacidade criadora na luta por sobrevivência econômica. Apenas incidentalmente transcende esse plano, projetando-se historicamente como uma classe que domina e modifica a estrutura ou o curso dos processos econômicos. Na verdade, seus interesses univocamente econômicos definem-se segundo esquemas tão emaranhados, instáveis e incertos que o chamado “egoísmo de classe” se alimenta de puras contingências econômicas e só se transfigura em política sob pressão de imperativos de autodefesa num plano imediatista, e mais ou menos estreito. Assim, a economia capitalista subdesenvolvida, engendra uma burguesia que é vítima de sua própria situação de classe (FERNANDES, 1972, p. 77-78).

Em conformidade com o movimento da combinação do arcaico com o moderno - necessária ao capitalismo dependente - os interesses das oligarquias latifundiárias foram mantidos e com eles seus privilégios, a posse da terra continuava sobre seus domínios e lhes servia para receber os imigrantes, “a passagem da escravidão para o trabalho livre não afetou por isto os interesses dessas oligarquias” (MOURA, 1994, p. 58). Fernandes (2008, p. 297) observa que a sociedade de classes “se ajustou, ambigualmente, a resíduos de formas sociais arcaicas, que perpetuavam o *antigo regime* no seio da ordem social competitiva e do sistema de classes”.

Outro elemento importante que marcou a vida da população negra no nosso país e serviu para manter os interesses das oligarquias latifundiárias foi a chamada Lei da Terra²⁵, também

²⁵Lei número 601 pela qual o Estado abria mão do seu direito de doar e colocava as terras no mercado para a venda a quem dispusesse de dinheiro para adquiri-las (MOURA, 1994, p. 70).

de 1850. Essa Lei transformou a terra em uma propriedade privada destinada àquele que dispusesse de dinheiro para comprá-la, portanto, impediu que os negros libertos tivessem a possibilidade de ser proprietários de terras. Sobre os libertos, Moura (1994, p. 70) explica que “dado o seu grau de descapitalização (quase absoluto, por sinal) no momento em que fossem libertados, as terras lhes seriam mercadoria de aquisição impossível” (MOURA, 1994, p. 70). Stédile (2011) também afirma que essa lei instituiu de forma legal o processo de propriedade privada da terra.

A Lei da Terra tinha, no fundo, um conteúdo político. Ela deu um cunho liberal à aquisição de terras no Brasil, mas visava impossibilitar uma lei abolicionista radical que incluísse a doação pelo Estado de parcelas de gleba aos libertos, e, de outro, estimular o imigrante que via, a partir daí, a possibilidade de transformar-se em pequeno proprietário, aqui chegando (MOURA, 1994, p. 71).

A Lei da Terra somada a política de branqueamento²⁶ teve como objetivo garantir que os imigrantes tivessem propriedade de terras no Brasil e assim impedir que alguma lei viesse oferecer terras aos negros que seriam libertos com a Abolição. “Depois disto, a abolição poderia vir sem nenhum susto ou trauma para as classes senhoriais. Tudo ficou sob controle” (MOURA, 1994, p. 79).

Fernandes (1972) acrescenta que “qualquer problema econômico que envolva o equilíbrio, a existência ou o ritmo de crescimento do setor converte-se, automaticamente, em matéria política”. (FERNANDES, 1972, p. 79). Dessa forma, a partir do momento em que a força de trabalho escrava se colocou como um empecilho para o desenvolvimento do capitalismo, os setores dominantes nacionais, subordinados aos setores internacionais, tratou de abolir a escravidão no Brasil.

Desse modo, a intenção das classes dominantes/da raça dominante, foi de excluir a participação da população negra do processo de Abolição e também da possibilidade dela ter acesso à terra. “Além das intenções protecionistas e fiscais havia embutida, sub-repticiamente, uma intenção de modernizar o Brasil sem a participação do negro, ou seja, sem aquela população que continuava escrava” (MOURA, 1994, p. 68).

Por isso se manteve por muito tempo no Brasil a escravidão “o *arcaico* que não era elemento de cogitação de modificações e por isso deveria ser ignorado. E um projeto *moderno* que não considerava esse mundo e poderia modernizar o Brasil descartando o lado *arcaico* como parte do nosso ser social. O modelo de industrialização nos quadros do escravismo era mais uma proposta ideológica de se modernizar o Brasil sem se considerar nossa realidade estrutural. Com isto mantinha-se uma sociedade arcaica idealizando-se uma dinâmica impossível de ser conseguida dentro do modo de produção escravista no que ele tinha de fundamental (MOURA, 1994, p. 69).

²⁶Esse elemento será aprofundado posteriormente.

Com relação ao processo de antecipação do movimento das classes subalternas, Coutinho (2005) se utiliza do conceito formulado por Gramsci de “revolução passiva”, para caracterizar momentos de transformações “pelo alto”, ou seja, transformações societárias que antecipam as lutas das classes subalternas, que retiram delas o protagonismo. Portanto, entendemos que a Abolição da escravatura no nosso país se caracterizou como um processo de “revolução passiva²⁷”.

Nesse contexto, a escravidão passou a ser condenada também no plano moral, “instaura-se no plano da consciência social, a contradição entre os valores cristãos e a existência real do escravo” (IANNI, 1987, p. 48), por isso, se aplicou a humanização do negro escravizado. O autor estabelece que o percurso entre o negro escravizado e o negro cidadão passou pela mercantilização da força de trabalho.

Dessa forma, ocorreu então forte pressão internacional, principalmente da Inglaterra, além da proibição do tráfico internacional de africanos a partir de 1850; do alto custo de se obter e manter um escravo; do alcance da legitimidade dos movimentos abolicionistas; da mudança na opinião pública e, principalmente da forte resistência e até mesmo insurgência da população escravizada.

No Brasil, o desdobramento desse processo foi a Abolição da escravatura²⁸ que ocorreu no dia 13 de maio de 1888. Ianni (1987) apresenta que o antagonismo essencial entre o escravo e a mercadoria aparece no momento em que o sistema econômico-social entrou num período de transformações aceleradas. Isso significa dizer que, antes disso, durante mais de três séculos a escravidão foi bem agradável para a economia nacional.

Enquanto no período de formação do capitalismo europeu a escravatura nas Américas se revelava a forma mais produtiva de organização do trabalho social, no início da fase de maturidade do mesmo sistema a ordem escravocrata se mostra incapaz de atender às novas exigências de produção de “artigos tropicais” e de importação das mercadorias produzidas principalmente na Inglaterra e França, inicialmente, e Alemanha e Estados Unidos depois [...]. Por isso, em boa medida se dá a revolução abolicionista [...] (IANNI, 1987, p. 318).

²⁷O fato histórico da ausência de uma iniciativa popular unitária no desenvolvimento da história italiana, bem como o outro fato de que o desenvolvimento se verificou como reação das classes dominantes ao subversivismo esporádico, elementar, desorganizado, das massas populares, mediante ‘restaurações progressistas’, ou ‘revoluções- restaurações’, ou ainda ‘revoluções passivas’ (GRAMSCI apud COUTINHO, 2007, p. 199).

²⁸A partir de meados do século XIX acontecem mudanças importantes no sistema econômico-social que culminam na abolição da escravatura, algumas delas são: a expansão e o predomínio da cafeicultura na economia nacional, provocando o crescimento da renda nacional; a redução e a extinção do tráfico de africanos; a adoção da Tarifa Alves Branco; o aparecimento de um incipiente setor fabril; a campanha de combate ao livre cambismo; em suma, durante a referida época houve um grande desenvolvimento econômico. É neste contexto que a coexistência entre a mercadoria e o escravo se tornam incompatíveis. O fazendeiro descobre que o escravo é um investimento oneroso, “é esse um conteúdo importante em toda a campanha abolicionista e no movimento para imigração europeia. O progresso possível do sistema econômico-social passou a depender (agora claramente) da eliminação do trabalhador da esfera dos meios de produção” (IANNI, 1987, p. 17).

Quando a expansão econômica e social no sistema escravocrata encontra-se esgotada, o trabalho livre se instaura e transformações societárias alteram a estrutura da economia e da sociedade. “Todo o processo se orientava, pois, não no sentido de converter, efetivamente, o “escravo” (ou o “liberto”) em “trabalhador livre” mas de mudar a organização do trabalho para permitir a substituição do “negro” pelo “branco”” (FERNANDES, 2008, p. 52).

Para Hasenbalg (2005) com a abolição do escravismo, o racismo, como construção ideológica e conjunto de práticas mais ou menos articuladas, foi preservado e em alguns casos até mesmo reforçado. “A preservação do racismo, independentemente do conteúdo irracional do preconceito racial, serviu aos interesses (materiais ou não) daqueles que se beneficiaram” (HASENBALG, 2005, p.120).

Moura (1994) acrescenta que a substituição do trabalho escravo pelo trabalho livre, ocorreu principalmente por causa da Guerra do Paraguai, através da participação compulsória dos escravos no Exército brasileiro para lutarem contra um país onde não existia a escravidão, a população escrava não teve alternativas, a não ser lutar, mesmo contra a sua vontade. Com a guerra, as classes dominantes percebem uma grande oportunidade de dizimar a população negra do Brasil. “Do ponto de vista da ideologia racial, encontraram a oportunidade de branquear a população brasileira através do **envio de grande quantidade de negros para os campos de batalha, de onde a sua maioria não regressou e muitos dos que voltaram foram reescravizados**” (MOURA, 1988, p. 241. grifos nossos).

Neste episódio a ideologia do *branqueamento* funcionou de modo dinâmico, procurando reestruturar e reordenar etnicamente a nossa sociedade através de uma política seletiva e racista na qual os membros dessas elites *brancas* somente participavam do conflito (quando participavam) nos seus níveis deliberantes: postos de comando. Enquanto isto a plebe e os escravos negros formavam o grosso da tropa que iam matar ou morrer nos campos paraguaios (MOURA, 1994, p. 95).

Percebemos com isso, que no Brasil há séculos o governo é conivente, quando não o ator, no processo de genocídio da população negra. Da guerra, segundo Moura (1994, p. 93), “voltaram 20 mil negros depois de cinco anos de luta, e morreram na guerra entre 60 a 100 mil”. “ Nas fileiras estão alistados somente negros, mulatos²⁹ e a escória da população branca. Esta descrição nos mostra como as elites brancas se preservaram, mandando para a linha de frente **aquela população da qual elas queriam se descartar por motivos sociais e raciais**” (MOURA, 1994, p. 95. grifos nossos).

²⁹ Ressaltamos que tal termo tem conotação racista, portanto, o utilizaremos sempre entre aspas (“ ”) para expressar o pensamento do autor, ou quando em citação direta, faremos a devida referência para mostrar que são palavras do autor utilizado e não as nossas.

1.2 A entrada de negros e negras na sociedade de classes e o racismo estrutural

Marx (2011) já dizia que os homens fazem a sua história, mas não a fazem como querem, mas sim conforme as condições objetivas que encontram. Neste sentido, Fernandes (2008, p. 66) aponta que para que o negro e o “mulato”³⁰ pudessem evitar opções dessa natureza - precária, marginalizada etc - seria preciso que, na transição para o novo regime jurídico-político e social, eles tivessem partido de uma situação de castas que lhes conferisse autonomia econômica, social e política condição histórica para que fossem, em algum sentido e de alguma maneira, agentes do seu destino nas transformações em processo. Porém,

a sociedade aberta se convertia fatalmente no contrário, quando se tratava do negro e do mulato, que não tinham meios para promover sua inclusão na ordem social legítima. A rigor, porém, suas desvantagens não paravam por aí. Além de se tornar “fechada” para os “homens de cor” a organização da sociedade de classes operava em função do poder relativo e da capacidade de atuação social ordenada dos grupos humanos em presença. Em outras palavras, ela se revelou também “insensível” aos problemas sociais do “meio negro”, em todas as questões que transcendiam ao equilíbrio imediato da ordem legal (ou seja, que não fossem “problemas de polícia ou assistência” (FERNANDES, 2008, p. 294).

À vista disso, Moura (1994) aponta que a ideologia dominante foi criada para justificar a expansão dos grupos e nações dominadoras sobre as áreas que foram dominadas, como a América Latina, a África, Ásia e o Oriente Médio. Expressando, portanto, uma ideologia de dominação, que explica sua permanência como tendência de pensamento (MOURA, 1994).

Por esse ângulo, o sociólogo nos explica que embora a ciência condene o racismo, ele não deixa de existir e, muito menos, de desempenhar o seu papel de agressividade e violência. Assim, o autor defende que o racismo tem um conteúdo de dominação não somente étnico, mas também, ideológico e político, visto que “ao longo da história, **o racismo foi a justificação dos privilégios das elites e dos infortúnios das classes subalternas. Agora ele se renova como instrumento de dominação**”(MOURA, 1994, p. 1. grifos nossos). Sendo assim, serve como justificativa de dominação de uns sobre outros, e nesse caso, de brancos sobre negros. Dessa forma, segundo Moura (1994, p. 2) “as diferenças raciais seriam um dos pretextos ideológicos de que os agressores lançariam mão para justificar a conquista de territórios colonizáveis”.

³⁰Mais uma vez ressaltamos que tal termo tem conotação racista, portanto, o utilizaremos sempre entre aspas (“”) para expressar o pensamento do autor, ou quando em citação direta, faremos a devida referência para mostrar que são palavras do autor utilizado e não as nossas.

Clóvis Moura (1994) nos explica que alguns territórios e seus povos, como os na África e na América Latina (incluindo os povos indígenas no Brasil), foram considerados “bárbaros”, “selvagens”, “inferiores”, justamente por serem não brancos. Dessa maneira, os europeus brancos justificaram sua invasão e o seu domínio sobre esses territórios, com o discurso de que iriam beneficiar essas regiões e populações, pois trariam para estes os benefícios da civilização. Desse modo:

O racismo é um multiplicador ideológico que se nutre das ambições políticas e expansionistas das nações dominadoras e serve-lhe como arma de combate e de justificativa para os crimes cometidos em nome do direito biológico, psicológico e cultural de “raças eleitas”. Há também o racismo interno em várias nações, especialmente nas que fizeram parte do sistema colonial, através do qual suas classes dominantes mantêm o sistema de exploração das camadas trabalhadoras negras e mestiças (MOURA, 1994, p. 2. grifos nossos).

Tal processo de apropriação, dominação, e inferiorização de populações não brancas trouxe desdobramentos e desigualdades que perduram até hoje na vida da população negra brasileira. Fernandes (2008), Ianni (1987) e Moura (1983) apresentam estudos cujos dados sobre a população negra revelam proporcionalmente um número mais elevado de desempregados, analfabetos, marginalizados e pauperizados, estando em geral nas ocupações pior remuneradas e socialmente de menor prestígio.

Moura (1983) problematiza esse lugar de inferioridade relegado ao negro, e busca explicação na formação histórico-social construída no Brasil. O autor destaca dois modelos de sociedade: o escravista colonial, subordinado à economia colonialista e o capitalista dependente subordinado ao imperialismo (MOURA, 1983, p. 135). Dessa forma, reafirma a dominação do imperialismo em escala global e defende que este tem o racismo como arma ideológica de dominação de classes em cada particularidade nacional (MOURA, 1994).

De acordo com o autor ambos os modelos demandaram “etnias importadas”: os africanos foram feitos escravos de forma violenta, por quatrocentos anos nesse país; os imigrantes, -considerados marginais em seus países de origem e, por isso a franja do sistema-, foram pessoas trazidas por meio das políticas de incentivo do Estado nacional a fim de embranquecer o país, como veremos posteriormente.

Entre o colonialismo e o imperialismo ocorreu um processo de manutenção de estruturas sociais de dominação e desigualdade, tendo o racismo como base de sustentação (MOURA, 1983). Logo, podemos inferir que existiu entre esses dois modelos um processo de imbricação entre o arcaico e o moderno de modo que um não exclui o outro, mas foi fundamentalmente necessário para o seu avanço e desenvolvimento. Desse modo, diversos elementos do passado,

do modelo escravista colonial, não foram desfeitos pelo emergente modelo de capitalismo dependente. Temos como exemplo desse processo, a questão da terra, e seu direito de posse propriedade, que foi impossibilitado à população negra com a Lei de Terras de 1850; a ideia de indivíduos perigosos baseada na Lei da Vadiagem de 1893, e a permanência da criminalização e da violência Estatal, mesmo depois da Abolição da escravatura em 1888.

Tais elementos, aparentemente arcaicos, revelam a conexão e a funcionalidade ainda presente na relação do passado e do presente no nosso país, e reiteram o racismo não como um resquício do arcaico, mas como uma base para o desenvolvimento capitalista no Brasil. Esse processo de mistura não excludente entre o “novo” e o “velho” que parece ser funcional e inerente ao capitalismo dependente, periférico, pode ser explicado pela teoria do desenvolvimento desigual e combinado de Trotsky³¹ que buscou compreender e dar respostas às contradições econômicas e sociais das particularidades dos países periféricos.

Acerca desse desenvolvimento desigual e combinado, Gonzalez (2020) discorre que o desenvolvimento econômico brasileiro resultou num modelo de modernização conservadora e excludente, onde foi formada uma “massa marginal”, ao lado da dependência colonial e de outras formas produtivas arcaicas. E acrescenta que essa “massa marginal”, diz respeito à força de trabalho, a superpopulação relativa, à população que se torna supérflua para o mercado de trabalho formal.

Isso posto, Hasenbalg (2005) apresenta que somente a partir de 1930, após ter cessado a imigração europeia, que a população negra brasileira começou a adentrar no mercado de trabalho assalariado de forma sistemática, “aproximadamente em 1930, que se acentuou o processo de proletarização e urbanização dos negros ... e que uns poucos membros do grupo entraram nas fileiras da nova classe média” (HALSENBALG, 2005, p.23).

Neste contexto, os estudos apontados por Ianni (1987) mostram que em meio a todo esse processo de subordinação e inferiorização da população negra, pós-abolição³², a mesma não

³¹ A análise de Trotsky sobre a realidade Russa nos permite compreender a sua formulação acerca do Desenvolvimento desigual e combinado, o que nos auxilia na compreensão das singularidades nacionais da América Latina, em especial do Brasil. No centro da análise de Trotsky, localizam-se problemáticas como a relação entre o atrasado e o moderno, que uma vez empreendida a partir da objetividade histórica totalizante, torna-se sustentáculo para a crítica dirigida ao *etapismo* daquele contexto político-conjuntural. Se Lenin corretamente identificou a penetração do capitalismo na Rússia a partir das contradições da agricultura, Trotsky se debruçou sobre a inserção da economia Russa na economia mundial, ele percebeu que o capitalismo já havia atingido, naquele tempo, um grau elevado de universalização, traduzindo-se enquanto *sistema mundial* (MEDEIROS e BEZERRA, 2019, p. 27).

³² Abolição da escravatura, ocorrida em 13 de maio de 1888, aconteceu formalmente por meio da Lei Áurea que ratificou a extinção do trabalho escravo. Conforme Fernandes (2008), esse processo tratou-se de uma antecipação da classe burguesa, a fim de retirar o protagonismo dos escravizados da luta, que se deu com uma intensa organização da população escravizada através dos Palmares e de outras formas de resistência.

deixou de resistir e de buscar meios para que seus direitos fossem respeitados e garantidos. Em 1931, na cidade de São Paulo, fundou-se a Frente Negra Brasileira – FNB³³, que teve como finalidade lutar contra o preconceito e a discriminação no trabalho, na família, na igreja etc. A população negra da época lutava para que seus direitos fossem efetivados, buscando “completar a emancipação formal, jurídica, estabelecida pela lei da abolição como uma emancipação mais efetiva, social que lhes possibilita maior acesso ao trabalho, à educação, à circulação social” (IANNI, 1987, p. 116).

Mesmo com a veiculação de jornais negros (que eram financiados pelos próprios fundadores, por isso, com muita dificuldade e sem certa periodicidade), de movimentos sociais como a FNB, e com a forte resistência da população negra nacional, sua condição econômica e social não foi alterada. Ianni (1987) apresenta que entre os anos de 1950 e 1961, na cidade de São Paulo esta população conformava essencialmente o proletariado. Como apontam os registros de Ianni sobre o período: “apenas uma pequena parcela deles acha-se na classe média. Praticamente não há negros [...] na alta burguesia. Em termos proporcionais, a maioria se compõe de trabalhadores assalariados da indústria, comércio, transportes, serviços urbanos, etc” (IANNI, 1987, p. 124).

De acordo com os estudos do mesmo autor, depois de 1940, com a expansão da indústria, a população negra passa a ser mais incorporada no mercado de trabalho, ainda assim com muita dificuldade e perseguidos pelo preconceito e a discriminação. Contudo, essa população não deixou de lutar, de resistir.

Desde o primeiro instante, no entanto, o negro e o mulato reagem ao preconceito, à discriminação e a segregação raciais. Mesmo antes da abolição, eles já haviam começado a organizar a vida com base na supremacia político-econômica e no preconceito do branco. A partir da abolição esta reação se refaz, alarga-se e aprofunda-se (Ibidem, 1987, p. 114-115).

Neste contexto, foi sancionada a Lei Afonso Arinos de 1951, considerada a primeira Lei Penal sobre discriminação no Brasil, e em 1989 o movimento negro alcançou uma importante conquista com a Lei 7.716/89, conhecida como Lei CAÓ, que substituiu a Lei Afonso Arinos, e passou a incluir como contravenção penal as práticas de preconceitos de raça; cor; sexo; etnia; religião e procedência nacional (ARAÚJO; TEIXEIRA, 2016).

Apesar da pouca atenção por parte dos governos ao longo do século XX, o movimento negro não deixou de resistir. Moura (1983) explica que a sociedade de modelo de capitalismo dependente que substituiu a sociedade escravista colonial, o fez escamoteando as lutas e

³³ A FNB foi extinta durante a Ditadura de 1937.

insurgências protagonizadas pela população negra no período colonial, a exemplo da República de Palmares, que segundo o autor foi o único acontecimento político que conseguiu pôr em xeque³⁴ a estrutura colonial e sua economia.

Além disso, o sociólogo apresenta que a população negra escravizada esteve inserida não somente nas lutas de seus pares, mas também nos movimentos organizados por outros segmentos de organização social e política. Este elemento segundo Moura (1983) não é amplamente estudado ou publicizado nos ambientes acadêmicos, cuja hegemonia é eurocêntrica. Com base nisso o autor coloca que:

Olhando o negro brasileiro sem ter estudado o seu comportamento no passado a não ser através de uma ótica acadêmica e eurocêntrica, esses marxistas universitários mitificam grande parte da nossa história social, desvalorizam fatos como Palmares e a constante insurreição negra, supervalorizam alguns fatos secundários, tudo determinado pela necessidade de comprovar os seus esquemas metodológicos (Ibidem, 1983, p. 126).

Ianni (1987) apresenta que na sociedade brasileira desde a Independência, a problemática racial foi e continua sendo necessária para se compreender a formação do povo. É também fundamental para se entender as particularidades desta sociedade, e sobre sua realidade sócio-histórica. O estudioso revela ainda que muitos pesquisadores que se debruçaram a compreender a questão às interpretaram sobre a ótica do racismo, velado ou aberto, “de permeio a essas pesquisas e controvérsias, há muito racismo aberto ou velado” (Ibidem, 1987, p. 338).

1.2.1 Formação social brasileira e o legado racista

Corroborando com Almeida (2018, p. 42), entende-se que o racismo é processo estrutural e por isso, é também processo histórico, onde “ a especificidade da dinâmica estrutural do racismo está ligada às peculiaridades de cada formação social”. Por isso, Ianni (1987, p. 308) expõe que “para compreender a condição do negro[...] , no longo período que medeia a abolição e a industrialização, é necessário compreender as transformações correntes que estão nas formas de organização das atividades econômicas, estrutura demográfica etc.”

Clóvis Moura (1994) contribui dizendo que é possível compreender a força permanente do racismo e as suas diversas formas somente se admitirmos o papel social, ideológico e político que ele possui e que, em determinados contextos políticos e momentos históricos, o racismo

³⁴ Devido a elementos que mencionaremos adiante acerca da estrutura organizacional dos Palmares.

adquire vitalidade e se desenvolve com muita agressividade, a exemplo do período colonial e do seu modelo sucessor, o capitalismo dependente.

Nesse sentido, Ianni (1987) aborda que as raças são construídas historicamente, “as raças se constituem, mudam, dissolvem ou recriam historicamente”. São as relações sociais que as constituem e modificam. Por essa razão, o mesmo autor aponta que “quem inventa o negro do branco, é o branco [...] o branco é o burguês que encara todos os outros como desafios a serem desfeitos, exorcizados, subordinados” (IANNI, 1987, p. 343).

A classe/raça dominante, em busca de exorcizar os não brancos, estabelece o lugar que estes últimos devem ocupar na sociedade, no mercado de trabalho e na vida humana. No tocante, Fernandes (2008) apresenta como a cor da pele serviu e ainda serve como marca, como critério determinante de uma posição social, que no caso da população negra, é uma posição subalterna, inferior e excludente.

A “cor” se tornou, a um tempo, marca racial e símbolo indisfarçável de uma posição social. A intolerância diante do “preto”, no contexto histórico-social que descrevemos, não visava os indivíduos por pertencerem a determinada “raça”. Mas os atingiam à medida que eles se mostrassem inconformados e rebeldes, em face daquela rígida associação entre “condição racial” e “condição social”. Nesse caso, as marcas raciais acabavam operando como pontos de referência. **Serviam para identificar uma parcela na população local que devia se manter e ser mantida numa situação social “inferior”.** Portanto, embora o fato de pertencer a certa “raça” não fornecesse o motivo de exclusão, esta se dava porque a condição social dos “indivíduos de cor” podia ser identificada por meio de determinados traços somáticos, desencadeando a identificação, por conseguinte, o funcionamento de barreiras sociais que só se manifestavam, de forma compacta, severa e incontornável, contra aqueles indivíduos (FERNANDES, 2008, p. 386. grifos nossos).

Hasenbalg (2005) está de acordo com Fernandes (2008) sobre o entendimento de que a raça/cor da pele opera como um elemento que determina o lugar ocupado pelo negro na sociedade, sendo este lugar, sempre inferior e subalterno. “A proposição mais geral é de que a raça opera como um critério com uma eficácia própria no preenchimento, por não-brancos, de lugares na estrutura de classes e no sistema de estratificação social”(HASENBALG, 2005, p.120), para o autor, a raça confina o grupo racialmente subordinado em seus “lugares apropriados”. [...] **A raça é assim mantida como símbolo de posição subalterna na divisão hierárquica do trabalho e continua a fornecer a lógica para confinar os membros do grupo racial subordinado àquilo que o código racial da sociedade define como seus “lugares apropriados”** (HASENBALG, 2005, p.90. grifos nossos).

Ao problematizar sobre as estruturas de poder herdadas da ideologia do colonizador, Moura (1983) aborda que existe uma relação funcionalista entre negros e brancos, no que diz

respeito às divisões sociais, inclusive as de trabalho, onde o negro é colocado em pé de igualdade com o branco na medida em que ele assume atividades e ações que os brancos não se sentem motivados ou interessados a fazerem, ou até mesmo acreditam ser atividades inferiores e, por isso, as rejeitam.

Nesse sentido, Hasenbalg (2005) explica que embora a raça seja um importante critério para a distribuição de posições na estrutura de classes e hierarquia socioeconômica, ela não determina a estrutura dessas posições sociais. Pelo contrário, “é o conjunto de mecanismos sociais destinados à reprodução da estrutura de posições sociais que explica as funções simbólicas e estratificadores da raça, nas sociedades multirraciais, durante o escravismo e após a emancipação” (HASENBALG, 2005, p.78).

Almeida (2020, p. 142) apresenta que “as refrações da questão social que incidem sobre a população negra têm suas raízes na escravidão e foram reconfiguradas no trabalho livre”. O racismo estabelece o lugar social do negro, e aplica nele noções de inferioridade.

o etnocentrismo do branco em relação ao negro e ao não-branco em geral teve e tem como função exatamente estabelecer fronteiras hierárquicas do ponto de vista étnico para que os grupos considerados inferiores não pudessem transpô-las através da mobilidade social. Fecha-se, assim, o leque de oportunidades para os membros considerados inferiores. Ressalta ainda, que isto aconteceu desde o Brasil colônia e durante todo o período imperial, prosseguindo, com modificações modernizadoras, até os nossos dias (ALMEIDA, 2020. p. 151).

Ocorre que com o advento da sociedade de classes no Brasil, a população escravizada ao ser convertida em cidadãos, “conheceu de modo brutal a condição alienada da liberdade que lhe ofereciam” (IANNI, 1987, p. 307). Ao serem libertos, impedidos de terem a propriedade da terra, dada a Lei de Terras, que antecedeu propositalmente a libertação da população negra no país, os negros enfrentaram diversas barreiras, sociais e raciais, pra adentrar no mercado de trabalho de forma assalariada, muitos deles continuaram por muito tempo em trabalhos análogos à escravidão, e muitos outros se viram obrigados a buscar por diferentes meios para sobreviver, como a prostituição, a mendicância etc. “Sob a aparência da liberdade, herdaram a pior servidão, que é a do homem que se considera livre, entregue de mãos atadas à ignorância, à miséria, à degradação social” (FERNANDES, 2008, p. 76).

Nesse ponto de vista, Moura (1994) revela que o imperialismo multiplica as formas de racismo, assim como também o moderniza, e o torna uma arma de dominação mais sofisticada. O mesmo autor aponta o racismo como uma verdadeira arma ideológica de dominação que se reverte de roupagens pseudocientíficas para justificar o poder da classe/raça dominante e não tem limites na busca pela dominação, pelo poder e pelo lucro.

Assim, a população negra engrossou o exército industrial de reserva nacional, “é o negro que formará o exército dos desocupados, dos sem-trabalho [...] o negro viu-se à margem

das atividades produtivas” (IANNI, 1987, p. 306). Fernandes (2008, p. 41) acrescenta que a população negra foi “ [...] eliminada das posições que ocupavam no artesanato urbano pré-capitalista ou no comércio de miudezas e de serviços fortalecendo-se de modo severo a tendência a confiná-los a tarefas e ocupações brutas, mal retribuídas e degradantes”.

Além de todas as barreiras objetivas colocadas para a população negra no Brasil, estes tiveram de enfrentar ainda barreiras ideológicas. Acerca disso, autores como Fernandes (2008), Haselbalg (2005), Ianni (1987) e Moura (1983) nos mostram como a dificuldade encontrada pela população negra em ingressar no mercado de trabalho e de se “adaptar” ao novo modo de produção social, foi encarada pelas classes dominantes como um elemento de responsabilidade única e exclusiva do próprio negro, dessa forma, essa população foi responsabilizada por seu “fracasso” social. Para Fernandes (2008, p. 46), “a escravidão atingia o seu antigo agente de trabalho no próprio âmago de sua capacidade de se ajustar à ordem social associada ao trabalho livre”.

Aqui fica claro o movimento de culpabilização da população negra, de responsabilizá-la pelo lugar historicamente destinado, esse processo advém da ideologia meritocrática, onde Almeida (2018, p. 63) observa que “ a soma do racismo histórico e da meritocracia permite que a desigualdade racial vivenciada na forma de pobreza, desemprego, e privação material seja entendida como falta de mérito dos indivíduos”.

Com referência a esse processo de culpabilização destinado à população negra, Ianni (1987) nos apresenta o elemento da ideologia racial do branco³⁵ e explica que para esta é o negro o responsável pela posição de inferioridade e desvalorização que eles próprios ocupam na cidade, “o sentido geral da ideologia racial do branco visa colocar sempre o negro [...] em posição desfavorável na hierarquia das relações sociais (IANNI, 1987, p. 92). Assim,

A ideologia racial do branco apresenta múltiplas faces e visa facilitar o ajustamento às situações sociais surgidas, habitualmente nas relações com os negros e mulatos. Por isso, ela apresenta essas pessoas como sendo as **próprias responsáveis pelas posições inferiores ou desvalorizadas que ocupam na cidade.** (IANNI, 1987, p. 90. grifos nossos).

Hasenbalg (2005) apresenta, que o verdadeiro legado da escravidão para a vida do povo negro brasileiro, para além da desvantagem competitiva envolvida no racismo e discriminação, foram a curto e médio prazo: “analfabetismo maciço, limitada diversificação de habilidades

³⁵O mesmo que branquitude ou branquidade. Ver (FRANKENBERG, 2004).

ocupacionais e grande concentração demográfica em áreas rurais, à margem do desenvolvimento urbano e industrial” (HALSENBALG, 2005, p.56).

O regime do trabalho escravocrata se extinguiu, mas não levou consigo o elemento de subordinação e exclusão da população negra. “De um lado, enquanto a ordem jurídico-política da sociedade inclusiva passou por verdadeira revolução, sua ordem racial permaneceu quase idêntica ao que era no regime de castas” (FERNANDES, 2008, p. 318; homens e mulheres negros(as), continuaram sofrendo os mesmos preconceitos que antes sofriam, “o regime antigo não desapareceu por completo após Abolição. Persiste na mentalidade, no comportamento e até na organização das relações sociais dos homens [...]” (FERNANDES, 2008, p. 302). “Percebe-se com facilidade como a degradação pela escravidão, a anomia social, a pauperização e a integração deficiente combinam-se entre si para engendrar um padrão de isolamento econômico e sociocultural do negro [...] que é aberrante em uma sociedade *competitiva, aberta e democrática*”(FERNANDES, 2008, p. 301. grifo do autor).

Dessa forma, na sociedade de capitalismo dependente como é o Brasil, os homens se tornaram livres, mas sem oportunidades iguais, sem equiparações sociais. Ianni (1987) corrobora com Fernandes (2008) e Moura (1994) ao afirmar que a revolução burguesa no nosso país não foi capaz de resolver o problema racial, “transformou o negro, o índio, e imigrante em trabalhadores, mas não os transformou em cidadãos” (IANNI, 1987, p. 354).

Como destacado, a população negra ficou com os piores postos de trabalho, os menos remunerados e mais perigosos e assim, a saúde dessa população também foi ignorada. Fernandes (2008) nos mostra que, como uma “herança da escravidão” a cor da pele serviu como um marcador social, e por isso, ela determinou o lugar social que a pessoa ocupa na organização do trabalho, dessa forma, o branco, mesmo na sociedade capitalista, se considera e se comporta, ainda, como o senhor e conseqüentemente considera o negro como o escravo. **“A tradição escravocrata associou de tal modo “cor” e “posição social” que o branco recém-egresso do regime de castas, ainda se comportava como se fosse o senhor e revelava extrema intransigência diante de qualquer quebra ostensiva da velha etiqueta das relações raciais”** (FERNANDES, 2008, p. 362. grifos nossos).

Tal dominação se dá em todas as esferas da vida social, por isso, Ianni (1987) e Fernandes (2008) consideram que o problema da discriminação e preconceito escondem as tensões entre as classes sociais. Isto ocorre porque o preconceito e a discriminação conferem tamanho sofrimento e prejuízo à população negra, e esta não identifica a real intencionalidade e funcionalidade desses elementos, não enxergam que dentro do preconceito e da discriminação existe a contradição entre burguesia e proletariado.

Discriminando-se racialmente, os membros dos grupos sociais, hierarquizados ou não, não tomam consciência dos verdadeiros fundamentos das tensões que os opõem. **Objetivadas na cor ou outros atributos ideologicamente construídos, essas tensões não alcançam a consciência social dos membros da sociedade, enquanto membros das classes** (IANNI, 1987, p. 333. grifos nossos).

Ianni (1987) apresenta que a inteligibilidade dessas ideologias (ideologias raciais) depende da sua inserção no contexto mais amplo da *consciência de classe*, a partir da qual se desenvolve a interpretação. Apesar de não poder reduzir-se sumariamente a essa categoria, a análise precisa, caminha tendo por fundamento as tendências e significados da consciência de classe. Isso significa que o preconceito racial e a discriminação racial são desdobramentos de uma desigualdade de classe, embora seja equivocado reduzi-la somente a essa dimensão, o que leva muitas vezes a considerar a questão racial como um elemento secundário ou menor diante a questão de classe.

Em síntese, a discriminação, as barreiras, os estereótipos organizados em ideologias raciais, operam como componentes ativos recorrentes num sistema societário, que de conformidade com a estrutura de dominação vigente, deve ser preservado. Muitas vezes, as distinções entre os grupos que se definem como racialmente diversos e desiguais exprimem, em geral de modo mistificado, relações reais de dominação-subordinação (Ibidem, 1987, p. 337).

Com relação a especificidade da raça/cor no interior da classe social, Hasenbalg (2005, p.20) observa que maioria de pessoas negras no Brasil é exposta aos mesmos mecanismos de dominação de classe que afetam os demais grupos subordinados, ou seja, os sujeitos pertencentes à classe trabalhadora, contudo “[...] as pessoas de cor sofrem uma desqualificação peculiar e desvantagens competitivas que provêm de sua condição racial” (HASENBALG, 2005, p.20).

Para Almeida (2018, p.15), o elemento central, que faz com que desvantagens incidam sobre a população negra, é o racismo, este autor defende a tese de que o racismo é sempre estrutural e, por isso, integra a organização econômica e política da sociedade. Ele aponta que todas as outras classificações, a saber, racismo institucional, racismo individual, dentre outras, são modos parciais e incompletos de se conceber o racismo. Portanto, todas as manifestações do racismo, seja nas relações interpessoais, nas instituições etc, “são manifestações de algo mais profundo, que se desenvolve nas entranhas políticas e econômicas da sociedade” (ALMEIDA, 2018, p. 16).

Fernandes (1989) ressalta a particularidade da população negra dentro da classe trabalhadora. O autor compreende que esse segmento da classe possui exigências diferentes e destaca que essas precisam ser acolhidas no bojo da luta de classes, visto que raça e classe não

são elementos que se confrontam ou se excluem, mas que se integram. Davis (2016) acrescenta que não interessa à população negra a negação da classe visto que **“ a recusa da classe apenas serve para aprisionar a crítica ao racismo e ao sexismo a preceitos moralistas, incapazes de questionar o sistema de opressão em sua totalidade”** (DAVIS, 2016, p. 75. grifos nossos).

Todos os trabalhadores possuem as mesmas exigências diante do capital. Todavia, há um acréscimo: **existem trabalhadores que possuem exigências diferenciais, e é imperativo que encontrem espaço dentro das reivindicações de classe e das lutas de classes.** Indo além, em uma sociedade multirracional, na qual a morfologia da sociedade de classes ainda não fundiu todas as diferenças existentes entre os trabalhadores, a raça também é um fator revolucionário específico. **Por isso, existem duas polaridades, que não se contrapõem mas se interpenetram como elementos explosivos – a classe e a raça.**” (FERNANDES, 1989, p.61-62. grifos nossos).

Almeida (2015) também contribui a respeito quando apresenta a diversidade da classe trabalhadora, ele observa que as classes são compostas por mulheres, pessoas negras, indígenas, gays, imigrantes, pessoas com deficiência, e que não podem ser definidas tão somente pelo fato de não serem proprietários dos meios de produção, ou seja, por serem pertencentes à classe trabalhadora. Para o autor “ [...] para entender as classes em seu sentido material, portanto, é preciso antes de tudo, dirigir o olhar para a situação real das minorias” (ALMEIDA, 2015, p. 747).

O fato é que o Brasil avança historicamente com um discurso de uma democracia racial, isso segundo o ponto de vista do branco, ou seja, segundo o ponto de vista da raça dominante, não existem desigualdades, todas as raças vivem em plena harmonia. Afinal, de acordo com Ianni (1987, p. 131), “num país multirracial, no qual convivem raças e etnias diversas, é conveniente afirmar a igualdade de todos”.

Por isso, Ianni (1987) defende que a emancipação humana só acontecerá aliada à emancipação da população negra e indígena. “Em geral as classes dominantes organizam o Estado jogando com as desigualdades raciais, regionais, culturais e outras, além das desigualdades entre as classes sociais. Em certa medida, as várias desigualdades são capitalizadas pelas classes dominantes” (IANNI, 1987, p. 355).

Nesse sentido, o autor afirma que a emancipação dos trabalhadores passa pela emancipação da população negra e indígena. Fernandes (2008) contribui dizendo que a luta antirracista tem que partir da população negra, mas precisa e deve ser acolhida e apoiada pela população branca “ a dinamização no sentido democrático e igualitário da ordem racial tem de

partir do “elemento de cor” embora deva ser tolerada, acolhida e sancionada pelos brancos em geral (FERNANDES, 2008, p. 327).

1.2.2 Mito da Democracia Racial no Brasil

Durante muito tempo construiu-se no Brasil uma narrativa historiográfica e social a fim de disseminar para o mundo a ideia de que aqui existiu harmonia entre as diferentes raças, que viviam sem conflitos, tratadas com igualdade, portanto negou-se a existência do racismo no país. Entretanto, Ianni (1987) apresenta que no Brasil, o mito da democracia racial está em boa parte apoiado na ambiguidade com que o branco lida com o negro [...]. “Assim a ideologia racial do branco diz que não há preconceito, que todos são iguais perante a lei” (IANNI, 1987, p. 114).

Almeida (2018) destaca que o discurso da igualdade racial serviu também para “vender” ao mundo uma diversidade cultural cujo palco foi o Brasil “[...] o discurso da democracia racial, em que a desigualdade racial – que se reflete o plano econômico – é transformada em diversidade cultural e, portanto, tornada parte da paisagem nacional” (ALMEIDA, 2018, p. 82).

Foi somente depois de 1945 que os cientistas sociais voltaram seus estudos de forma sistemática, para as manifestações e significados do preconceito racial no nosso país. Ianni (1987) apresenta que estes foram provocados pela contradição insuportável entre o mito da democracia racial e a discriminação efetiva dirigida à população negra do Brasil.

Aborda ainda que, inicialmente, foi a UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) que estimulou um amplo programa de pesquisa sobre as relações raciais. Tais pesquisas mostraram empiricamente para todo mundo que a democracia racial no Brasil, era mesmo um mito, uma falácia, uma ilusão, uma verdadeira mentira, e que o país estava envolto em muito preconceito e discriminação racial.

Porém, como demonstra Fernandes (2008).

O mito em questão teve alguma utilidade prática, mesmo no momento em que emergia historicamente. Ao que parece, tal utilidade se evidencia em três planos distintos. Primeiro, generalizou um estado de espírito farisaico, que permitia atribuir à incapacidade ou à irresponsabilidade do “negro” os dramas humanos da “população de cor” da cidade, com que eles atestavam com índices insofismáveis de desigualdade econômica, social e política na ordenação das relações sociais. Segundo, insentou o “branco” de qualquer obrigação, responsabilidade ou solidariedade morais, de alcance social e de natureza coletiva, perante os efeitos sociopáticos da espoliação abolicionista e da deterioração progressiva da situação socioeconômica do negro e do mulato. Terceiro, revitalizou a técnica de focalizar e avaliar as relações entre “negros” e “brancos” através de exterioridades ou aparências dos ajustamentos raciais, forjando uma consciência falsa da realidade racial brasileira (FERNANDES, 2008, p. 311).

Ianni (1987) e Fernandes (2008) defendem que o mito da democracia racial serviu aos interesses da burguesia, atribuindo à população negra a responsabilidade pela desigualdade social, econômica e política; isentando a população branca das responsabilidades do período escravagista e do processo abolicionista; e formando uma falsa consciência das relações raciais do Brasil para o mundo. O autor ainda apresenta que o mito da democracia racial não passou de uma estratégia da raça dominante para manter seus privilégios sem ser questionada. “No Brasil, as classes dominantes sempre “manipulam”, as informações sobre aspectos da realidade social, de modo a criar a ilusão de que a sociedade é harmônica, homogênea, racialmente democrática, cordial, pacífica, ordeira etc” (IANNI, 1987, p. 217).

Conforme revela a maioria dos estudos sociológicos e antropológicos sobre a situação racial brasileira, as variações na distribuição econômico-social das pessoas e grupos étnicos e raciais não é nem ocasional, nem função estrita da hierarquia de classes. Isto é, os elementos étnicos e raciais – traços genotípicos, idioma, religião e outros- tendem a identificar as pessoas de um grupo entre si e nas suas relações com as pessoas de outros grupos. A verdade é que o preconceito, a discriminação e a barreira social de base étnica ou racial pode manifestar-se nas relações de trabalho e familiares, na escola, igrejas e seitas, em círculos políticos e assim por diante. (IANNI, 1987, p. 265).

Acerca da democracia racial, Clóvis Moura (1983) contribui dizendo que ela serviu e ainda serve de suporte ideológico, assentado numa política discriminatória e racista de extermínio da população negra³⁶ brasileira (MOURA, 1983). Conforme o autor, este conceito torna possível a elaboração de um imaginário onde a igualdade de oportunidades são colocadas para todos, e o lugar do não acesso e da não conquista é problema, é culpa do indivíduo. Além disso, ao servir aos interesses dominantes, a democracia racial não se limita a questões de ordem moral, mas também políticas, econômicas, sociais e ideológicas.

E não é por acaso que o mito da democracia racial foi amplamente internalizado pela população nacional e também mundial (por determinado tempo, embora seus resquícios perdurem até os dias atuais). Esse mito foi difundido pela classe dominante e a ideologia da classe dominante é facilmente introduzida pela coletividade, pois ela dá o direcionamento ideológico à sociedade.

³⁶ De acordo com o IBGE- são negros aqueles que se auto declaram pretos ou pardos. Portanto, preto e pardo são categorias de classificação de cor da pele tomados a partir da auto identificação das pessoas. Neste estudo recorreremos algumas vezes ao termo “mulato”, sempre entre aspas quando não se tratar de citação direta do autor, para expressar a ideia de mistura entre as raças. No entanto, destacamos, por mais de uma vez nesse estudo, que o termo mulato, é um termo preconceituoso e discriminativo.

Quanto a essa reflexão, Marx e Engels nos dão uma rica contribuição. Para os autores, a classe que domina os meios de produção, ou seja, os maquinários, as ferramentas etc, é também a classe dominante ideologicamente, espiritualmente.

As ideias da classe dominante são, em cada época, as ideias dominantes, isto é, a classe que é força material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, sua força espiritual dominante. A classe que tem à sua disposição os meios da produção material dispõe também dos meios da produção espiritual, de modo que a ela estão submetidos aproximadamente ao mesmo tempo os pensamentos daqueles aos quais faltam os meios da produção espiritual. **As ideias dominantes não são nada mais do que a expressão ideal das relações materiais dominantes, são as relações materiais dominantes apreendidas como ideias; portanto, são a expressão das relações que fazem de uma classe a classe dominante, são as ideias de sua dominação** (MARX; ENGELS, 2007, p. 47. grifos nossos).

Ianni (1987) ratifica a análise dos autores ao demonstrar que na nossa sociedade a ideologia da democracia racial é tão arraigada e difundida, que todos grupos são fortemente influenciados por ela. Dessa forma, o autor também afirma que a ideologia racial predominante no nosso país é a ideologia da classe dominante, portanto, da raça dominante.

Verifica-se então que o arsenal ideológico pautado no mito da democracia racial serviu e ainda serve aos interesses da classe dominante, da raça dominante, para manterem-se no poder, para manter sua hegemonia e seus privilégios. Portanto, os mitos dominantes de uma sociedade servem aos interesses materiais e simbólicos de preservação do *status quo*.

Além do mais a doutrina de inferioridade do mestiço, do negro e do índio convinha à camada dominante na sociedade brasileira, interessada na manutenção do *status quo*. Essa doutrina teve e ainda tem no Brasil um papel muito importante na preservação das estruturas de dominação[...] no caso do negro, a própria situação existente nasce, em larga parte, do fato da desigualdade racial ser percebida, explicada e aceita socialmente como algo natural, justo e inevitável[...] Assim, as representações ideológicas surgem nitidamente como técnicas de dominação: ou seja, de preservação de estruturas estabelecidas (IANNI, 1987, p. 295-296).

Ao servir aos interesses dominantes, a democracia racial não se restringe a questões de ordem moral. Para Almeida (2018, p.140) “trata-se de um esquema muito mais complexo, que envolve a reorganização de estratégias de dominação política, econômica e racial adaptadas a circunstâncias históricas específicas”.

Nesse sentido, Moura (1994) destaca que o ideal de homem brasileiro é o homem branco, e que o antimodelo é o negro e o mestiço. Conforme Nascimento (2016), o “mulato” foi considerado um “avanço” racial quando comparado ao homem negro, porque se aproximava do ideal, no entanto, no que tange ao status social e a origem étnica a sua posição continuou sendo a mesma do negro, sendo sujeita ao preconceito e discriminação por parte da branquitude.

Desse modo, Fernandes (2008) e Ianni (1987) demonstram que “as circunstâncias histórico-sociais apontadas fizeram com que o mito da “democracia racial” surgisse e fosse manipulado como conexão dinâmica dos mecanismos societários de defesa dissimulada de atitudes, comportamento e ideais “aristocráticos” da “raça dominante”” (FERNANDES, 2008, p. 320). Ou seja, a raça dominante fez uso do mito da democracia racial no sentido de preservar seus privilégios, e manter-se no poder, além de justificar seus comportamentos e ideologias racistas, escamoteando a realidade.

Esta foi muito utilizada pelas elites e pelo governo, como podemos verificar na mensagem à nação brasileira realizada em 1975 pelo general Geisel, momento em que foi apontado que:

Somos uma nação que é produto da mais ampla experiência de integração racial que conhece o mundo moderno. (...) Nada poderia ser mais alheio à alma brasileira que o fenômeno da discriminação racial (...) A Constituição Federal e outros diplomas legais rarificam a vocação de fraternidade no nosso povo. (...) Fomos o primeiro país a assinar a convenção internacional para a eliminação de todas as formas de discriminação racial (GEISEL *apud* IANNI, 1987, p. 113).

Outro elemento importante foi a miscigenação, que também serviu como argumento para disseminar o mito da democracia racial. A este respeito, Nascimento (2016) contribui ao refletir sobre a chamada ameaça da “mancha negra”, onde um dos recursos utilizados para embranquecer a população foi o estupro de mulheres negras por homens brancos dos setores dominantes da sociedade, pois acreditava-se no “mulato”- fruto da relação sexual entre branco e preto-, como o primeiro degrau para se chegar à branquificação da população brasileira.

O autor explica em sua obra como a subjugação sexual de corpos negros femininos, apesar de ser um crime de violação, foi uma prática normalizada em muitas gerações para justificar a salvação da raça ariana, pura e branca.

O processo de miscigenação, fundamentado na exploração sexual da mulher negra, foi erguido como um fenômeno de puro e simples genocídio. O “problema” seria resolvido pela eliminação da população afrodescendente. Com o crescimento da população mulata, a raça negra iria desaparecendo sob a coação do progressivo clareamento da população do país. Tal proposta foi recebida com elogios calorosos e grandes sinais de alívio otimista pela preocupada classe dominante (NASCIMENTO, 2016, p. 64).

Acerca da violação sexual dos corpos negros Ângela Davis (2016) reflete que “o estupro, na verdade, era uma expressão ostensiva do domínio econômico do proprietário e do controle do feitor sobre as mulheres negras na condição de trabalhadoras” (DAVIS, 2016, p.

20). Lélia Gonzalez (2020), atribui esse processo ao duplo fenômeno racismo e sexismo que produz efeitos extremamente violentos sobre a mulher negra (GONZALEZ,2020).

Acrescenta-se a esse processo a política imigratória e de branqueamento. Nascimento (2016) acrescenta que a eliminação da raça negra, presente na ideia da miscigenação, não constituía apenas uma teoria abstrata, mas configurava-se como uma estratégia de destruição e extermínio. Muitos consideravam também que esta última seria um caminho para a ascensão social da população negra no país. Entretanto, conforme Fernandes (2008), a própria população era consciente do processo; destacado sendo observado uma política de extermínio racial (NASCIMENTO, 2016).

Em depoimento colhido no ano de 1951 por uma pessoa negra foi exposto que:

Nós não somos contra a miscigenação; Mas nós somos contra a política de miscigenação imposta, na vontade de fazer desaparecer a raça negra. A política do branco atualmente é fazer desaparecer a raça negra. Primeiro, pela miscigenação. Segundo, submergindo-a numa torrente de imigrantes brancos. **É porque o branco não deseja ouvir falar de nós. Isso, associado a uma política da polícia para fazer degradar o negro, a fim de o ver desaparecer também pela tuberculose, pela sífilis e pela prostituição.** O que queremos é que se reconheça que somos cidadãos como os outros e que temos direito à educação; integramo-nos à sociedade e não o nosso abandono voluntário, à espera que desapareçamos (FERNANDES, 2008, p. 135. grifos nossos).

Como podemos observar neste depoimento, o extermínio da população negra já se dava também através das precárias condições de vida e das doenças que a população negra era exposta, como tuberculose, sífilis etc. Nesse ponto, Nascimento (2016) observa que devido o preconceito e discriminação impostos pelo processo violento da mestiçagem, ocorreram baixas taxas de fertilidade dentre a população negra, dado o número desproporcional de homens negros comparado ao número de mulheres negras. Conforme o autor, ocorreu também elevados índices de doenças e mortalidade junto a essa população (NASCIMENTO, 2016).

Nesse ponto, percebemos que o extermínio dessa população se deu de várias formas, sob ação e/ou supervisão do Estado, através do envio dos escravizados para a guerra³⁷; com a ausência de políticas públicas destinadas à inclusão dessa população à sociedade de classes, ao mercado formal de trabalho; com as barreiras colocadas para essa população de partilhar dos recursos, da riqueza socialmente produzida; com a indiferença destinada às condições de vida e saúde dessa população. Podemos verificar este fato na passagem de Fernandes:

³⁷A mencionada guerra do Paraguai.

Sobre as taxas de natimortalidade de mortalidade, reveladas pelas estatísticas demógrafo-sanitárias de 1939, verificou-se que: “o elemento afro-brasileiro estava sofrendo uma seleção letal de proporções alarmantes em São Paulo, principalmente nos centros urbanos e no município da capital” [...] o número de óbitos ultrapassaria de um sétimo o total de nascimentos dessa população” (FERNANDES, 2008, p. 136-137).

No que tange aos dados observados por Fernandes (2008, p. 145) na análise feita na cidade de São Paulo, “parece fora de dúvidas que as condições de vida econômica e social, enfrentadas pelos negros [...], são responsáveis pelo declínio de nascimentos e pelo aumento de óbitos, observados no seio de ambos os grupos”. Ainda sobre a saúde da população negra, o autor apresenta que as precárias condições de vida, não apenas adoeciam o corpo das pessoas negras, mas também suas almas,- o sofrimento mental vivenciado por essa população é imensurável -, o que levava muitos ao ato do suicídio. De acordo com Fernandes (2008) os fatores sociais permitiam explicar as tendências ao suicídio da população negra.

Não seriam os efeitos psicopáticos ou sociopáticos dos desajustamentos sociais, em si mesmos, que alimentariam as tendências suicidógenas descritas. Mas algo que engendrava e se escondia por trás desses desajustamentos: o desejo incoercível do negro e do mulato de “ser gente”, de compartilhar do estilo de vida das garantias sociais e dos privilégios dos “brancos” (FERNANDES, 2008, p. 235).

Almeida (2018) revela que a naturalização da morte de pessoas negras, com a ausência ou a barreira no acesso à saúde, educação, saneamento básico, segurança pública tem sido colocada como um genocídio:

o racismo, mais uma vez, permite que [...] se naturalize a morte de crianças por “balas perdidas”, que se convive com áreas inteiras sem saneamento básico, sem sistema educacional ou de saúde, que se exterminem milhares de jovens negros o que vem sendo denunciado há anos pelo movimento negro como genocídio (ALMEIDA, 2018, p. 94).

Isso mostra que elementos como cidadania e democracia não são uma realidade de fato no Brasil, pois conforme Ianni (1987, p. 132) “num país como o Brasil, o princípio da cidadania não é ainda um dado da realidade social, mas apenas nos textos jurídicos-políticos”. O autor analisa então que a população negra é considerada cidadãos de categoria diversa em relação a população branca, “o operário negro é diferente do branco. Ele tem menor acesso a instituições que garantem a cidadania” (IANNI, 1987, p. 132). Isso porque “na prática, da mesma forma que a situação de classe, a situação racial implica relações econômicas, socioculturais e políticas” (Ibidem, 1987, p. 265).

Em resumo, o processo de democratização encontra no Brasil, além das barreiras ligadas a uma estrutura econômica mista, que contém elementos estruturais do passado no seu interior, também um conjunto de normas e ideias discriminatórias que dificultam

especialmente a integração e mobilidade social das populações negras e mestiças. (IANNI, 1987, p. 286).

Com relação à democracia brasileira, podemos inferir que o elemento do racismo impede o desenvolvimento humano em todas as esferas da vida social, nesse sentido, a confirmação da existência do racismo no país, por meio do mito da democracia racial não permitiu que a democracia no país avançasse. Ianni (1987, 332) apresenta que “o preconceito é uma barreira à difusão das normas democráticas”.

Como as manifestações discriminatórias geralmente fazem parte de técnicas de preservação de interesses e privilégios, elas podem ser tomadas, ao nível interpretativo, como elementos que impedem ou dificultam a instauração ou expansão de relações democráticas, obstruindo a circulação das pessoas, segundo a sua competência ou qualificação. Nesse sentido, o mito da democracia racial é uma expressão ideológica em uma sociedade que não deixa nem pode deixar avançar a democracia. (IANNI, 1987, p. 331).

No que se refere à democracia brasileira³⁸, Fernandes (2008, p.326) a apresenta como frágil e incompleta, para ele “a democracia surgiu tímida e debilitada em nosso meio”. Do mesmo modo, a democracia racial no país nunca existiu, não passou de um mito.

Paixão (2003) acrescenta que as desigualdades raciais no Brasil se alastraram sem a intervenção sistemática do Estado, e sob o consentimento da sociedade civil nacional.

Deste modo, a realidade das desigualdades raciais brasileiras passou a ser vista de forma mais objetiva, favorecendo uma ampliação do grau de legitimidade do movimento negro; concomitantemente, tornando incompreensíveis os motivos pelo quais os afro-descendentes passam um século à margem de quaisquer políticas ativas de integração social, por parte do Estado e, o que é pior, com anuência da quase totalidade das organizações da sociedade civil brasileira. (PAIXÃO, 2003, p. 11-12).

Posto isto, podemos afirmar que o Brasil não experimentou o desenvolvimento, apenas o crescimento econômico, a industrialização não resultou em distribuição de renda e bem estar para o conjunto da população.

Mediante o exposto, é possível perceber como as determinações que marcaram a formação social brasileira impactaram e construíram uma cultura racista na nossa sociedade. Assim, apontamos o racismo como um elemento estrutural, que deu as bases necessárias para a instauração do capitalismo dependente no país e que está engendrado na sua organização. Dessa

³⁸Ianni (1987) aborda que a democracia brasileira de modo geral sempre foi frágil, mas que no contexto da Ditadura Militar, ficou ainda mais difícil falar em democracia racial, “os governantes não precisavam revelar o seu racismo, simplesmente passaram a tratar toda a população de trabalhadores como indefesa, incapaz para o voto, sujeita à demagogia e carisma, suspeita, carente do mando do Estado militarizado: população conquistada” (IANNI, 1987, p. 350).

forma, nos posicionamos contrários às análises que compreendem o racismo como uma mera herança da escravidão, como resquícios do passado.

Esse cenário aparentemente do passado ainda é permanente nos dias atuais, de acordo com Elpídio (2020) historicamente no Brasil a relação entre o Estado e a população negra é marcada por traços de autoritarismo e violência sistemática, e que nesse processo, o mito da democracia racial contribuiu para falsear a condição de cidadania desse segmento populacional, por meio do acesso dificultado ou até mesmo negado aos direitos e às políticas públicas. Dessa forma, a autora demonstra que o Estado Brasileiro desempenha um forte papel na produção e reprodução do racismo estrutural e institucional. Assim,

O racismo mata todos os dias, mais do que qualquer outra doença e ou conflito social neste planeta. E talvez, a maior dificuldade em combatê-lo é que todos já foram contaminados e retirar este mal da sociedade, signifique reconhecer limites deste Estado que está presente para garantir uma ordem social genocida, que só poderá ser superada com o fim do capitalismo e todas as estruturas que o sustenta (ELPIDIO, 2020, p. 846. grifos nossos).

As mídias e os meios de comunicação de massa são canais que hoje registram e divulgam em proporções gigantescas a chamada banalização do humano, as várias situações terríveis de racismo, não somente no Brasil mas no mundo. Como foi o caso de João Alberto Silveira Freitas³⁹, homem negro de 40 anos de idade, espancado até a morte em um supermercado no Sul do país; o caso George Floyd nos EUA⁴⁰, asfixiado até a morte, mesmo dizendo por vezes que não conseguia respirar. Isso significa que,

O predomínio do capital fetiche conduz à banalização do humano, a descartabilidade e indiferença perante o outro, o que se encontra na raiz das novas configurações da *questão social* na era das finanças. Nessa perspectiva, a *questão social* é mais do que as expressões de pobreza, miséria e “exclusão”. Condensa a banalização do humano, que atesta a radicalidade da alienação e a invisibilidade do trabalho - e dos sujeitos que o realizam - na era do capital fetiche. subordinação da sociabilidade humana às coisas - ao capital dinheiro e ao capital mercadoria -, retrata, na contemporaneidade, um desenvolvimento econômico que se traduz como barbárie social (IAMAMOTO, 2007, p. 125. grifos nossos).

³⁹No dia 19 de novembro de 2020, um homem negro é espancado até a morte em supermercado do grupo Carrefour em Porto Alegre. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2020/11/20/homem-negro-e-espancado-ate-a-morte-em-supermercado-do-grupo-carrefour-em-porto-alegre.ghtml>. Acesso em : 19/07/2021.

⁴⁰No dia 25 de maio de 2020, na cidade de Minneapolis, no estado de Minnesota (EUA). George Floyd, homem negro de 46 anos, que em nenhum momento apresentou resistência durante a abordagem policial, afirmou mais de 20 vezes que não conseguia respirar durante os 9min e 26s em que o policial permaneceu ajoelhado sobre seu pescoço, o sufocando até a morte. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/05/25/george-floyd-um-ano-do-levante-global-que-entrou-para-historia-da-luta-antirracista>. Acesso em : 19/07/2021.

Nesse prisma, Yamamoto (2007) expõe que em países periféricos como o Brasil, a questão social carrega as marcas da sua formação sociohistórica. Marcas que trazem consigo um racismo, construído por quatrocentos anos no escravismo, e mantido e aprimorado até os dias atuais – Ano 2022, Séc. XXI - em benefício da branquitude, da ciência eurocêntrica, e do imperialismo burguês.

Assim, apresentamos uma breve análise sobre a formação sócio-histórica brasileira, compreendendo-a como uma sociedade capitalista dependente, dessa forma, buscamos apresentar algumas das características particulares do desenvolvimento da sociedade de classes aqui. Dando ênfase à relação de exploração destinada à população negra no país, e a elementos que nos permitem perceber como essa população foi inferiorizada historicamente no Brasil.

No segundo capítulo, dedicaremos nossa análise ao processo de imigração que se intensificou no país a partir de 1850, devido a pressão internacional que culminou na proibição do tráfico internacional de escravos, e à política de branqueamento, a fim de evidenciar o processo de construção de uma política de saúde racista no Brasil, apoiada em uma ciência eurocêntrica pautada na eugenia.

CAPÍTULO II

A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE RACISTA NO BRASIL

Um dos traços do racismo no Brasil é a política de branqueamento, que teve como objetivo higienizar o país, eliminar a população negra da nação, utilizando-se de imigrantes europeus, selecionados para isso: “[...] é que os imigrantes europeus, vindos para o Brasil no século XIX, foram escolhidos a dedo para branquear o País. **Os governantes e fazendeiros queriam branquear este País que estava muito mulato e muito negro**” (IANNI, 1987, p. 139, grifo nosso).

Portanto, observamos neste capítulo que no Brasil foi construída uma política de Estado que reforçou a cultura racista já estabelecida pelo período colonial no país. Além disso, esta política teve implicações no campo da saúde pública, especialmente no que se refere à saúde da população negra brasileira, uma vez que a “degeneração”⁴¹, colocou como patológico, e hereditário tudo aquilo que fugiu à "normalidade", sem tratamento ou cura, foi associado à

⁴¹Degeneração era um termo usado pela medicina social até o Holocausto para descrever tudo o que ela considerava um desvio da normalidade de fundo hereditário e sem cura. Suas supostas manifestações iriam desde estigmas físicos como estrabismo, orelhas imperfeitas, crescimento atrofiado até doenças mentais como histeria, pessimismo, apatia, impulsividade e completa falta de senso sobre o certo e o errado. (STEPAN, 2005, p. 231).

pobreza. Como sabido por questões históricas, a população negra foi colocada neste lugar, devido à exclusão do acesso, e da posse à terra e à riqueza socialmente produzida neste país.

2.1 A conformação da cultura racista: Eugenia, higienismo e a política de branqueamento no Brasil

Durante o século XIX, o Estado brasileiro, impôs a substituição da mão de obra escrava pela força de trabalho imigrante⁴². Neste tempo, entraram no país trabalhadores alemães; italianos; espanhóis; portugueses; russos; poloneses e outros.

O poder público estimulou direta e indiretamente as correntes imigratórias, fazendo propaganda nos países europeus e pagando pelas passagens dos imigrantes até ao Brasil. Formiga *et al.* (2019) apresentam que a ideia de “imigrante ideal” esteve ligada ao determinante biológico, que remetia à superioridade europeia. Por isso, a absorção de imigrantes foi rápida nos setores econômicos, o que provocou tensões com a classe trabalhadora brasileira emergente, principalmente com a fração negra, ex-escravizada e seus descendentes.

É neste processo que Stepan (2005, p. 149), problematiza acerca da eugenia, como “um movimento estético-biológico preocupado com beleza e feiura, pureza e contaminação, conforme estas se apresentavam na raça”. Assim, medos de raça e de classe foram incorporados a esse movimento.

Ianni (1987) aponta que, mesmo depois da abolição da Escravatura que ocorreu em 1888, as empresas continuaram a empregar preferencialmente os imigrantes e seus descendentes. Desta forma, as pessoas que foram durante séculos escravizadas e seus descendentes ficaram à margem desse progresso.

os negros e os mulatos ficaram à margem ou se viram excluídos da prosperidade geral [...] em consequência, viveram dentro da cidade, mas não progrediram com ela ou através dela [...] a experiência social diversa, os horizontes culturais diferentes, colocaram os negros e mulatos em desvantagens em face dos imigrantes. Em consequência, a estrutura do operariado incipiente constituiu-se permeada pelo preconceito de cor e o etnocentrismo (IANNI, 1987, p. 44).

⁴²Para Ianni (1987) não foram apenas as oportunidades abertas no Brasil que atraíram os imigrantes. O autor explica que nas nações da Europa ocorreram transformações econômicas, políticas, e sociais que propiciaram a libertação de habitantes das zonas agrícolas, a forma com que se realizava a industrialização em alguns dos países da Europa, como Portugal, Itália e Espanha que não permitiram a absorção de toda a mão-de obra disponível. Além disso, ideais e instituições político-democráticas facilitaram o deslocamento do cidadão para o exterior.

Moura (1994, p. 68) reafirma a análise feita por Ianni (1987), pois apresenta que os escravos “estavam excluídos desse processo de mobilidade social, bloqueados pela sua condição de cor e classe e, por isto, mesmo impossibilitados de competir nesse processo de *modernização* na área do trabalho”.

Neste contexto, o trabalhador branco foi eleito o modelo ideal de trabalhador, na medida em que esse assumiu o trabalho, passou a ser dignificado, diferente de quando o agente do trabalho foi o negro escravizado, em que o trabalho foi visto como algo desonroso e humilhante. O homem branco foi considerado superior do ponto de vista racial e cultural, o único capaz de construir uma sociedade “civilizada”: “Desse ângulo, onde o “imigrante” aparecesse, eliminava fatalmente o pretendente “negro” ou “mulato”, pois se entendia que ele era o *agente natural* do trabalho livre” (FERNANDES, 2008, p. 42).

O regime escravocrata mostrou-se incompatível ao momento histórico, e, neste contexto, a valorização do trabalhador branco em detrimento do negro se acentuou. Ainda neste aspecto, os autores supracitados, apontam o elemento do arianismo destinado aos trabalhadores negros e também aos trabalhadores nacionais, vendendo a ideia de que esses eram entregues à luxúria e à preguiça.

Moura (1988) vai ao encontro desta análise, expondo que:

Elege-se o modelo branco como sendo o trabalhador ideal e apela-se para um política migratória sistemática e subvencionada, alegando-se a necessidade de se dinamizar a nossa economia através da importação de um trabalhador superior do ponto de vista racial e cultural e capaz de suprir, com a sua mão-de-obra, às necessidades da sociedade brasileira em expansão (MOURA, 1988, p. 69).

Ianni (1987) corrobora com Moura (1988) e Fernandes (2008) ao apresentar que, com a abolição do regime de trabalho escravo e a Proclamação da República, aproveitou-se da imigração para redefinir a cultura do trabalho braçal, de modo a transformá-lo em atividade honrosa; livre do estigma da escravatura. A revolução burguesa estava em marcha e, com ela, a separação entre a propriedade da força de trabalho e a propriedade dos meios de produção, nos moldes do capital internacional, mas ainda com os resquícios escravocrata, arcaicos, da própria formação sócio-histórica brasileira.

No que se refere à saúde, Stepan (2005) explica que, por volta do final do século XIX, havia um contexto propício para o desenvolvimento de um movimento científico de reforma. A autora apresenta que, no que diz respeito a eugenia, no lugar de evolução se passou a falar em “degeneração”. Os cientistas da época elaboram que doenças como tuberculose, sífilis, alcoolismo, e diferentes quadros de sofrimento psíquico grave - que atingiam especialmente a

classe trabalhadora e a população negra, dada a sua condição de pobreza, insalubridade, baixo ou zero grau de instrução/alfabetização -, eram hereditárias. Portanto, os pobres e mestiços eram vistos como inadequados, naturalmente “patológicos” e considerados uma ameaça para a humanidade.

Desta forma, a proposta de Galton⁴³, teórico eugenista, foi a seleção dos “adequados” em detrimento dos “inadequados”. Este cenário do século XIX foi pertinente à época, porque um debate teórico circulava entre os cientistas de que doenças eram causadas por contágio, ou miasmas. Essa teoria propagava que as enfermidades tinham origem em determinadas condições atmosféricas e climáticas, e, dentre estes cientistas, os conservadores e os reacionários, atribuíam tais doenças à pobreza, e a outras condições sociais como a mestiçagem, por exemplo (NUNES, 1998; SCHWARZ, 2020).

Neste momento, são definidos meios de saneamento básico que na época se vinculou à ideia de cemitérios afastados, por exemplo. A rede de água e esgoto próprios e exclusivamente destinados para os ricos, e o descaso com os mais pobres fez com que a falta de higiene fosse característica dos seus bairros. É nesse momento, que condições sociais colocadas, começam a mostrar a relevância da determinação social do processo saúde-doença, ou seja, que as condições de classe, gênero e raça interferem nas formas nos processos de adoecimento dos sujeitos; no acesso ao tratamento; na recuperação e no seu tempo/modo de morrer.

Para além disso, Formiga *et al.* (2019, p. 94, grifo e colchetes nosso) apontam para a importância de se “**compreender os discursos racistas desenvolvidos pela eugenia no Brasil, [pois] se torna uma das maneiras de buscar uma reflexão crítica de denúncia sobre a tentativa de legitimação de medidas de exclusão racial que implicaram em comportamentos sociais cotidianos no país**”.

Ao construir o movimento do resgate histórico da formação sócio-histórica do Brasil, evidenciamos os porquês da população negra ter sido subalternizada e inferiorizada, ocupando os piores lugares no mercado de trabalho, os piores índices de escolarização e saúde. Destarte, analisaremos como o racismo foi alimentado pelas políticas públicas construídas no Brasil.

⁴³Francis Galton foi um matemático inglês. Fundou o termo “eugenia” em 1883. Ele acreditava que o Estado deveria intervir na reprodução de pessoas que tivessem características “degenerativas”, como o alcoolismo, a prostituição, e até mesmo o sonambulismo e outros “vícios”, porque estaria em curso o fracasso racial, em que os indivíduos degenerados suplantariam os mais aptos, prejudicando, assim, o desenvolvimento de uma sociedade (FORMIGA *et al.*, 2019, p. 77).

2.1.2 A Eugenia como política de Estado

A política de branqueamento no Brasil esteve imbricada nas adaptações feitas aqui das ciências⁴⁴ eugenistas⁴⁵ e higienistas da Europa. Chamamos de adaptações, porque enquanto na Europa os movimentos dessa linha de pensamento acreditavam na degeneração da raça e, portanto, defendiam a pureza de raças “superiores”, ou seja, do branco europeu. Os políticos, sociólogos e médicos no Brasil⁴⁶, vislumbraram nessa perspectiva uma “salvação” para esta nação, tão enegrecida e tropical. Sendo assim, a política eugenista de imigração teve como objetivo resgatar o país da miséria da mestiçagem. Tratou-se de uma política racista, instrumentalizada e legitimada pelo Estado Brasileiro, que serviu para reforçar a cultura racista que já estabelecida no país desde a era colonial, e que implica em graves rebatimentos para a vida e a saúde da população negra neste país na atualidade.

Stepan (2005) problematiza que a eugenia não deve ser considerada uma pseudociência, porque, se assim fosse, toda a sua natureza política seria desconsiderada, ou seja, a intencionalidade e a funcionalidade política para a qual ela serviu historicamente, e pela conveniência e defesa dos setores dominantes a um conhecimento supostamente neutro. Para esta autora, as teorias científicas se ligavam aos resultados políticos. Sendo assim, o apelo feito à ciência, ao se colocar como neutro e confiável, permitiu com que os eugenistas investigassem a vida social e propusessem políticas sociais em nome da ciência da hereditariedade. Apesar disso, sua real intencionalidade foi conhecida: representar os interesses dos setores dominantes.

[...] As teorias da natureza jamais são simplesmente descobertas, pelo contrário, são socialmente articuladas. Por sua vez, as conclusões sociais derivadas de teorias da natureza são produtos de interpretação ativa, do desenvolvimento de instituições e da utilização de recursos políticos e culturais para dar à ciência determinados significados e representar interesses específicos (STEPAN, 2005, p. 75).

Os problemas estruturais de ordem social, econômica e histórica, são apresentados por Stepan (2005) como questões tratadas por meios técnicos não somente no Brasil⁴⁷, mas em toda

⁴⁴A eugenia não era uma ciência *stricto sensu*, antes um projeto político-social que se apoiava em sua suposta cientificidade para justificar e implantar práticas sociais de controle da população, em especial os mais pobres: mulheres, crianças e categorias sociais estigmatizadas como negros, mestiços, prostitutas, homossexuais e portadores de deficiências físicas ou mentais (STEPAN, 2005, p. 232).

⁴⁵Os eugenistas defendiam a ideia de que as qualidades raciais das futuras gerações dependeriam de um controle social que visasse o melhoramento da espécie humana. Para isso, desenvolveram diversos métodos que tentassem impedir que “maus elementos” se reproduzissem, sobretudo indivíduos de raça negra (FORMIGA et al, 2019, p. 93).

⁴⁶Aqui se deu a constituição de um ramo “macio” da eugenia, influenciado pelas teorias de Lamarck e, portanto, pela ideia de que a hereditariedade era determinada tanto por fatores internos (ou “raciais”) quanto por fatores externos: a influência do meio (STEPAN, 2005, p. 232).

⁴⁷Diferentemente dos países europeus e norte-americanos em que vigora uma compreensão racial baseada na origem do indivíduo, no Brasil, por meio da ideologia do branqueamento, se instituiu o racismo de “cor”. Aqui, alguém é avaliado racialmente por seu tom de pele e textura do cabelo em uma gradação que vai do mais ao menos

a América Latina, a partir de uma ótica biomédica, tratando-se de uma “nova ciência” capaz de introduzir uma nova ordem social por intermédio do **aperfeiçoamento médico da raça humana**” (2005, p. 57, grifo nosso).

A eugenia se constitui enquanto um movimento científico e social, cuja palavra, que significa “bem nascido”, foi inventada pelo cientista britânico Francis Galton, em 1883, para representar as possíveis aplicações sociais do conhecimento da hereditariedade para obter-se uma desejada “melhor reprodução”. Galton defendeu que a aptidão humana seria função da hereditariedade e não da educação, e para alcançar o tão sonhado talento humano um dos caminhos encontrados foi a promoção de casamentos criteriosos ao longo de várias gerações, a fim de selecionar apenas as melhores características humanas (STEPAN, 2005)

Neste sentido, a eugenia foi definida também como um movimento pelo aprimoramento da raça humana, e pela preservação da pureza de determinados grupos:

como ciência a eugenia se baseou nos entendimentos supostamente novos das leis da hereditariedade humana. Como movimento social, envolveu propostas que permitiram à sociedade assegurar a constante melhoria de sua composição hereditária encorajando indivíduos e grupos “adequados a se reproduzirem e, talvez mais importante, desencorajando ou evitando que os “inadequados” transmitisse suas inadequações às gerações futuras (STEPAN, 2005, p. 9).

Schwarz (1993), por sua vez, apresenta a eugenia como uma prática avançada do darwinismo social - que compreende a mestiçagem como sinônimo de degeneração não só racial, mas também social -, cuja meta foi intervir na reprodução das populações.

A historiadora indica que por volta de 1920, a eugenia se tornou parte da reforma na saúde, sendo amplamente aceita em muitos países a noção de que os indivíduos tinham valor hereditário variável, e que, por isso, as políticas sociais deveriam basear-se nessas diferenças.

Em países como Grã-Bretanha, Estados Unidos e Alemanha, onde a corrente dominante da eugenia foi a “negativa”, práticas como a eutanásia, segregação e esterilização sexual compulsória foram comuns, visando uma ciência do “aprimoramento racial”. Nestes países, de acordo com Stepan (2005) um conceito de raça foi embutido na eugenia.

O que pode ser observado é que em todos os grupos eugenistas adotou-se um discurso racista - embora nenhum deles tenha sido tão extremista quanto o nazista que, em nome da

branco, daí o que surpreende estrangeiros como nossa “confusão” entre raça e cor. Na perspectiva europeia, éramos quase todos mestiços, mas na visão local tínhamos grupos brancos, pardos e negros. O fato é que ambas as formas de classificação se fundamentam em concepções biológicas para classificar grupos que, com certeza, têm sua condição social determinada pelas práticas discriminatórias historicamente construídas e sancionadas por uma divisão injusta de poder e riqueza em suas sociedades (Ibidem, 2005, p. 232).

eugenia, exterminou os judeus. Apesar disso, podemos afirmar que a retirada forçada dos negros do continente africano se caracterizou como um genocídio brutal.

Nas últimas décadas do século XIX, a eugenia emergiu na América Latina como parte dos debates sobre evolução, degeneração, progresso e civilização. Depois da Segunda Guerra Mundial, o movimento ampliou-se no continente, com o estabelecimento das sociedades e organizações eugênicas específicas, e passou a influenciar a história da medicina, da família, da maternidade, da população, da criminologia, da saúde pública e do bem-estar.

A eugenia latino-americana teve as suas particularidades se comparada ao movimento eugênico geral,- por isso, tiveram seus próprios movimentos e atividades eugênicas -, porque os latino-americanos eram considerados pelos demais eugenistas como tropicais, atrasados, racialmente degenerados. Resumidamente: não eugênicos.

Ao longo do século XX a palavra “raça” esteve em alta, porque intelectuais e cientistas buscaram invocar a noção da “miscigenação construtiva”⁴⁸, ou seja, a mistura entre as raças eugenicamente “superiores”, e/ou até mesmo o incentivo à mistura destas (os “racialmente superiores) com as raças “inferiores” no sentido de os branquear, e os “melhorar” racialmente, até suprimi-los para então formar um tipo nacional homogêneo (STEPAN, 2005).

Os médicos latino-americanos defenderam que a sua eugenia era uma “eugenia preventiva”, também chamada de “eugenia social”; “eugenia e medicina social”; ou ainda “higiene eugênica”. Independente do nome adotado, tratou-se de uma eugenia que relacionou o ambiente sanitário à saúde racial. Distinguiu-se, portanto, da eugenia positiva que se preocupou em incentivar a reprodução dos “adequados”, e também da eugenia “negativa” que buscou controlar e evitar a reprodução dos “inadequados”. Da mesma forma, os debates da corrente alternativa escolhida pelos brasileiros, decorreu de um estilo francês, e estruturou debates em torno da degeneração e da ciência do saneamento na interação com a eugenia. Para os eugenistas, o Brasil era um exemplo desta degeneração dado o clima tropical e a miscigenação. Para muitos deles, esta mistura de raças havia produzido um povo “degenerado”, “instável” e “incapaz” de realizar um desenvolvimento progressivo. Houve, assim, um alinhamento da ciência ao racismo (STEPAN, 2005).

No Brasil, a eugenia se consolidou nas primeiras décadas do século XX, e a intelectualidade nacional sofreu grande influência desta perspectiva, especialmente a medicina que acreditou na eugenia como um projeto de aperfeiçoamento da nacionalidade, como forma

⁴⁸Estratégia que já havia sido abandonada na Europa, por entender que a miscigenação de raças “inferiores” com as raças “superiores” não atingiram os padrões que eles buscavam de purificação das raças.

de reverter o atraso civilizatório do país, recolocando o Brasil no cenário internacional como um país civilizado e desenvolvido (FORMIGA *et al.*, 2019).

No final do século XX, o Brasil enfrentava problemas como pobreza, imigração, migração e desemprego, e este contexto provocou um período de radicalização da política por meio de protestos e greves trabalhistas. Em 1917, por exemplo, ocorreu no país a primeira greve nacional, ocorrida na cidade de São Paulo. Foi neste mesmo ano que um conjunto de médicos fizeram a primeira defesa formal da eugenia no país, a apresentando como um “caminho médico suprapolítico capaz de aliviar as tensões sociais existentes no seio de uma população urbana em vertiginoso crescimento” (STEPAN, 2005, p. 48).

A burguesia nacional, juntamente com os demais setores dominantes, temiam a violência e o perigo que eles mesmos atribuíam à população negra da época, a quem também se referiam como “preguiçosos”, “indisciplinados”, “doentes” e “vagabundos”. Após o crescimento do número de imigrantes no país, passaram a temer também esses últimos, no que diz respeito à desordem e à violência, por se tratarem de operários acusados de serem anarquistas, e por isso terem sido expulsos de seus países- assim como fora exposto por Clóvis Moura (1994)-.⁴⁹

No ano de 1918, foi criada em São Paulo a Sociedade Eugênica - mesmo ano em que foi criado o Departamento de Higiene junto à faculdade de Medicina e Cirurgia, na mesma cidade⁵⁰ -, sendo a primeira organização do tipo na América Latina; entre seus sócios estavam Renato Kehl⁵¹ e Monteiro Lobato. A sociedade logo teve sucesso com propagandas sobre o fortalecimento físico e moral da “raça” brasileira, apesar de jamais ter realizado nenhuma

⁴⁹ Cabe lembrar que o movimento operário na Europa já se organizaram em torno da luta por direitos sindicais e trabalhistas, por isso contribuíram para a organização operária brasileira.

Ver: GARUTTIS; MACHADO. R.P. A ORGANIZAÇÃO OPERÁRIA NO BRASIL DA PRIMEIRA REPÚBLICA (1889-1930): PRINCÍPIOS E TENDÊNCIAS. PRACS: **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**. Macapá, v. 12, n. 2, p. 89-104, jul./dez. 2019. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs>. Acesso em: 11/10/2022.

⁵⁰ Seus interesses concentravam-se em questões relacionadas à legalização de exames pré-nupciais para prevenção e controle de doenças venéreas e campanha anti-alcoolica. Falar sobre eugenia confere modernidade ao meio científico e intelectual nas primeiras décadas do século XX. Médicos, higienistas, juristas e educadores podem ser considerados os principais interessados nessa discussão e na ideia trazida no bojo do movimento de melhoria racial, mas também de “evolução, progresso e civilização: Em muitos casos, a eugenia era interpretada como a ‘nova religião da humanidade’, tamanho a admiração e a crença que os ‘homens de ciência’ depositavam neste saber científico” (KOBAYASHI *et al.*, 2009, p. 319-320).

⁵¹ Kehl foi um médico e propagandista da eugenia e fundador da Sociedade Eugênica Brasileira (1918). Renato Ferraz Kehl foi um médico influente no pensamento eugênico brasileiro. Ele defendia que somente a eugenia poderia solucionar os problemas sociais do Brasil, dessa forma passou a apoiar uma eugenia negativa. Kehl acreditava fortemente no fator da hereditariedade como decisivo para uma raça (FORMIGA *et al.*, 2019). Também publicou um livro sobre os princípios eugênicos articulando questões de saúde e de educação às políticas governamentais. Fez explícitas referências ao controle do Estado sobre o indivíduo (SANTOS, 2005, p. 1-2).

pesquisa a respeito do tema, voltavam seus esforços para introduzir ideias sobre a “purificação” e a eugeniização da nação (STEPAN, 2005).

Como um dos grandes expoentes da corrente ideológica, Kehl acreditava, assim como outros eugenistas da época, que os médicos teriam a cura para o Brasil, e, por isso, defendia que a categoria médica deveria estar inserida no governo, à frente das políticas públicas e decisões estatais. Segundo ele:

Reconheço e não canso de proclamar a alta e **imensurável função social do médico**. Platão disse que a humanidade será feliz quando os filósofos forem reis ou quando os reis forem filósofos. **Na minha opinião dever-se-ia dizer que a humanidade será feliz no dia em que os médicos forem governantes ou que os governantes forem médicos**. (KEHL *apud* SANTOS, 2005, p. 1-2. grifo nosso).

Stepan (2005) apresenta como que, nas primeiras décadas do séculos XX, a saúde pública foi um objetivo politicamente aceito, tendo o Estado como o seu financiador e os médicos como os encarregados definidores das políticas sociais, pois as populações saudáveis eram essenciais para o progresso econômico e social do país.

Um exemplo da intervenção dos médicos nas políticas públicas da época foram as campanhas de saúde pública de combate à varíola, a peste bubônica e à febre amarela, ocorridas entre 1903-1909, promovidas pelo Instituto Oswaldo Cruz, do diretor e médico de mesmo nome. Outro exemplo da forte vinculação do Estado com o movimento eugenista pode ser constatado no fato de que, em 1931, após ser criada uma nova Comissão Central Brasileira de Eugenia, um de seus membros, Belisário Penna⁵², foi nomeado diretor do novo Ministério da Educação e Saúde Pública, durante o governo Vargas. Nunes (1998) apresenta que, neste ínterim, os projetos de medicina social estavam vinculados não só ao controle social, na perspectiva da higiene e do controle sanitário da população, mas também jurídico e administrativo por parte da medicina legal.

Monteiro Lobato criou um famoso personagem, o Jeca Tatu, que caracterizou bem a imagem que os europeus tinham acerca do brasileiro: um homem mestiço, preguiçoso, sujo e doente. Entretanto, ainda nesse contexto de criação da sociedade Eugênica no Brasil, Lobato revisou a sua obra com o objetivo de mostrar que Jeca não é doente porque é mestiço e brasileiro, mas que está doente porque precisa de cuidados com alimentação e saúde e, quando os tiver, se tornaria Jeca Bravo. Veremos que esta visão sobre Jeca está diretamente relacionada aos interesses políticos dos setores dominantes neste momento histórico, visto que, neste tempo, buscou-se ampliar as relações do Brasil com o mercado internacional. Desta forma,

⁵²Foi um médico sanitarista brasileiro.

majoritariamente a intervenção do movimento higienista-eugenista teve foco na população negra e pobre brasileira. Kobayashi *et al.* (2009, p. 331-332, grifo nosso) apresentam que:

O alívio oferecido pelo movimento sanitariaista residia na constatação de que o **brasileiro era indolente, preguiçoso e improdutivo porque estava doente e abandonado pelas elites políticas. A redenção do país estava no saneamento** de suas áreas rurais ou sertanejas. De acordo com o pensamento médico e intelectual da época era necessário melhorar as condições de vida da população. O prestígio das “ciências sanitárias” como estandartes do progresso brasileiro era fruto do sucesso de campanhas de saneamento contra a varíola, a peste bubônica e a febre amarela, sob o comando de Oswaldo Cruz, entre 1902 e 1917. Isso serviu como estímulo ao crescimento de uma classe médica e profissional com orientações científicas cada vez mais delineadas e cada vez mais inseridas nas organizações federais e estaduais encarregadas da elaboração de políticas.

Formiga *et al.* (2019) apresentam como a eugenia no Brasil influenciou não só a intelectualidade nacional, mas também interferiu nas propostas feitas para várias políticas públicas da época, o que envolveu, inclusive, o campo da saúde pública. Em 1920, foi criada a Lei dos Indesejáveis, que incluiu a fiscalização policial e médica, delimitando que o Departamento Nacional de Saúde Pública fizesse inspeções nos portos a partir de métodos higienistas no momento de desembarque. Gioppo (1996) apresenta que a higienização ou a higiene foi o termo substituto para se referir à eugenia, cujo objetivo principal foi a disciplinarização e a orientação da população.

Kobayashi *et al.* (2009) apresentam que, em outubro de 1923, realizou-se o Primeiro Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene. Os autores explicam que, depois desse, foram realizados mais quatro congressos, seus participantes debateram sobre patriotismo higienista; caráter técnico do higienismo na sociedade e também sobre o significado dele – higienismo - para o melhoramento da raça no país, pois “a miséria e falta de saúde da população trabalhadora relacionavam-se, em sua maioria, à população negra e mulata” (KOBAYASHI *et al.*, 2009, p. 336).

Em 1929, ocorreu na cidade do Rio de Janeiro o Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia⁵³. Este teve como uma de suas propostas mais polêmicas, a limitação da entrada de indivíduos eugenicamente “inadequados” no Brasil, ou seja, negros, chineses, hindus, refugiados e ciganos, estavam impedidos de entrar no país. Dentre os brancos (a raça eleita superior), eram também indesejados os ativistas políticos, inválidos, portadores de doenças

⁵³O Congresso fez parte do centenário da Academia Nacional de Medicina, tendo como presidente Roquette-Pinto e Renato Kehl como secretário-geral. Conforme Stepan (2005) discute, o evento que se realizou entre os dias 1º a 7 de julho, reuniu cerca de duzentos profissionais de diversas linhagens da eugenia como autoridades sanitaristas, deputados, jornalistas e médicos clínicos. Contou também com a participação de representantes de alguns países da América Latina, possibilitando assim, uma interação e troca de experiências aos diversos pensamentos eugênicos (KOBAYASHI *et al.*, 2019, p.84).

contagiosas, idosos etc. O resultado deste processo, foi uma lei de imigração eugênica e racial -os maiores prejudicados foram os japoneses e os judeus - que ficaram impedidos de fugir do nazismo na Alemanha para o Brasil-, que estabeleceu cotas, comprovações econômicas e testes de adequação para entrada no Brasil. É com a Constituição Federal do Estado Novo que ocorreu a ratificação do compromisso do Estado com o branqueamento, a eugeniização e a homogeneização.

Anos mais tarde, ainda no governo Vargas, a Constituição Federal incluiu a eugenia como noção de melhoramento racial no país, por meio das obras de higiene popular, previstas pelo artigo de número 18, alínea c, da Constituição Federal de 1937. Formiga *et al.* (2019, p. 87) apontam que durante a década dos anos 1920, no Brasil, o discurso da eugenia teve um caráter mais relativo à reforma sanitária em detrimento do campo propriamente genético. Kobayashi *et al.* (2009) apresentam que, até a segunda década do século XX, a eugenia foi sinônimo de saneamento. Portanto, a teoria neolamarckista - que considera a influência do meio ambiente sobre o indivíduo e sua hereditariedade⁵⁴ - ganhou maior prestígio dentre os intelectuais da época. Este foi o marco do “início” da eugenia no Brasil – o higienismo, dessa forma, a influência do meio, do ambiente, tinha influência nas análises eugênicas sobre a raça.

Segundo essa concepção, com a influência do meio ambiente as degenerências poderiam ser evitadas e as características individuais se transformariam a tal ponto que somente as qualidades positivas seriam passadas hereditariamente para as futuras gerações. Por isso, teóricos notáveis como Roquette-Pinto apoiavam esse tipo de pensamento e não viam na miscigenação um obstáculo, muito pelo contrário, **eles acreditavam que com a crescente mistura racial, futuramente haveria um branqueamento total no país, devido a superioridade da raça branca sob as demais** (KOBAYASHI et al, 2019, p. 8, grifo nosso).

A hegemonia da teoria neolamarckista no Brasil justificou-se devido ao alto grau de miscigenação da população, e demonstrou a preocupação dos eugenistas com o meio social. Os problemas sociais, políticos e econômicos (como a pobreza, a criminalidade, a imigração, os vícios etc.) passaram a ser combatidos pelo Estado e pela saúde pública nacional pela via higienista-eugenista:

[...] A preocupação dos teóricos estava relacionada com a convicção de que a maioria das doenças comuns à população pobre – tuberculose, sífilis, alcoolismo, doenças mentais -, tinham suas origens na hereditariedade, portanto deveriam ser combatidas

⁵⁴Em contraposição com o que acontecia na Inglaterra através da implantação de modelos deterministas de eugenia weismaniana e mendeliana, na América Latina, em especial no Brasil, o movimento eugênico estava apoiado no **neolamarckismo**. A perspectiva neolamarckista influenciou os eugenistas brasileiros, pois propunha a influência do meio social como fator ligado à hereditariedade (FORMIGA et al, 2019 p. 81). Já o mendelismo defende medidas como a esterilização ou pena de morte como a melhor saída para adequar a população ao melhoramento eugênico.

a partir de uma política ancorada em preceitos eugênicos (FORMIGA et al, 2019 p. 81).

Além disso, é possível observar que, no início do século XX, em decorrência das explicações racistas e climáticas de degeneração que circulavam na Europa acerca da América Latina, muitos eugenistas latino-americanos acreditavam nos progressos do saneamento, e, portanto, na visão eugênica neolamarckiana, a fim de questionar a visão propagada de que a raça e o clima latino-americano produziam nações degradadas e atrasadas. Neste contexto, a higiene pública foi considerada o meio de resgatar o país da degeneração racial e climática.

Stepan (2005) explica que o argumento central da visão lamarckista sobre eugenia preventiva são os “venenos raciais”, e fazem menção ao álcool, às drogas, às doenças venéreas e às infecções diversas. Apontaram suas demarcações raciais, porque, apesar de adquiridos pela primeira vez durante a vida dos sujeitos, acreditava-se que provocavam degenerações permanentes e hereditárias, afetando nações inteiras. Assim, para a autora o controle dos “venenos raciais” significou ou a amálgama da eugenia com o saneamento preventivo, ou a ampliação do saneamento preventivo para incluir o saneamento da hereditariedade humana. A diferente da Europa para a América Latina é que nesta última os eugenistas não tinham a intenção de distinguir e separar eugenia de ambiente, pois afirmavam que o melhoramento da raça humana dependia de ambos, ou seja, da hereditariedade e do ambiente.

Com relação às medidas de saúde pública do final do século XIX e início do século XX, destacamos a política de imigração que atendeu aos interesses de branqueamento para o país. Além disso, Stepan (2005, p. 96) destaca outras, a saber,

[...] a reconstrução das cidades, a transferências da classe média para os bairros saudáveis, o estabelecimento de novos laboratórios, bacteriológicos e de saúde pública, o “saneamento” dos pobres pela vacinação compulsória e outras medidas de saúde pública - todos fizeram parte do repertório de saneamento adotado em muitos países da América Latina quando a eugenia entrou em cena [...].

O resultado disso foi a imbricação da eugenia com a higiene social – ou a eugeniização da saúde pública. Na lógica defendida pela sociedade eugênica de São Paulo, por exemplo, sanear significava eugenizar. No Brasil, a eugenia lamarckiana conquistou adeptos em prol do saneamento, como Belisário Penna, que defendeu que a promoção de esportes e a boa condição física poderia aprimorar a raça e, por isso, deveria ser considerada eugênica.

Assim, a saúde pública nacional mobilizou-se para o controle e o aperfeiçoamento da raça, pela via da “eugenia⁵⁵ preventiva”- que engloba a puericultura, a educação sexual, a

⁵⁵ Formiga et al (2019, p. 78) explica que “o movimento eugênico se estabeleceu num campo movediço que incorporava elementos científicos de velhas e novas teorias da Europa e EUA - como darwinismo,

orientação pré-natal, ligado ao projeto reformista proposto pelo movimento sanitário. Este, teve foco na saúde individual, por meio da puericultura- ligada à saúde da mãe e da criança, a fim de produzir um bem “nascido”, com aconselhamento genético, e exames pré-nupciais⁵⁶ - para controlar uma reprodução seletiva daqueles que estariam aptos para reproduzir e gerar filhos saudáveis⁵⁷, para construir uma nação homogênea - ou seja, branca, livre de vícios e de comorbidades.

Formiga *et al.* (2019) defende que, embora as interpretações da eugenia tenham se dado de maneira particular em cada sociedade/país, havia sempre uma similitude que girava em torno de padronizar uma raça. Assim, mesmo não havendo a defesa de uma esterilização, segregação ou eliminação dos doentes, foi estabelecida a ideia de que o país era um “vasto hospital”, que exigia um programa de saneamento para a erradicação das doenças que o assolavam. Tais doenças, como observado aqui, eram consideradas prevalentes entre os pobres— dando enfoque aos negros e mestiços, pois “essa população era percebida como ignorante, doente e cheia de vícios, com altas taxas de alcoolismo, imoralidade, mortalidade e morbidade”. Publicamente, a literatura eugênica utilizava o termo “raça” de maneira genérica, quando na realidade, o termo era específico para designar a “raça negra” (KOBAYASHI *et al.*, 2009, p. 337).

Stepan (2005) apresenta que entre, os anos de 1920 e 1930, temas sobre raça e gênero passaram a ter relação direta com o debate sobre a nação. Tal discurso foi alinhado com o desejo de “purificar” a nação em termos biológicos, de branquear as populações, definindo quais as raças poderiam fazer parte da nação e quais deveriam ser eliminadas. Isso porque, para os eugenistas, uma nação deveria compartilhar de uma língua, propósito e cultura comum, porém, o mais importante para eles era uma população homogênea. Por isso, os países da América Latina não eram nem de longe considerados nação, especialmente pela sua miscigenação racial.

A população brasileira era por muitos – especialmente, para os europeus - considerada “feia” e “degenerada” devido à miscigenação, à cor negra da pele de grande contingente populacional, em decorrência do processo de hibridação racial. Além disso, o território nacional

neolamarckismo, mendelismo entre outras. Dessa maneira, ao chegar no Brasil, a eugenia refletiu essa instabilidade”.

⁵⁶Darwin, por sua vez, ofereceu a base científica para a defesa da seleção do casamento entre os melhores, ao alegar que a força e a fraqueza, o ajustamento e o desajustamento são qualidades que se herdava (KOBAYASHI *et al.*, 2009, p. 318).

⁵⁷ É importante frisar que, embora possuísse um caráter racista, a eugenia brasileira na década de 1920, não defendia uma higienização ao estilo de Hitler, defendendo a esterilização ou eliminação de qualquer raça. Mesmo porque, muitos membros da elite não tinham certeza da “pureza” de seu próprio sangue (Ibidem, 2009, p. 337).

era considerado nocivo à saúde por ser tropical. Portanto, a justificativa dos eugenista⁵⁸ para um país sujo, feio e subdesenvolvido, como o Brasil, estava na raça/cor de seus habitantes, dando os fundamentos para uma ideologia nacional racista, mas não somente: isso também explica as políticas racistas, os serviços de saúde racista e a conformação e consolidação de uma sociedade racista. A eugenia aqui produzida foi a **“expressão do pensamento conservador, espelhando-se no modelo do branco cristão e civilizado”** (FORMIGA *et al.*, 2019, p. 78, grifo nosso).

Com relação ao contexto internacional, destacamos que o final da década de 1920, foi marcado por cenário de favelização (crescimento de cortiços e favelas) diante de um adensamento do desemprego intensificado pela crise estrutural do capitalismo, em 1929, e, com isso, um consequente aumento da pobreza. Esta conjuntura fez com que muitos eugenistas migrassem de uma eugenia “positiva”, proposta por Galton, para uma eugenia “negativa”, que visava evitar a reprodução dos “inadequados”. Dessa forma, na Europa e nos Estados Unidos, por volta de 1930, a esterilização humana havia se tornado o maior interesse dos eugenistas. Assim, “Pelo final da década de 20, 24 estados americanos haviam aprovado leis que previam esterilização involuntária, e que foram aplicadas em internos pobres (e geralmente negros) das instituições para “débeis” mentais” (STEPAN, 2005, p. 38).

Tal contexto de crise afetou a América Latina e o Brasil de modo particular, dada a sua condição de dependência e periferia no capitalismo mundial e o seu alto grau de desigualdade social. O Brasil adentrou no século XX como uma sociedade altamente estratificada, social e racialmente. Durante a segunda metade do século XX, a pobreza e a saúde eram deploráveis, passando a despertar a consciência pública como uma “questão social”. Eram péssimos os padrões de habitação e saneamento das cidades brasileiras. Apesar dos serviços públicos começarem a combater as doenças epidêmicas, a morbidade ainda era alta, e os programas de saneamento promovidos pelo Estado eram geralmente autoritários, o que gerava resistência por parte da população.

Dentro desse cenário de crise, o grupo que mais preocupava os especialistas em saneamento eram os negros e “mulatos”. Tais profissionais acreditavam que os “pobres eram pobres porque eram anti-higiênicos, sujos, ignorantes e hereditariamente ‘inadequados’. Os

⁵⁸O principal divulgador da eugenia no meio intelectual brasileiro, foi o médico Renato Kehl. Sua campanha era tão intensa que em 1918, ele fundou a Sociedade Eugênica de São Paulo, com o intuito de discutir a nacionalidade brasileira a partir do viés biológico e social.

preconceitos de raça e classe fundiram-se, por conseguinte, na linguagem da hereditariedade” (STEPAN, 2005, p. 47).

Nesse sentido, a “eugenia preventiva” tratou a questão social e as suas variadas expressões com metáforas biológicas de hereditariedade e melhoramento da raça. Tal foco nas degenerações provocou por parte do Estado a necessidade de programas de registro e controle sanitários dos pobres, doentes, negros e prostitutas, para uso das técnicas de higiene mental, na busca de purificar os “indisciplinados” e promover a virtude moral, objetivo central da educação sanitária.

Perante o exposto, no final de 1920, uma eugenia mais negativa - mais próxima dos movimentos alemão e americano - e racista começa a ganhar mentes e corações dos eugenistas brasileiros. Neste contexto de crise internacional do capitalismo, de desaceleração da imigração europeia para o Brasil, e incremento da imigração japonesa⁵⁹ - que não era bem aceita, pois perturbava o processo de homogeneização racial do país -, Renato Kehl distancia-se da ideia de miscigenação racial construtiva, e se propõe a demarcar a distinção entre saneamento e eugenia, pois não crê mais que a melhora do meio social possa influenciar na hereditariedade humana, nem mesmo que a miscigenação seja capaz de “purificar” a raça para criar uma nação homogênea.

Ao contrário, Kehl estava certo de que o Brasil necessitava de esterilização dos “degenerados”, que, para os eugenistas, se reproduziam com muita rapidez. Aqui, o branqueamento pela via da miscigenação já não era mais visto com bons olhos, embora a prática tenha se mantido, pois o próprio Kehl desaconselhava “cruzamentos” raciais e de classes.

Este descompasso⁶⁰ entre os eugenistas brasileiros pode ser observado na obra de Schwarz (1993), quando a autora demonstra que, para os médicos baianos, o problema estava na miscigenação e no fruto dela, ou seja, no sujeito mestiço “causador da criminalidade, da loucura e da degeneração”. Já os médicos cariocas temiam o simples convívio entre as diferentes raças que imigraram para o país, que para eles seria o maior responsável pelas doenças.

⁵⁹O argumento era que os japoneses e italianos traziam novas doenças para o Brasil, assim, as propostas de restrição da entrada desses no país eram uma medida benéfica para a saúde pública.

⁶⁰Percebe-se que, assim como todo movimento social e político, o movimento eugenista brasileiro foi permeado de disputas de interesses, conflitos de ideias e processos de correlação de forças dentre seus próprios membros. Exemplo disso: Roquette Pinto (presidente do Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia) defendia os cruzamentos inter-raciais, os considerando como saudáveis e normais. Ele acreditava que, por meio da educação, poderia provocar na população uma participação voluntária para a purificação racial brasileira, por meio dos programas de saneamento promovidos pelos Estado. Já Renato Kehl, aliado a um amplo grupo, tinha repulsa a estes cruzamentos. Além disso, defendiam que a miscigenação com negros levaria à degeneração racial.

Nesta circunstância, Renato Kehl explicou que aliar a eugenia brasileira aos movimentos sanitários foi estratégico e muito útil no início da campanha eugênica. No entanto, contestou quando o movimento passou a crer que a higiene poderia melhorar a hereditariedade brasileira, ou seja, poderia resolver o problema da raça brasileiro. Apesar disso, por volta de 1929, Kehl reconheceu que doenças como tuberculose e sífilis não eram doenças hereditárias.

Na América Latina, como anteriormente pontuado, a eugenia negativa, que se baseia na eutanásia, na segregação e na esterilização sexual compulsória, não ocorreu⁶¹. Apesar disso, por volta de 1930, os eugenistas latino-americanos tiveram suas próprias formas de realizar a eugenia reprodutiva negativa. A realizaram através da “eugenia matrimonial”, uma forma de eugenia que controlou e restringiu os casamentos entre os “anormais”; os “degenerados” e os eugenicamente insalubres⁶² dentro dos limites impostos pela moral cristã.

Por causa da influência e do poder da Igreja Católica⁶³. Esse tipo de controle (matrimonial) não envolveu métodos cirúrgicos radicais, mas abarcou exames médicos e certificados pré-nupciais, por exemplo. O tipo de eugenia que desenvolveu-se na América Latina e no Brasil também revelou seu papel racista na medida em que atingiu de forma mais contundente as mulheres pobres e mestiças, porque o catolicismo não restringiu as políticas eugênicas referentes à raça. E também revelou-se sexista, por identificar que o papel social das mulheres seria meramente reprodutivo. Para os homens a eugenia concentrava-se em conter os impulsos de homens pobres que de acordo com os eugenistas eram libertinos e dados ao vício. Assim,

A eugenia negativa apresentava a fertilidade feminina como recurso crucial da nação, confiando as mulheres, assim, a papéis reprodutivos. O movimento apoiava ideias racistas, propondo que, para a prosperidade da nação, era necessário manter distância entre os vários grupos étnicos e raciais (STEPAN, 2005, p. 131).

No Brasil, o certificado pré-nupcial foi defendido como solução para a despolarização e a saúde racial, e foi atribuído ao Estado o papel de intervir para evitar “riscos” permanentes à hereditariedade da espécie humana.

⁶¹Porém, Stepan (2005) revela que no Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia ocorrido em 1929, Ernani Lopes, então presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental, disse que um médico de nome Álvaro Ramos, havia executado a prática da esterilização eugênica em mulheres com diagnóstico de distúrbios sexuais e “síndrome de perversidade”.

⁶²Incluía aqueles que possuíam doenças venéreas, os alcoólatras - por acreditar-se que o alcoolismo tratava-se de uma doença hereditária-, e também o matrimônio entre os racialmente desiguais.

⁶³A Igreja opunha-se à eugenia por defender que o propósito do casamento era a reprodução, e por isso não proibiam casamento entre os considerados “degenerados”.

[...] a proposta dos eugenistas de transformar a “promoção de educação eugênica” em responsabilidade do Estado nacional foi inscrita na nova Constituição brasileira de 1934 [...], temos que entender a educação eugênica como significativa para a importância simbólica do Estado nacional atribuída ao “aprimoramento da raça” na década de 1930 [...] (STEPAN, 2005, p. 135).

Assim, podemos afirmar que o movimento eugenista no Brasil serviu de alicerce para o higienismo do movimento sanitarista, exaltando a entrada de imigrantes brancos no país, e introduzindo, com êxito, seus ideais nas políticas imigratórias brasileiras, por exemplo, a política de branqueamento.

2.1.3 Eugenia, política de branqueamento e saúde

Arouca (1975) elaborou uma importante tese acerca do “Dilema Preventivista” para demonstrar a articulação da medicina preventiva com as profundas mudanças sociais decorrentes da chamada revolução industrial.

O autor abordou a medicina preventiva como parte da higiene, como um dos meios para defender a saúde, para cuidar do indivíduo, do corpo, mas além disso, para cuidar da espécie humana e da raça. Para Arouca a medicina preventiva “é a eugenia e a previsão da herança mórbida, a regeneração se possível; são os agravos à saúde e os meios de os evitar; acidentes, intoxicações, infecções, doenças de carência e até doenças comuns evitáveis”.

Nesse sentido, a medicina preventiva colaborou com a eugenia no Brasil a fim de selecionar coletividades humanas, e realizar um aperfeiçoamento médico da raça humana. Para isso, o Estado lançou mão da política de branqueamento.

A política de branqueamento constituiu-se no processo massivo da entrada de imigrantes no Brasil. O governo brasileiro teve a clara intenção de reduzir o contingente da população negra no país. Kobayashi *et al.* (2009) apresentam o branqueamento como um elemento, cujo fim era “regenerar” a sociedade mestiça. Por isso, defendeu-se a imigração de homens e mulheres brancas no país, e através da omissão e do descaso estatal deixou com que a população negra caísse em situações de extrema pobreza, abandono, encarceramento/repressão, violência e adoecimento físico e mental.

[...] o mito do branqueamento do país surge como algo regenerador de uma sociedade multirracial. A mistura de raças permitiria o branqueamento progressivo da população por meios naturais. O desaparecimento dos negros e índios puros era visto com certo otimismo. A imigração branca era saudada como um dos instrumentos mais eficazes para o branqueamento da população, visto que o seu cruzamento com os mulatos, por exemplo, acabaria por extinguir qualquer traço africano ou indígena que fosse. Ao menos no tom da pele. Tais populações eram segregadas não apenas racial, mas socialmente, vivendo em condições de extrema pobreza, marginalidade e repressão. Numa sociedade multirracial, buscava-se um denominador comum, mas dominado pela “branquidade”. Em linhas gerais, a fórmula para o branqueamento poderia ser representada como: miscigenação +

altas taxas de mortalidade dos negros (KOBAYASHI et al, 2009, p. 34. grifo nosso).

Tal política foi pautada pela ideologia da branquitude⁶⁴. Essa, por sua vez, foi hegemônica nas sociedades colonizadas e refere-se aos privilégios materiais e imateriais desfrutados pela raça/classe dominante, pela população branca burguesa: “Pois trata-se de uma hegemonia que se sustenta paralelamente à ausência de afirmações da história e do pensamento intelectual das populações negras” (SILVA, 2018, p.4).

Bento (2002) nomeia como branquitude os traços da identidade racial do branco brasileiro, caracterizados a partir das ideias sobre branqueamento. A autora caracteriza a branquitude como um lugar de poder e privilégio construído historicamente, expondo que a identidade racial do branco foi moldada ao longo da história, e que a sua supremacia foi inculcando um lugar subalterno aos não-brancos. Bento (2007) revela que a branquitude é território do silêncio, da negação, da neutralidade, do medo e do privilégio, no que se refere à sua dimensão ideológica.

Almeida (2018, p. 58), Silva (2018) e Bento (2002; 2007), apresentam que a supremacia branca, ou seja, a dominação exercida pelo grupo racialmente branco “[...] atribui vantagens e privilégios políticos, econômicos e afetivos às pessoas brancas”. Schucman (2012) entende a branquitude como uma posição em que os sujeitos que a ocupam foram sistematicamente privilegiados no que diz respeito ao acesso a recursos materiais e simbólicos, **“gerados inicialmente pelo colonialismo e pelo imperialismo”**, e que se mantêm e são preservados na contemporaneidade (SCHUCMAN, 2012, p.23. grifo nosso).

Cardoso (*apud* HASENBALG, 2005) reflete que, com a abolição do escravismo e o advento da igualdade formal, os negros emancipados passam a apresentar ameaças a certas posições sociais dos brancos. Nestas circunstâncias, de acordo com a análise do autor, o significado e funções do preconceito e discriminação raciais são alterados, “[...] as práticas racistas após a abolição são ativadas pelas ameaças reais ou imaginárias feitas pelos negros a estruturas de privilégios sociais dos brancos” (CARDOSO *apud* HASENBALG, 2005, p.84).

A questão da branquitude coloca a população branca como um grupo de referência, como um ideal humano, sendo necessário, para isso, desqualificar o grupo racialmente subordinado. Logo, sob esta perspectiva, o conceito de humanidade refere-se unicamente aos homens brancos. Para Maria Aparecida Bento (2002), o racismo funciona como uma espécie

⁶⁴ Os termos branquidade e branquitude, em geral, referem-se às situações de privilégio que os indivíduos brancos detêm nas sociedades estruturadas pelas hierarquias raciais (SILVA, 2018, p. 4).

de “pacto narcísico” entre brancos, em que as condições de privilégio não são colocadas em questão.

O silêncio, a omissão, a distorção do lugar do branco na situação das desigualdades raciais no Brasil têm um forte componente narcísico, de autopreservação, porque vem acompanhado de um pesado investimento na colocação desse grupo como grupo de referência da condição humana (BENTO, 2002, p. 31).

Apesar disso, Bento (2002) defende que o branqueamento não passou de um processo inventado pelo branco, que estabeleceu-se historicamente como modelo universal de humanidade, que tem um forte componente narcísico de autopreservação, por colocar a si próprio como referência da condição humana, como modelo ideal do homem europeu universal.

Isto posto, esta política - de imigração- advém da hegemônica ideologia da branquitude, que atribui privilégios para a classe branca dominante ao mesmo passo que atribuiu desvantagens para a população negra. Com ela, o governo nacional apelou para o incentivo à entrada de imigrantes para compor a força de trabalho no país.

O auge da campanha pelo branqueamento do Brasil surge exatamente no momento em que o trabalho escravo (negro) é descartado e substituído pelo assalariado. [...] Para se modernizar e desenvolver o Brasil só havia um caminho: colocar no lugar do negro o trabalhador imigrante, descartar o país dessa carga passiva, exótica, fetichista e perigosa por uma população cristã, europeia e morigerada (MOURA, 1988, p. 79).

A análise feita por Ianni (1987), nesse ponto, diverge da apresentada por Moura (1988), com quem concordamos, para Ianni (1987) a questão da imigração se deu principalmente pela escassez de mão de obra, o autor aponta que dentre os problemas criados pela expansão econômica ocorrida durante a segunda metade do século XIX, se sobressai a escassez de mão de obra, devido também ao estancamento do tráfico de africanos e ao extermínio de grande parte da população negra na Guerra do Paraguai, isso de fato ocorreu. Porém, de acordo com Moura (1988), o incentivo à imigração teve como pano de fundo principal o branqueamento da população brasileira.

Stepan (2005) acrescenta que no Brasil, o racismo explícito foi substituído por uma versão da eugenia que defendeu a melhora das condições de saúde e saneamento. Desta forma, as elites nacionais tiveram por objetivo, branquear o país, mas, com o apoio do poder público, o fizeram pela via higienista: "Substituíram, desse modo, o racismo explícito e duro da versão mendeliana da eugenia pela melhora das condições de saúde e de saneamento, as quais se revelam uma versão menos racista e mais higienista do mesmo movimento “científico”” (STEPAN, 2005, p. 232).

A eugenia em sua versão racista ou higienista jamais deixou de ser um discurso poderoso que prometia monitorar a identidade nacional e criar antídotos tecnológicos para problemas sociais. O primeiro intuito se realizou, ao menos em parte, nos países centrais, por meio da inferiorização e até extermínio de minorias étnicas e culturais (STEPAN, 2005, p. 232).

Stepan (2005) defende que a alteração da opinião científica acerca da miscigenação pouco ou nada teve a ver com as pesquisas científicas ou com o desenvolvimento dessas, mas se relacionou com os interesses políticos de cada momento histórico, por isso, podemos considerar que mesmo a “miscigenação construtiva” foi produto do racismo. Dessa forma, ao caminhar para a década de 1940, a eugenia se volta à puericultura, à “delinquência” juvenil, às patologias sociais e à criminalidade, ou seja, “a uma “eugenia preventiva” como na década de 1920, na busca de afastar-se da palavra eugenia que fazia menção direta ao Holocausto Judeu. Deixando, portanto, a marca da “eugenia negativa” brasileira, da década de 1930, nos legados institucionais, em formas de leis de restrição à imigração influenciadas por ela.

Dessa forma, ao situar o processo saúde-doença em termos de degeneração hereditária e racial, ou seja, ao apresentar para o conjunto da sociedade que os “venenos raciais” eram hereditários e deveriam ser combatidos pelo saneamento, por intervenções no meio- entendendo criticamente esse meio como uma sociedade extremamente desigual, racista, homofóbica e machista - os eugenistas latino-americanos e, especialmente, os brasileiros estrategicamente utilizaram não somente do poder e da legitimidade do Estado interventor para alcançar seus reais objetivos, branqueando a sociedade brasileira, mas também da legitimidade possibilitada pela ciência por meio da saúde pública e dos programas de saneamento para “sanear” os pobres. Tratou-se, portanto, do empreendimento de uma dupla limpeza no Brasil, social e racial.

Em suma, pode-se inferir que assim como o mito da democracia racial tentou mostrar que no Brasil as relações raciais foram harmônicas e cordiais, a eugenia brasileira também ousou apresentar-se mais tolerante e assimilacionista à diversidade racial. Entretanto, tudo não passou de mais um mito; uma estratégia moralmente aceita de apresentar suas próprias formas de racismo estrutural.

Após apresentar como a eugenia foi apropriada no nosso país, e como se instaurou aqui o racismo pela via do higienismo na saúde pública, discorreremos sobre a saúde da população negra e suas particularidades, dada à vivência histórica do racismo, que incide no seu processo saúde-doença. Observaremos, também, as políticas públicas destinadas à prevenção e promoção da saúde para esse segmento populacional.

2.2. Condições de vida e de saúde dos trabalhadores(as) negros(as) e o modelo histórico social da saúde

Como abordamos nos tópicos antecedentes, o Brasil adotou no século XX o modelo higienista, também empregado pela Europa, que se caracterizou como uma espécie de “moralidade sanitária”, uma educação em saúde que envolveu a adequação dos "desregrados". Sobre a degradação moral e social, também expusemos como os médicos e psiquiatras acreditavam que sua causa estava nos vícios, na ociosidade e, claro, na miscigenação, elemento já problematizado (BRASIL, 2002).

Diante disso, Laurell (1982) apresenta que os processos patológicos prevalentes são crônicos e muitas vezes não são mortais, ainda assim, a população negra segue morrendo em decorrência de doenças tratáveis, por dificuldade no acesso à saúde, por causa do racismo estrutural e institucional presentes na saúde.

O avanço da tecnologia e da medicina, segundo Donnangelo (1979), não alterou o cenário de desigualdades na saúde, ao contrário disso: com o passar do tempo, a medicina selecionou seus clientes– o grupo “merecedor” de seus cuidados– passando a existir uma diferenciação das instituições e da oferta de serviços de acordo com a classe social, mas não somente: havia, também, uma diferenciação de acordo com a raça/cor dos sujeitos.

[...] a partir do momento em que o cuidado médico se generalizou amplamente, como resposta, quer à necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao processo de produção econômica, quer a momentos particulares do desenvolvimento, a nível político, dos antagonismos de classe, verificou-se paralelamente: de uma lado, **a seleção de grupos sociais a serem incorporados ao cuidado médico**, conforme ao seu significado para o processo econômico e político; de outro, **uma diferenciação das instituições médicas voltadas para diferentes tipos de ações e diferentes clientelas**, a qual se expressa em grande parte em seu caráter ‘privado’ ou ‘estatal’ mas que não se esgota aí.[...] a extensão atual da medicina não traduz nem a total generalização do cuidado médico, nem o desenvolvimento necessário de uma prática uniforme por referência aos tipos de cuidados prestados. **Ao contrário, a exclusão, ainda atual, de determinadas camadas sociais do acesso a tais cuidados, tanto em sociedades capitalistas centrais quanto nas dependentes**, bem como a constatação de que a medicina institucionalizada reproduz - na forma pela qual seleciona patologias, incorpora e utiliza a tecnologia, **favorece o atendimento diferencial das classes sociais** (DONNANGELO, 1979, p. 31-32. grifo nosso).

Os dados de Costa (*apud* BRASIL, 2002, p. 231) vão ao encontro da análise de Donnangelo (1979), quando aponta que “a medicina brasileira não deve ter muita experiência em saúde da população negra, pois só há cerca de meio século é que ela vem cuidando da população negra doente”. Aponta ainda que, até hoje, o acesso dessas pessoas aos serviços médicos de boa qualidade é dificultado e as pesquisas com recorte racial/étnico são escassas. Destaca, ainda, que o racismo, mesmo camuflado, repercute sobre a saúde física e mental dos

povos negros, havendo uma dívida histórica da medicina ocidental imensurável frente à esta população.

Almeida (2018) destaca que o racismo pode levar a segregação racial, ou seja, a divisão espacial de grupos raciais em diferentes regiões, territórios ou ainda a definição de distintos serviços públicos destinados a estes grupos, como escolas, hospitais, etc. Isso significa que existem serviços específicos para essa população que é pobre e que é preta: serviços precarizados e serviços seletivos.

Werneck (2016) inclui que o racismo influencia estabelecimentos e profissionais de saúde:

É importante recordar que o racismo e a longa trajetória de discriminações, combinados à persistência da precariedade e baixa qualidade dos serviços destinados a determinadas camadas da população, interpõem-se entre profissionais e usuários, influenciando visões preconceituosas e estereotipadas por parte de profissionais em relação a integrantes de grupos subordinados e dificultando o estabelecimento de relações de confiança, seja entre profissionais e usuários, ou entre estes e os serviços e todo o sistema de saúde (WERNECK, 2016, p. 544-545).

Somado a esta exposição de Werneck (2016), pode-se tomar as elaborações de Faustino (2017), que trabalha com a noção de focalização para mostrar que, diante do contingenciamento de gastos, o Estado direciona os serviços e as políticas para os mais pobres, enquanto que os demais, satisfazem suas necessidades pela via do mercado, ou seja, através do consumo.

A noção de ‘focalização’ traduz o entendimento de que diante do contingenciamento e da limitada disponibilidade de recursos financeiros para atender as demandas infinitas por serviços e benefícios sociais, inclusive estabelecendo a clássica relação custo-benefício, o Estado deve priorizar e direcionar a sua ação, no âmbito das políticas sociais, para as camadas mais desfavorecidas da população (FAUSTINO, 2017, p. 3834).

De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁶⁵, a média da expectativa de vida do Brasil era, em 1997-1998, de 68 anos. Para brancos, essa média ficava em torno de 71,23 anos e para afrodescendentes em torno de 65, ou seja, 6 anos a menos – sendo que a expectativa de vida das pessoas é consequência das condições sociais e materiais de vida vivenciadas por elas:

A expectativa de vida (tempo provável de vida) retrata as condições materiais e sociais (meio ambiente físico, social, político e cultural em interação com as condições biológicas de cada ser humano). A expectativa de vida, pode-se dizer, resulta do processo sanidade/enfermidade, que é multifatorial e complexo e tem a ver com as formas de interação das condições sociais e materiais de vida com as condições

⁶⁵O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), é uma metodologia que considera como indicadores a educação, a expectativa de vida e o rendimento per capita. Considerando o IDH, em 1999, o Brasil foi alocado no ranking mundial na 79ª posição, isto é, um país de desenvolvimento humano mediano (BRASIL, 2002, p. 21).

biológicas de cada ser humano. Podem-se medir as condições sociais e materiais de vida de uma população considerando, entre outros, fatores como local e condições da moradia (perfil dos domicílios), condições de trabalho (ocupação e renda familiar), acesso a escolas, e qualidade da atenção por parte dos serviços e profissionais de saúde. (BRASIL, 2002, p. 17).

Do ponto de vista científico, já está mais que comprovado a inexistência de raças humanas. Desta forma, não existem seres humanos superiores ou inferiores⁶⁶: “Raça é um conjunto basicamente sociológico que não tem fundamento em aspectos biológicos específicos e imutáveis (marcas físicas ou genéticas)” (TORRE *apud* BRASIL, 2002, p. 50). Almeida (2020) também defende o elemento da raça como uma construção social; um conceito político que expressa relação de poder e dominação.

Portanto, **raça**, como é concebida hoje, nada tem de biológico. **É um conceito político que expressa relações de poder e dominação. É uma categoria de hierarquização social e opera na produção de desigualdades sociais.** A utilização do conceito de raça abriga um histórico de dominação dos homens brancos ocidentais sobre o resto do mundo. Classe e patriarcado são atributos da sociedade patriarcal, e estão na origem da supremacia branca. Assim, o conceito de raça implica igualmente no conceito de racismo com os processos de interiorização resultantes (ALMEIDA, 2020, p. 149. grifo nosso).

Stepan (2005, p.150) refere que “raças não são entidades naturais preexistentes, mas grupos sociais produzidos por relações desiguais de poder e práticas discriminatórias” .No entanto, o racismo ainda é uma realidade cruel, que exclui, segrega, adocece e, muitas vezes, retira a vida – definindo quais vidas realmente importam ou não.

Apesar de não existirem raças do ponto de vista genético, é de fundamental importância o reconhecimento das diferenças culturais entre os grupos. Desta forma, um grupo étnico compartilha de memórias, de crenças sobre sua ancestralidade, de religiões, de vínculos com as terras de origem, mesmo que não ocupem o mesmo território, como ocorre nas diásporas⁶⁷. Assim, a “‘etnia⁶⁸ é grupo biológico e culturalmente homogêneo’. Portanto, trata-se de um vocábulo que reflete uma concepção cultural e significa um grupo biológico natural para cuja

⁶⁶“Uma das justificativas dadas pelos cientistas nazistas para a realização de experimentos cruéis em judeus, ciganos, homossexuais e comunistas era que essas pessoas eram seres inferiores, que não tinham o estatuto de ser humano e, portanto, não estavam sob o manto das leis de 1900 e 1931” (WIGODSKI & HOPPE *apud* BRASIL, 2002, p. 35).

⁶⁷Modo com que a África se espalhou pelo mundo (ALMEIDA, 2018).

⁶⁸A diferenciação entre raça e etnia só se justifica como meio de facilitar a abordagem metodológica. Por esse prisma, utiliza-se raça para identificar as características biológicas que diferenciam os grupos humanos (cor da pele e estatura, tipo de cabelo e outras), ao passo que etnia se refere aos fatores de ordem cultural e religiosa que permitem visualizar a existência de um povo e, por vezes, de uma nação. Nesse sentido, raça é uma caracterização de indivíduos (BANTON, 1996) segundo um traço físico (branco, negro, amarelo, pardo, etc.), enquanto etnia é uma identificação de grupos humanos (Chiriwano, Sioux, Aimarás, etc.) e não uma caracterização do indivíduo (BRASIL, 2002, p. 51).

delimitação consideram-se concomitantemente características somáticas (aparência física), linguísticas e culturais” (BRASIL, 2002, p. 50). Almeida (2018) explica o ser branco e o ser negro são construções sociais, que não se limita apenas a cor da pele.

O ser branco e o ser negro são construções sociais [...] assim como o privilégio faz de alguém branco, são as desvantagens sociais e as circunstâncias histórico-culturais, e não somente a cor da pele, que fazem de alguém negro. **A cor da pele ou práticas culturais são apenas dispositivos materiais de classificação racial que fazem incidir o mecanismo de distribuição de privilégios e de desvantagens políticas, econômicas e afetivas** (ALMEIDA, 2018, p. 60. grifo nosso).

Alguns estudos, realizado nos Estados Unidos⁶⁹ demonstraram que pessoas negras recebem menos quantidade de analgésicos para tratar suas dores. Deste modo, a questão raça/cor incide no modo como os médicos/profissionais da saúde atendem seus pacientes, sendo estes merecedores ou não dos cuidados, por serem negros, ou por vezes serem usuários de álcool e outras drogas, ou por estarem em conflito com a lei etc.

Diferenciação racial na prescrição de analgésicos não se deve às diferenças na dor avaliadas pelos médicos como relatado pelos pacientes: estereótipos raciais podem de maneira inconsciente e insidiosa atuarem neste momento, afetando o modo como os médicos atendem os pacientes; alguns pacientes podem ser encarados como menos merecedores de serem tratada a sua dor: tal é o caso, por exemplo, de criminosos feridos durante combate com a polícia ou de pessoas envolvidas em brigas durante o uso de drogas ou álcool (BRASIL, 2002, p. 44-45).

Muitos estudos já evidenciaram que existem doenças que acometem mais a população negra, e muitas delas são doenças típicas da sociedade “moderna”, como descreve Laurell (1982), principalmente quando se refere a doenças provenientes da situação de pobreza e da morte violenta.

[...] as doenças consideradas típicas da sociedade “moderna”, como as doenças isquêmicas do coração, os tumores malignos e os acidentes, começam a ocupar um lugar importante no perfil patológico. Finalmente, destaca-se a elevada taxa de mortalidade por cirrose hepática (21,4 por 100.000), que traduz a má nutrição e o alcoolismo, isto é, a pobreza e o desespero, fato que também se manifesta na altíssima frequência de morte violenta (LAURELL, 1982, p. 5).

Algumas doenças são geneticamente determinadas, como é o caso da doença falciforme⁷⁰, outras são mais prevalentes na população negra ou se manifestam de forma mais

⁶⁹Pesquisa publicada pelo *Annals of Emergency Medicine* (2000; 35:11- 6, 77-81), de autoria de médicos da Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia, EUA (BRASIL, 2002).

⁷⁰A anemia falciforme resulta de uma mutação na molécula de hemoglobina, que adquiriu a forma de meia lua ou foice, dando origem ao nome: anemia falciforme, também conhecida pelos nomes de drepanocitose ou siclemia (do inglês, sickling: falciforme; derivado de sickle: foice; siclemia). Essa mutação se deve a uma alteração na estrutura da hemoglobina: substituição do aminoácido (unidade das proteínas) ácido glutâmico pela valina, que confere à hemoglobina S, quando desoxigenada, a capacidade de se agregar, formando fibras de hemoglobina S, que deforma a hemácia, dando-lhe aspecto de foice. A anemia falciforme é um exemplo clássico da seleção natural de Darwin/Wallace. **É uma doença que surgiu na África, em zonas endêmicas de malária, e chegou ao Brasil,**

grave, sendo mais difíceis de tratar nessa população, porque o acesso à promoção, proteção e recuperação da saúde para essa é mais dificultado, restrito. Podemos citar a hipertensão⁷¹ (HAS), a diabetes⁷² tipo II (mais prevalente em negros), miomas uterinos⁷³, este último, provoca muitas vezes, desnecessariamente, a impossibilidade de reprodução das mulheres negras, pois essas têm seus úteros retirados, “os miomas como uma das doenças cuja evolução é agravada ou o tratamento é dificultado pelas condições ambientais indicadas. Isto é, na mesma categoria de hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica e cânceres” (BRASIL, 2002, p. 122). Dessa forma:

[...] doenças geneticamente determinadas. Ou seja, são doenças que têm berço hereditário, ancestral e étnico. Nesse grupo, destaca-se a anemia falciforme, por ser uma doença que incide predominantemente sobre afrodescendentes. Também são doenças ou agravos desse grupo a hipertensão arterial, o diabetes mellitus é uma forma de deficiência de enzima hepática, a glicose-6-fosfato desidrogenase, incidentes sobre

e a toda a América, via tráfico de escravos (RAMALHO, 1978; NAOUM, 1984; ZAGO, 1994; TEIXEIRA, 1993; SILVA, 1995). Trata-se de uma resposta da natureza que preservou a espécie humana naquele habitat malárico. Na ausência de tal mutação a espécie humana, naquela região, talvez tivesse sido extinta, pois pessoas com anemia falciforme não contraem malária, posto que o Plasmodium não se desenvolve em células em forma de foice. No Brasil existe a predominância da anemia falciforme do tipo Banto (70%). A explicação é elementar: prevalência deste grupo étnico na formação da população brasileira, o tipo Banto é o tipo mais GRAVE (Ibidem, 2002, p. 128-129. grifo nosso).

⁷¹Em geral, a pressão arterial é mais alta nos homens e é prevalente em negros de ambos os sexos; aparece mais cedo, é mais grave e tende a ser mais complicada em negros; e $\frac{3}{4}$ uma em cada dez mulheres que engravidam pela primeira vez tem hipertensão. A hipertensão durante a gestação e a toxemia gravídica (eclâmpsia/hipertensão) constituem a principal causa de mortalidade materna no Brasil. (BRASIL, 2002, p. 112). [...] na parcela da população negra atendida com queixa de doenças cardiovasculares, a hipertensão alcança um índice de 9,2% superior ao apresentado pelas pardas e brancas”. (Ibidem, 2002, p. 119).

⁷²O diabetes mal controlado é responsável por várias complicações agudas e crônicas, conforme mostram os dados abaixo: – é a 4ª principal causa básica de morte no Brasil; – é a principal causa de cegueira adquirida; – os pacientes diabéticos têm chance duas vezes maior de desenvolver doença coronariana e de sofrer derrames cerebrais, quando comparados aos não-diabéticos; – os pacientes diabéticos têm chance 17 vezes maior de desenvolver doença renal, sendo o diabetes responsável por mais de 30% dos casos de insuficiência renal em programas de diálise; e – os pacientes diabéticos têm chance 40 vezes maior de sofrer amputações nos membros inferiores. [...] O diabetes mellitus é um importante problema de saúde pública, pois é bastante frequente, está associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu controle e no tratamento de suas complicações. (BRASIL, 2002, p. 107).

⁷³[...] a prevalência e a reincidência dos miomas para as negras: 41,6% contra 22,9% e 21,9% contra 6%, respectivamente. Também demonstrou a alta incidência de histerectomias entre as negras (15,8%, contra 3,6% para as brancas) e que as negras são, em larga medida, filhas ou irmãs de mulheres com diagnóstico comprovado de miomatose (62,1% e 20,4%) (SOUZA, 1995). [...] **cuja consequência mais expressiva é o maior número de histerectomia nas negras. Isto é, as mulheres negras quando portadoras de miomas em geral perdem seus úteros**, o que significa que negra com mioma, na prática, poderá ter no horizonte a certeza de **perder, muitas vezes desnecessariamente, a possibilidade de reprodução**.(BRASIL, 2002, p. 120. grifo nosso). Sabe que o mioma está relacionado com fatores alimentares, stress e com condições de vida em geral”. A pesquisa de Souza (1995) demonstra que são altas a incidência e a reincidência de miomas em mulheres negras brasileiras e que a proporção de histerectomias em negras foi quase cinco vezes superior que em brancas. **Miomas uterinos constituem uma das causas mais apontadas para a prática de histerectomia nas mulheres negras em vários países, inclusive no Brasil. Sabe-se que a histerectomia é uma importante causa de mortalidade feminina e que, além da esterilidade, apresenta sérias consequências para a saúde física e emocional da mulher.[...] no Brasil o percentual de histerectomias em negras é de 15,9%, contra 3,6% em brancas** (SOUZA, 2002, p. 123. grifo nosso).

outros grupos raciais/étnicos, porém mais graves ou de tratamento mais difícil quando acometem pretos e pardos.(BRASIL, 2002, p. 94).

Varga e Cardoso (2016) também apresentam as nosologias⁷⁴ e condicionantes sociais que mais acometem a população negra:

Especificidades genéticas – caso da anemia falciforme e da deficiência da glicose 6 fosfato desidrogenase que, no Brasil, afetam, predominantemente, essa população; • especificidades clínicas – caso da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, cujos quadros mais graves e de maior resistência aos protocolos terapêuticos atualmente em uso são bem mais frequentes nessa população; • especificidades sociais – em decorrência da histórica marginalização, das piores condições de vida e do racismo a que a população negra vem sendo submetida no país há mais de quatro séculos, algumas das ditas endemias negligenciadas, como a tuberculose, a violência policial, **as dificuldades de acesso e o mau atendimento nos serviços públicos em geral, e mais especificamente nos de saúde, também a têm majoritariamente vitimado** (VARGA; CARDOSO, 2016, p. 666. grifo nosso).

O documento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (BRASIL, 2002, p. 96) sobre a Saúde da População Negra afirma que “o conceito de doenças raciais/étnicas não é sinônimo de ‘doença genética’, de fatalismo genético e nem de doença ‘típica’ ou ‘especial’ de negros”. As particularidades de saúde desta população estão relacionadas a múltiplos agravos, envolvendo o gênero, a vivência do racismo, a condição de pobreza etc.

Diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme são doenças sobre as quais os dados empíricos são suficientes para demonstrar o recorte racial/étnico relativo à população negra. **Cabe lembrar que a desatenção ou a omissão do reconhecimento do recorte/racial étnico em tais doenças ou negar-lhes a condição de doença racial/étnica tem sido, historicamente, a base sobre a qual as posturas racistas têm tradicionalmente trabalhado para negar assistência adequada à saúde da população negra**, assim como explica a raridade do investimento dos governos e da indústria farmacêutica nas pesquisas de tratamentos apropriados (BRASIL, 2002, p. 96. grifo nosso).

Varga e Cardoso (2016) apontam que hipertensão arterial é uma das doenças de maior prevalência no Brasil, e uma das que mais gera sequelas e doenças secundárias. Quanto ao tratamento/controle desta patologia em pessoas negras localizamos estudos indicando que os medicamentos mais comuns e contidos da lista de medicamentos básicos do Ministério da Saúde, quais sejam: o Captopril e o Maleato de Enalapril⁷⁵, são contraindicados para pessoas negras, contudo, são os anti-hipertensivos mais distribuídos na rede SUS.

Nos negros, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Em nosso país predominam os miscigenados, que podem diferir dos negros quanto às características da hipertensão. **Não há evidências de ação diferenciada das drogas anti-hipertensiva em nossa**

⁷⁴Ramo da medicina que estuda e classifica as doenças.

⁷⁵ O Captopril e o Maleato de Enalapril, são do grupo dos anti-hipertensivos inibidores da enzima conversora da angiotensina (iECA).

população. Entretanto, estudos recentes em populações de indivíduos negros norte-americanos, o uso de iECA se mostraram menos eficazes, especialmente na prevenção de AVC, que outras classes de anti-hipertensivos. Devendo, portanto, não serem considerados de primeira escolha nesta população (BRASIL, 2006, p. 33. grifo nosso).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão reitera o disposto pelo MS, em 2006, e indica alternativas medicamentosas aos anti-hipertensivos dos grupos dos IECA. No Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, de número 15, há contraindicação destes fármacos para o segmento populacional negro, devido à sua pouca eficiência (BRASIL, 2006):

Os afrodescendentes em geral respondem menos à monoterapia com betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (iECAs) e bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) do que aos diuréticos e antagonistas dos canais de cálcio (ACC) dihidropiridínicos. A escolha do anti-hipertensivo para tratar esse grupo étnico é norteada pela presença de comorbidades e pela eficácia em atingir as metas pretendidas. O uso de terapia não medicamentosa tem apresentado melhores resultados em afrodescendentes do que em brancos. Em indivíduos com proteinúria, o uso de iECA está indicado, da mesma forma como ocorre em indivíduos de cor branca (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010, p. 52).

No que diz respeito à mortalidade infantil, no Brasil, entre os anos de 1977-1993, esse índice diminuiu entre os brancos menores de um ano 43%, enquanto que entre os negros nessa mesma faixa etária, diminuiu apenas em 25%. O que mostra que crianças negras estão mais expostas a doenças e à morte. Quanto à morte materna, no ano de 1993, a “morte materna⁷⁶ foi 7,5 vezes maior entre as amarelas e 6,6 vezes maior entre as pretas, quando comparadas com as brancas” (Ibidem, 2002, p. 151).

Werneck (*apud*, BRASIL, 2002, p. 158) chama atenção para o fato de que, embora o Brasil tenha um dos melhores programas de prevenção e tratamento do HIV/AIDS do mundo “não tem sido suficiente para impedir a feminização da epidemia; e mais, a feminização negrófila, ou seja, sua chegada às mulheres negras”. A mesma autora cita uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), sobre o acesso a transplantes no Brasil, demonstrando que, no país, homens brancos são favorecidos em detrimento de mulheres e em relação à população negra, portanto, observa-se diferenças raciais e de gênero na política de transplantes do país.

Com relação ao câncer⁷⁷ do colo de útero, vimos que “nos Estados Unidos o câncer de colo uterino é duas vezes mais frequente em mulheres negras do que nas brancas. No Brasil não

⁷⁶ As quatro principais causas básicas de óbito no Brasil são: síndromes hipertensivas, síndromes hemorrágicas, infecções puerperais e aborto (BRASIL, 2002).

⁷⁷ Este tipo de câncer é 100% evitável. Em 90% dos casos, a doença está relacionada à ocorrência do HPV (papilomavírus humano), um vírus sexualmente transmissível cuja detecção é simples, desde que o atendimento básico à saúde funcione bem (BRASIL, 2002, p. 158).

se dispõe de dados desagregados por raça” (BRASIL, 2002, p. 158), o que evidencia outro problema da saúde pública brasileira: a ausência do preenchimento adequado e qualificado do quesito⁷⁸ raça/cor nos documentos da saúde.

O quesito cor, ou a identificação racial, é um item importante e indispensável nos serviços de saúde, tanto no diagnóstico, quanto no prognóstico, na prevenção e no acompanhamento condigno, sobretudo das doenças atualmente consideradas raciais/étnicas. Permite fazer um diagnóstico epidemiológico da situação dos grupos raciais ou étnicos e delimitar, com maior precisão, o descaso, a omissão, a dificuldade de acesso, bem como possibilita perceber a institucionalização do racismo como prática social e política naturais e aceitáveis, quando qualquer um desses grupos vive sob opressão racial/étnica. Demonstra como e do que adocece, e como e do que morre, por exemplo, a população negra. O quesito cor, no caso do Brasil, é absolutamente necessário no presente, mas o seu sentido estratégico é incomensurável (BRASIL, 2002, p. 212).

Mulheres negras no Brasil sofrem diversos tipos de violências, inclusive, quando vivenciam a gestação, pois seu acesso à assistência obstétrica é menor, elas também têm menos consultas de pré-natal, e são as que mais dão à luz em casa.

As negras apresentaram um menor acesso à assistência obstétrica (pré-natal, parto e puerpério). O percentual de gestantes negras que recebeu o que o Ministério da Saúde considera como o “pacote mínimo de qualidade para assistência pré-natal – seis consultas ao longo da gestação, mais uma consulta no puerpério – foi de 61% e 31%, respectivamente, em contraste com 77% e 46% das brancas. Quanto ao parto, 7% dos bebês de mães negras nasceram em casa, mais do triplo do que aconteceu no caso das mulheres brancas (BRASIL, 2002, p. 160).

2.2.1 Formação sócio-histórica brasileira e as desigualdades sociais, econômicas e de saúde da população negra no Brasil

Como disposto ao longo deste trabalho, a subordinação social, econômica e política sob a qual a população negra foi colocada historicamente e que ainda hoje é empurrada, encontra explicação nos estudos de Florestan Fernandes (1975). Este autor desenvolveu dois conceitos e os denomina: heteronomia racial; que seria a dominação racial em decorrência da raça/cor dos sujeitos e da existência do racismo, e a heteronomia econômica, que corresponde a dominação econômica do capitalista sobre o trabalhador- exacerbada pelas sociedades de capitalismo dependente, nos países da América Latina, incluindo o Brasil.

Fernandes (1975) explica que no Brasil a dominação racial e a dominação econômica se articulam porque são funcionais ao modo de produção capitalista, especialmente ao

⁷⁸O quesito cor como “aglutinador” e ponto de partida das lutas do Movimento Negro brasileiro teve como lema “Não deixe sua cor passar em branco”, em torno do qual foi desenvolvida ampla campanha nacional no começo de 1990, com apoio ostensivo do Movimento Negro, visando conscientizar as pessoas negras a responderem corretamente no censo sobre a sua cor (Ibidem, 2002, p. 215).

capitalismo dependente que aqui se instaurou. Por isso, se estabelece uma dupla dominação que é constantemente revitalizada, desde os tempos do Brasil colonial, por servir aos interesses da dinâmica necessária ao capitalismo dependente de manutenção da relação constante entre o arcaico e o moderno. Nesse sentido, o racismo não é apenas conservado, mas é também ressignificado a fim de estabelecer constantemente a dominação econômica e racial na sociedade de classes.

Almeida (2018, p. 122) acrescenta que há anos inúmeras pesquisas têm demonstrado que a raça tem determinação no processo de desigualdade econômica de pessoas negras, e que políticas públicas, sociais e de transferência de renda que não consideram o fator raça/cor mostram-se pouco efetivas. Não obstante, as desigualdades raciais no Brasil não se limitam apenas a aspectos econômicos, de educação ou trabalho, mas recaem também sobre a saúde dessa população.

Neste prisma, Borghi et al (2018) descrevem como a concepção de saúde e doença, e os modelos teóricos que buscam sua compreensão se relacionam com a organização social, e seu respectivo acúmulo tecnológico em cada momento histórico. Apresentam também, um dos modelos teóricos de explicação do processo saúde-doença proposto por Arredondo no ano de 1992, mas que apesar do tempo, ainda permanecem atuais, de acordo com estes autores.

Dentre os modelos teóricos apresentados por Arredondo (1992), destacamos o modelo histórico-social, caracterizado pelo autor como “aquele que busca explicar perfis diferenciados de saúde e doença por intermédio de uma estreita relação com o contexto histórico, o modo de produção e as classes sociais” (BORGHI et al, 2018, p. 872). Tal modelo abarca as dimensões históricas; o desgaste laboral do indivíduo; a reprodução da força de trabalho, e a classe social.

Por esse ângulo, Nogueira (2009) apresenta que assim como a ontologia do ser social é determinada pelo trabalho, a saúde também deveria ser pensada com base no trabalho. “Para Lukács (1980), o que determina a essência ontológica do homem é o trabalho enquanto ato teleológico. Neste caso, a saúde teria igualmente de ser pensada com base no modo de ser social do trabalho” (NOGUEIRA, 2009, p. 405).

Numa determinação ontológica desse tipo, o modo de compreender o homem fundamenta necessariamente a compreensão da saúde [...] a natureza e sua causalidade não determinam o homem, mas ao contrário, o homem determina a si mesmo e a natureza, simultaneamente. A saúde passa a ser o modo particular de o homem se comportar como ser social em face de suas possibilidades cotidianas de vida (NOGUEIRA, 2009, p. 404-405. grifo nosso).

Nesse sentido, Marx (2001) apresenta o trabalho como processo em que o ser humano intervém na natureza na busca de satisfazer as suas necessidades- desde as mais essenciais à

vida, como a descoberta do fogo para aquecer o corpo, e o proteger do frio além de cozinhar os alimentos, até as mais supérfluas, como a extração de minerais para a produção desenfreada e o consumo compulsivo de novos smartphones-. Sendo que ao transformar a natureza, o homem transforma a si próprio, e nesse processo, cria novas necessidades. Desse modo, o trabalho funda o ser social, onde o biológico não desaparece, mas é cada vez mais integrado ao social. Assim, “O ser humano se converte em uma unidade contraditória entre as dimensões natural e social em que a segunda subsume cada vez mais a primeira sem, contudo, aboli-la” (GOMES, 2017, p. 29).

Donnangelo (1979), Nogueira (2009), e Marx (2001), elaboram que o corpo se apresenta na sociedade antes de tudo como agente do trabalho, “o que remete a ideia de que ele adquire seu significado na estrutura histórica da produção: significado que se expressa na quantidade de corpos ‘socialmente necessários’, no modo pelo qual serão utilizados, nos padrões de ação física e cultural a que deverão ajustar-se” (DONNANGELO, 1979, p. 25-26).

Dessa forma, observamos neste estudo que historicamente os corpos negros foram utilizados de modo violento, “ajustados” à escravidão, culturalmente desumanizados, subjugados a processos de um racismo estrutural que implicam em prejuízos imensuráveis até os dias atuais.

Assim, de acordo com o último censo⁷⁹ do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por exemplo, realizado no ano de 2010, negras e negros, ou seja, pessoas autodeclaradas pretas e pardas, constituem mais da metade da população brasileira (50,7%). Dados mais recentes apontam que, em 2016, 55,4% das pessoas se declararam negras no Brasil (8,2% autodeclaradas pretas e 47,2% autodeclaradas pardas) (BRASIL, 2016).

No entanto, apesar do aumento significativo dessa população no Brasil, a distribuição racial da riqueza no país permanece desigual, abarcando 13,6% da população negra, nos 10% mais pobres do país (com menor rendimento mensal domiciliar per capita), ao passo que os brancos correspondem apenas a 5,5% desse segmento. O inverso também acontece, enquanto 16,4% da população branca estava entre os 10% com maiores rendimentos, apenas 4,7% da negra encontrava-se nessa mesma classe de rendimentos em 2017 (IBGE, 2018).

Quando analisado por cor ou raça, o rendimento da população parda e preta corresponde respectivamente a 55,6% e 54,9% do rendimento dos brancos. No que se refere ao número de desocupados- pessoas sem trabalho formal ou informal, que não exercem nenhuma atividade

⁷⁹ O censo mais recente deveria ter ocorrido no ano de 2019, entretanto dado a pandemia da Covid-19, foi adiado e tem previsão de acontecer neste ano (2022).

remunerada- a participação dos pardos no ano de 2016 foi de 52,7%; a dos brancos 35,6% e a dos pretos 11,0%. Somando, o nível de desocupação da população negra totaliza em 63,7%, assim continua sendo a maioria da população sem rendimentos, agravando ainda mais os níveis de pobreza e miséria a que foram subordinados historicamente.

A taxa de desocupação no País foi estimada no 4º trimestre de 2016 em 12,0%. Quando desagregado por cor ou raça, a taxa dos que se declararam brancos (9,5%) ficou abaixo da média nacional, porém a dos pretos (14,4%) e dos pardos (14,1%) ficou cerca de 2 pontos percentuais acima (IBGE, 2018). Falar sobre rendimentos e mercado de trabalho implica em passar pelo processo de escolarização/alfabetização e quando é feito um recorte racial nesse campo é possível observar que até o ano de 2015, apenas 12,8% da população negra brasileira cursou o ensino superior (BRASIL, 2016).

Desigualdades também são reveladas quando se compara a população segundo o critério de cor ou raça. De fato, ao longo de toda a série histórica, a taxa de desocupação da população preta ou parda foi maior do que a da população branca, tendo alcançado a maior diferença em 2017 e 2018, de 4,6 pontos percentuais (IBGE, 2019, p. 34).

Diante da desigualdade racial na área econômica, Almeida (2018) explica que o racismo necessita de uma explicação racional para perpetuar-se e por isso, produz um sistema de ideias para explicar essa desigualdade. Assim, a pobreza entre a população negra aparece como algo normal. Portanto, “o racismo é uma ideologia, desde que se considere que toda ideologia só pode subsistir se estiver ancorada em práticas sociais concretas” (ALMEIDA, 2018, p. 52).

a própria indiferença teórica sobre a desigualdade racial nos campos político e econômico é fundamental para construir um imaginário racista, pois assim, sem críticas ou questionamentos, a discriminação racial ocorrida nas relações concretas aparecerá à consciência como algo absolutamente “normal” e corriqueiro (Ibidem, 2018, p. 52).

Assim, Nogueira (2009) apresenta que quando se amplia um dado conceito, ele se torna mais concreto e rico. Por isso, pensar na saúde da população negra⁸⁰ pode parecer algo concreto, no entanto, se torna uma abstração se não a considerarmos no bojo da sociedade de classes visto que de acordo com Marx (2011), o conceito de população é algo vago e abstrato quando não se leva em consideração elementos como a classe social; o trabalho assalariado; a divisão social e técnica do trabalho; o modo de produção capitalista etc.

⁸⁰população negra: o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga (BRASIL, 2010).

O concreto para o autor, é a realidade em si, é a síntese de múltiplas determinações, é a síntese dos elementos constitutivos da realidade. O conhecimento para ele é a reprodução mental do movimento do real, e embora considere que tanto do ponto de vista do conhecimento, quanto do ponto de vista prático, histórico concreto, o objeto tenha preponderância em relação ao sujeito, não é possível ter conhecimento, ou ter história sem a ação, sem a interferência do sujeito. Dessa forma, ao reproduzir mentalmente a realidade, ao formular logicamente, racionalmente uma determinação, é possível construir uma categoria.

O concreto é concreto porque é a síntese de múltiplas determinações, portanto, unidade da diversidade. Por essa razão, o concreto aparece no pensamento como processo da síntese, como resultado, não como ponto de partida, não obstante seja o ponto de partida efetivo e, em consequência, também o ponto de partida da intuição e da representação. Na primeira via, a representação plena foi volatilizada em uma determinação abstrata; na segunda, as determinações abstratas levam à reprodução do concreto por meio do pensamento (MARX, 2011, p. 77-78).

Partindo então, da compreensão de classe social, para pensar sobre a população negra brasileira e seu processo de saúde-doença, se torna necessário retomar a centralidade da categoria trabalho. Nesse sentido, Mattos (2007) revela que alguns autores apontam que a “*classe caiu*”⁸¹, no sentido de não ser mais uma categoria superior de explicação histórica, estas teses, estão articuladas à defesa da não centralidade do trabalho nas relações sociais e na análise da realidade social, dado às mudanças no perfil da classe trabalhadora, nas mudanças com relação à intervenção estatal; nas novas formas de inserção da classe no mercado de trabalho, dadas as transformações provocadas pela reestruturação produtiva do capital e por sua necessidade constante de valorização.

Essa mudança no mundo do trabalho afeta principalmente a população negra no Brasil, pois assim como observado por Fernandes (2008), Moura (1994), Ianni (1987) e outros pensadores da questão, foi essa a população que historicamente ocupou os piores lugares no processo produtivo, as posições mais precarizadas e mais desumanizadas do mundo do trabalho no interior da sociedade de classes.

⁸¹As teses sobre o recuo da classe na atualidade – intimamente associadas à ideia de perda da centralidade do trabalho – são tentativas de resposta analítica a uma série de transformações pelas quais vem passando a economia capitalista em escala internacional ao longo das últimas três décadas, pelo menos. Podemos localizar a origem de tais mudanças na busca do capital por reerguer-se de uma crise estrutural, iniciada nos anos 1970, marcada pelas quedas nas taxas de lucro e crescimento econômico, mas também pelas contestações operárias ao padrão fordista de exploração do trabalho, ocorridas em vários países de desenvolvimento industrial avançado nos últimos anos da década de 1960 e nos primeiros anos da década de 1970. (MATTOS, 2007, p. 49). Dessa forma, Mattos (2007) aponta limites teóricos a tais interpretações e reafirma a centralidade do trabalho e das classes sociais na explicação da realidade social. O autor explica que o que ocorre realmente não é o fim do trabalho ou da classe social, mas sim uma mudança no perfil da classe, mudança essa marcada pela informalidade, pelo desemprego, e pela precariedade do trabalho.

Diante disso, Oliveira (2020)⁸² apresenta que a população negra se insere e está representada nos setores agropecuários (60,8%), na construção civil (62,6%), no comércio, no transporte, nos serviços domésticos (65,1%) etc. Ocupações onde existem maior precarização⁸³ e terceirização do trabalho, onde os vínculos trabalhistas são mais frágeis, onde existe maior insegurança, onde os salários são mais baixos⁸⁴. Enquanto que os brancos, estão inseridos majoritariamente nos setores da administração pública, na área da informação e financeiras, onde existe maior estabilidade, melhores salários, e em tempos de pandemia⁸⁵ esse cenário é amplamente complexificado, dado o contexto da “coronacrise”⁸⁶.

Nesse processo de precarização do trabalho, é possível observar ainda o caráter patriarcal e racista da sociedade capitalista, quando mulheres negras recebem menos que homens brancos.

O recorte por cor ou raça, assim como a diferenciação por sexo, é fundamental para o diagnóstico das desigualdades de rendimentos do País. Como visto, atividades econômicas de menores rendimentos médios são as que proporcionalmente possuem mais ocupados de cor ou raça preta ou parda e pessoas do sexo feminino. No balanço geral, em 2018, os brancos ganhavam em média 73,9% mais do que pretos ou pardos e os homens ganhavam, em média, 27,1% mais que as mulheres (IBGE, 2019, p. 27).

Entre os trabalhadores domésticos, percebe-se que, para o ano de 2015, as mulheres negras eram 59,7% do total de trabalhadores domésticos no Brasil, completando o quadro de dupla discriminação. A categoria de trabalhadoras domésticas é uma das mais vulneráveis à coronacrise, seja pelo elitismo dos ricos brasileiros que não conseguem realizar seu trabalho doméstico mesmo infectados com o vírus e as colocam em risco (**o que levou a que uma das primeiras mortes por Covid-19 no Brasil fosse de uma trabalhadora doméstica**), seja porque, com a quarentena, muitas diaristas ficam sem receber (OLIVEIRA, 2020, p. 11. grifo nosso).

Essa discrepância salarial, não diz respeito apenas à formação ou ao nível de escolaridade. No sentido de que Oliveira (2020) observa que quanto maior a escolaridade da população negra, maior é a desigualdade salarial, se comparada aos brancos. A autora expõe que feministas denominam o fenômeno de “teto de vidro”, ou seja, “chega um certo momento da carreira que as mulheres negras não conseguem avançar mais, seja por preconceito, seja por

⁸²Ver também: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>.

⁸³Dada a reestruturação produtiva do capital, o mundo do trabalho recai num profundo processo de precarização, onde ocorre a subsunção real do trabalho ao capital, isso significa que o trabalhador perde o controle sobre o processo de trabalho e o capital controla totalmente a produção. Ver Almeida (2018).

⁸⁴O racismo opera no campo econômico de maneira subjetiva: “o racismo faz com que a pobreza seja incorporada quase que como uma condição “biológica” de negros e indígenas, naturalizando a inserção no mercado de trabalho de grande parte das pessoas identificadas com estes grupos sociais com salários menores e condições de trabalho precárias” (ALMEIDA, 2018, p. 135).

⁸⁵Pandemia da COVID-19, que modificou o modo de vida das pessoas em âmbito global/mundial.

⁸⁶Caracterização que Oliveira (2020) faz acerca da crise econômica aliada a crise de saúde pública no contexto da pandemia da COVID-19.

obrigações domésticas socialmente impostas” (OLIVEIRA, 2020, p. 9). Nessa mesma lógica, Oliveira (2020) argumenta que existe também um “teto de vidro” para pessoas negras, dada a existência do racismo estrutural, isso mostra que apesar de ser necessário o investimento em educação e na ampliação do seu acesso para a população negra, outras políticas e ações afirmativas devem transversalizar esse processo.

Os negros são maioria entre os trabalhadores por conta própria, ao passo que os brancos são maioria entre os empregadores (IBGE, 2016). Isso mostra como o racismo atribui desvantagens à população negra e privilégios aos não negros, e como a sociedade não questiona tais privilégios ou desvantagens, pois cenários como esse se tornam normais, dessa maneira, “a permanência do racismo exige [...] que a desigualdade social seja naturalmente atribuída à identidade racial dos indivíduos ou, de outro modo, que a sociedade se torne indiferente ao modo com que determinados grupos raciais detêm privilégios” (ALMEIDA, 2018, p. 57).

Além disso, no ano de 2015 no Brasil, 51% dos negros se declaram MEIs (micro empreendedor individual), dentre a população autodeclarada branca, 46% se declarou MEI. Essa categoria de trabalho, abarca principalmente trabalhadores precarizados e sem vínculos formais.

As categorias mais presentes no MEI são cabeleireiros/manicures, varejo de vestuário/acessórios e obras de alvenaria. Há indicativo de que muitos MEIs sejam trabalhadores de aplicativos, o que nos leva ao próximo ponto: a ausência de análise nesse texto sobre trabalhadores por aplicativo (como Uber, app, ifood entre outros), pois há falta de dados nacionais em especial quanto à raça destes trabalhadores precarizados no Brasil e que se expõem ainda mais nesse período de pandemia (OLIVEIRA, 2020, p. 14).

No Brasil, observamos o forte discurso da meritocracia, onde os sujeitos são culpabilizados por sua situação de desemprego e pobreza, desse modo, a meritocracia apoia a desigualdade, a pobreza e a miséria, fazendo com que os indivíduos se conformem com sua situação, e naturalizem as desigualdades raciais. Assim,

em um país desigual como o Brasil, a meritocracia avaliza a desigualdade, a miséria e a violência, pois dificulta a tomada de posições políticas efetivas contra a discriminação racial, especialmente por parte do poder estatal. **No contexto brasileiro o discurso da meritocracia é altamente racista, vez que promove a conformação ideológica dos indivíduos com a desigualdade racial** (ALMEIDA, 2018, p. 58. grifo nosso).

Os negros também são a maioria do público beneficiado pelo Programa Bolsa Família (PBF), dos 12.677.749 beneficiários em maio de 2016, 9.438.131 eram negros. São também

maioria dos inscritos no Cadastro Único (CadÚnico) (OLIVEIRA, 2020)⁸⁷, que se refere a um instrumento de coleta de dados que identifica as famílias em vulnerabilidade financeira com o objetivo de incluí-las nos programas sociais e nas políticas de transferência de renda do governo-. Nesta perspectiva, Almeida (2018), mostra que a população negra e pobre tem grande dificuldade para se integrar ao mercado de trabalho, e que em meio às crises, essa população é duramente atingida pela fome e pelas epidemias.

Como não serão integrados ao mercado, seja como consumidores ou como trabalhadores, jovens negros, pobres, moradores de periferia e minorias sexuais serão vitimados por fome, epidemias ou pela eliminação física promovida direta ou indiretamente – por exemplo, corte nos direitos sociais - pelo Estado. Enfim, no contexto da crise, o racismo é um elemento de racionalidade, de normalidade, e que se apresenta como modo de integração possível de uma sociedade em que os conflitos tornam-se cada vez mais agudos (ALMEIDA, 2018, p. 162).

Além dos precários vínculos de trabalho e renda, a população negra no Brasil vive em más condições de moradia e saneamento básico, quando observamos, por exemplo, a raça/cor dos moradores das favelas, 72% autodeclarados negros. Com relação à população em situação de rua, em 2008 o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome apontou que 67% das pessoas em situação de rua são negros, “[...] em 2018, no Brasil, 27,6% das pessoas possuíam restrição à educação, 3,1% à proteção social, 12,8% às condições de moradia, 37,2% aos serviços de saneamento básico e 20,1% à Internet [...]” (IBGE, 2019, p. 72). Condições precárias de vida, que desencadeiam processo de adoecimento físico e mental de corpos pretos.

[...] no Brasil, “afrodescendentes residem nas áreas mais inóspitas das regiões urbanas e em espaços rurais também carentes de políticas públicas essenciais para o exercício da cidadania, tais como saneamento básico, escolas e instituições de saúde, que quando existem são de baixa qualidade. Assim como estão alocados nos trabalhos que exigem pouca qualificação profissional, cuja renda mensal é irrisória, logo insuficiente para cobrir necessidades vitais como, por exemplo, alimentação adequada. Agregam-se às precárias condições materiais de vida práticas racistas, firmemente arraigadas na sociedade brasileira, que contribuem decisivamente para a manutenção e até piora da baixa estima e risco de adoecimento físico e mental” (BRASIL, 2001, p.18).

Dessa forma, observa-se que os indicadores que fazem menção à população negra brasileira são indesejáveis, e revelam uma realidade de uma população que historicamente foi desprotegida.

⁸⁷ OLIVEIRA.A.L.M. A pandemia não é democrática: Um aspecto especial da nossa desigualdade é a desigualdade racial. Negros possuem maior índice de comorbidades associadas e por razões socioeconômicas são também mais vulneráveis ao coronavírus. **BRASIL DEBATE**. 13/04/2020. Disponível em: <https://brasildebate.com.br/a-pandemia-nao-e-democratica/>. Acesso em: <https://brasildebate.com.br/a-pandemia-nao-e-democratica/>.

CAPÍTULO III

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA - PNSIPN: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PROCESSO HISTÓRICO

Bravo (2001) elabora que no Brasil a intervenção estatal na saúde ocorreu no século XX, momento em que de acordo com a autora, a saúde emerge como questão social, ou seja, como um desdobramento da desigualdade social advinda da relação capital e trabalho, da apropriação privada da riqueza socialmente produzida (IAMAMOTO; CARVALHO 1982).

A luta pela saúde pública, sendo uma luta coletiva, teve o protagonismo do Movimento Negro como um dos movimentos sociais organizados em prol do acesso a saúde universal e de qualidade. Ao longo da história, grandes foram as conquistas do Movimento de Reforma Sanitária e também do Movimento Negro no campo da saúde, como por exemplo, o próprio Sistema Único de Saúde - SUS; as normativas que o regulamentam (Lei 8.080/90, Lei 8.142/90); e a portaria 992/2009 que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. No entanto, dadas as políticas neoliberais e a organização do modo de produção do capitalismo dependente no Brasil, os direitos são constantemente retirados, as políticas sociais precarizadas e os sujeitos responsabilizados.

3.1 A institucionalização da saúde da população negra no Sistema Único de Saúde (SUS).

A política de saúde no Brasil foi marcada pela prática liberal-privatista. Conforme Bravo (2001), no âmbito da política social, o enfrentamento da questão social durante o período entre 1974-1979, foi de contenção das pressões sociais com ênfase em ações curativas comandadas pelo setor privado. Dessa forma, a década de 1970 foi marcada por tensões e organizações protagonizadas pelo Movimento Sanitário.

Bravo apresenta que os anos de 1980 foram marcados por um processo de democratização política e de superação com o regime ditatorial iniciado no país no ano de 1964. Onde também, o país entrou em uma crise econômica prolongada que se arrasta até os dias atuais. Neste contexto, a saúde deixou de ter interesse estritamente técnico, e adquiriu dimensão política estando estreitamente vinculada à democracia. Neste cenário, os principais personagens envolvidos na luta pela saúde foram: os profissionais de saúde; o movimento sanitário através do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e os movimentos sociais, dentre eles o movimento de mulheres negras; os partidos políticos; e outros.

Estes sujeitos coletivos debateram principalmente sobre a saúde como um direito social e um dever do Estado; a estruturação da estratégia do SUS; a universalização do acesso à saúde; a descentralização do processo decisório para os municípios e estados; o controle democrático por meio dos conselhos de saúde etc (BRAVO, 2001).

Um importante desdobramento dessa luta política em torno do direito pela saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, na cidade de Brasília- DF. Tratou-se da primeira conferência aberta para a participação da sociedade civil, dela participaram quatro mil e quinhentas pessoas. Na 8º CNS, foram abordados três grandes temas: saúde como direito; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento da saúde. Inegavelmente foi um marco na história nacional, e não apenas na saúde, porque introduziu propostas não só para este setor, ampliando o conceito de saúde para além da ausência de doença, o considerando como bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1986).

Nesse sentido, a 8ª CNS teve também um grande significado para o conjunto da sociedade, ao elaborar, na plenária de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca um conceito de saúde que abrangeu as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e aos serviços de saúde, exigindo assim, justiça e igualdade, ou seja, requerendo uma qualificação no campo de todas as demais políticas públicas, e conseqüentemente, uma real melhoria nas condições de vida da população brasileira (BRASIL, 1986).

Às vistas do fortalecimento do setor público, e da universalização do atendimento, o Sistema Unificado de Saúde - SUDS, foi criado em 1987. Junto a ele, outros dispositivos legais foram imprescindíveis para a efetivação do direito à saúde, como por exemplo, a Constituição Federal de 1988 que preconiza nos artigos 196 a 200 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que visem redução do risco de doença e outros agravos, proporcionar acesso universal e igualitário a fim de promover, proteger e recuperar a saúde. E, no mesmo ano (1988), foi criado o próprio SUS, cuja organização é baseada nas diretrizes da descentralização dos serviços, com direção única em cada esfera de governo; na integralidade do cuidado; e na garantia da participação da comunidade (BRASIL, 1998).

Outro dispositivo legal que corroborou e colabora com o texto constitucional é a Lei Orgânica da Saúde (Lei número 8080/90), que dispõe sobre a saúde como um direito universal do ser humano, devendo ter provisão por parte do Estado, indispensáveis ao seu pleno exercício. Além da Lei de número 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, em cumprimento das diretrizes do sistema previstas pela Constituição de 1998, e também

sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990).

Diante desse contexto de luta e conquista de direitos, o Movimento Negro Brasileiro explicitou suas demandas e reivindicações. Durante todo o processo ele esteve inserido ativamente na cena política exigindo do Estado a construção e a implementação de políticas públicas, das quais se sistematizam nos seguintes documentos:

Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (Brasília, DF, 1986); Introdução do quesito cor no Sistema Municipal de Informação da Saúde (São Paulo, SP, 1992); Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, Pela Cidadania e a Vida (Brasília, DF, 1995); II Reunião Nacional de Mulheres Negras, Belo Horizonte, MG (20 e 21/09/1997); Pré-Conferência Cultura e Saúde da População Negra (Brasília, DF, 13 a 15/09/2000); Documento Alternativo do Fórum Nacional de Entidades Negras (Rio de Janeiro, RJ (maio de 2000) e Nós, Mulheres Negras: Diagnóstico e propostas – Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras rumo à III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, 2001 (BRASIL, 2002, p. 219).

O protagonismo do Movimento Negro, foi fundamental para o reconhecimento, por parte do Estado, do racismo enquanto um elemento determinante na vida e na saúde de pessoas negras no Brasil. Trata-se de um Movimento social organizado a partir da problemática racial, que de acordo com Araújo e Teixeira (2014), enquanto atores sociais, construíram uma identidade em torno de interesses diversos, não só individuais, corporativos e específicos, mas também coletivos, de classe social - o que os permitiu elevar determinada problemática em luta política, em disputa por projetos societários -. Para isso, adotaram estratégias a fim de garantir que suas reivindicações fossem incorporadas na agenda política para formulação e implementação de políticas públicas afirmativas.

Nesta luta, tem destaque o Documento Alternativo do Movimento Negro Brasileiro, elaborado pelo Fórum Nacional de Entidades Negras, no ano de 2001. Este Fórum foi constituído pelo Comitê impulsor Pró-Conferência Mundial Contra o Racismo (a III Conferência Contra o Racismo) formado por lideranças de organizações negras e organizações sindicais, que assumiram a responsabilidade de cumprir tarefas organizacionais como, por exemplo, denunciar o “descumprimento e violação sistemática da Convenção Internacional Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, resultantes de ações diretas e de omissões do Estado brasileiro” (CARNEIRO, 2002, p. 1).

A luta pela saúde da população negra no Brasil, de modo mais organizado, remonta principalmente da década de 1990, um trabalho construído por muitas mãos, especialmente pelo Movimento Negro e ativistas antirracistas, que pressionaram politicamente as escolas de saúde e o governo brasileiro (BRASIL, 2002). Entretanto, cabe ressaltar que atores sociais negras(os)

mobilizados pelas questões de gênero, raça e sexualidade se colocaram de forma mais expressiva na cena política desde os anos 1980 - momento em que a luta foi reforçada após anos de grande resistência e mobilização -, requerendo do Estado a formulação de políticas públicas com recortes para os grupos historicamente negligenciados - negros; indígenas; mulheres; pessoas com deficiência, etc- (ARAÚJO; TEIXEIRA, 2016).

Esse momento foi fortalecido pelo cenário internacional⁸⁸, momento em que o mundo se reorganizou em torno de Conferências Mundiais a fim de construir diretrizes para as políticas públicas (CARNEIRO, 2002). No bojo desse processo, temos o debate sobre a saúde da mulher que tiveram impactos significativos para as mulheres negras brasileiras, mulheres atravessadas pela dupla discriminação, de gênero e de raça, mas que lutaram pela liberdade dos seus corpos - incluindo o direito pelo planejamento familiar-, e por seus direitos à saúde; trabalho; renda e proteção por parte do poder público.

Como marco no Brasil temos, no ano de 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)⁸⁹, o reconhecimento do Estado que passou a conduzir a saúde da mulher de forma integral, e a pautar sobre o planejamento familiar - que foi regulamentado apenas em 1996 por meio da Lei de nº 9263/96, não sendo mais orientado pelas políticas de natalidade que fomentaram as práticas de esterilização (MILANEZI, 2020)⁹⁰. Tais práticas como sinalizado, tiveram um forte teor eugenista, e historicamente foram destinadas aos grupos daqueles considerados “degenerados”, dos quais foram incluídos negros e pobres. Portanto, o papel das ativistas negras na construção dos direitos sexuais e reprodutivos foi decisivo para qualificar as condições de vida e saúde das mulheres negras no país.

Importante destacar que este movimento não ocorreu sem tensões, não sendo consensual no interior do próprio movimento de mulheres negras. De acordo com Arilha e Citeli (1998) as divergências podem ter permitido que o movimento de mulheres negras produzisse uma visão própria no campo da saúde reprodutiva, distintas das matrizes teóricas e políticas tanto do Movimento Negro quanto do Movimento Feminista.

⁸⁸Ocorrida em 9 de novembro de 1989, que apesar de simbólico, politicamente marcou a queda do comunismo na Europa e culminou na reunificação da Alemanha, consolidando o começo do fim da Guerra Fria e da União Soviética. Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=M2nSQ6kYcMU>. Acesso em: 01/07/2022.

⁸⁹Damasco; Maio e Monteiro (2012, p. 135) referem que o PAISM foi o primeiro programa governamental direcionado integralmente ao atendimento da saúde das mulheres brasileiras, voltado para o planejamento familiar e a saúde reprodutiva. Sob a ótica do programa, as ações no campo da saúde deveriam atender de forma global às necessidades das mulheres e serem implementadas por todas as unidades do SUS. De acordo com essa perspectiva, a mulher deveria ter acesso, por intermédio do então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a informações sobre o funcionamento do seu próprio corpo, incluindo métodos contraceptivos e exames ginecológicos e preventivos de doenças como o câncer.

⁹⁰ Link para matéria: <https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2020/A-institucionaliza%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-da-popula%C3%A7%C3%A3o-negra-no-SUS>. Acesso em: 06/07/22.

A divergência foi vista no entendimento da esterilização, contradizendo alguns militantes do movimento negro que defendiam que era tarefa política da mulher negra ter filhos e designavam um papel secundário às mulheres dentro do movimento. O movimento de mulheres negras também discordava de alguns setores do movimento feminista, que defendiam a liberalização da esterilização, ressaltando os aspectos da ausência de liberdade, da rebeldia e da recusa radical da maternidade. Para as feministas negras a esterilização sem as devidas regulamentações significava um instrumento de genocídio da população negra (ARILHA e CITELI, 1998).

Um ponto convergente entre os movimentos de mulheres negras e setores do movimento feminista foi de dar apoio ao PAISM, defendendo a regulamentação da prática da esterilização para coibir os abusos de uma esterilização em massas, que tinham a mulher negra como sua maior vítima, e também para estimular alternativas sobre outros métodos contraceptivos que não a laqueadura (ARILHA e CITELI, 1998); (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

Neste mesmo contexto político, as mulheres negras passaram a questionar a ausência do debate racial no interior do movimento feminista, e também a fazer críticas ao fato da liderança do movimento ser urbana, branca e de classe média (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

Esta mobilização do feminismo negro teve seu marco em 1985, momento em que ocorreu na cidade de Bertioga, São Paulo, o III encontro Feminista Latino Americano e Caribenho - que fortaleceu o movimento de mulheres negras e deu visibilidade às particularidades em saúde da população negra no Brasil (MILANEZI, 2020). Neste encontro, as mulheres negras também apresentaram suas demandas relativas à luta contra a violência doméstica, ao combate à discriminação e ao preconceito racial no mercado de trabalho (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

No ano de 1988, a Constituição Federal estabeleceu no Brasil uma nova perspectiva de saúde, pautado enquanto um direito universal que deve ser garantido pelo Estado. Perspectiva consolidada pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) que trata do direito à saúde como um direito humano que deve preservar a autonomia e a integridade física e moral das pessoas (BRASIL, 1988); (BRASIL, 1990).

Um importante resultado da luta do movimento negro, ocorreu em São Paulo e teve rebatimentos nacionais pois resultou na Portaria nº 696/90, assinada pelo secretário municipal de Saúde, Eduardo Jorge, que determinou a introdução do quesito cor no Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Saúde, tornando assim a cidade de São Paulo a primeira do Brasil a ter informações na área de saúde recortadas por cor (BRASIL, 2002).

Compõem o movimento de ampliação desse debate, as tensões para instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Esterilização, no ano de 1991. A deputada Benedita da Silva (PT/RJ)⁹¹ e o senador Eduardo Suplicy (PT/SP) requereram a instalação da CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) da Esterilização, que foi instalada em abril de 1992 para investigar as causas de esterilização em massa de mulheres brasileiras. Esta CPI investigou também se a esterilização ocorreu predominantemente em mulheres negras.

Neste contexto, ativistas negras acusavam o governo brasileiro de não promover informações suficientes sobre a população negra, e denunciavam as práticas de controle à natalidade das últimas décadas (1980-1990). Sendo assim, as denúncias apuradas pela CPI concluíram que:

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 (BRASIL, 1993, p. 117).

O relatório da comissão parlamentar sobre esterilização em massa de mulheres de 1993⁹², confirmou que era maior a proporção de mulheres negras esterilizadas, conduzida de forma clandestina e indiscriminada, colocando em risco a vida de milhares de mulheres, além de provocar vários prejuízos à sua saúde, como doenças cardiovasculares e cefaleia (dor de cabeça). Além disso, foram constatadas que as motivações que levavam as mulheres a tais escolhas decorreram também da exigência do atestado de esterilização para admissão de mulheres nas empresas, e da pressão antinatalista no ambiente de trabalho.

O antinatalismo refere-se a uma das fases do planejamento familiar no Brasil, iniciado em 1964, num contexto mundial de forte controle da natalidade, por parte das agências internacionais, especialmente sobre a América Latina, nos países então considerados do “Terceiro Mundo”. Tal controle foi voltado para este continente porque houve sob a perspectiva norte americana (EUA) uma ameaça de “cubanização”, ou seja, a ameaça comunista na América Latina que deveria ser enfrentada estrategicamente através do controle externo sobre todas as questões nacionais destes países, inclusive sobre o controle populacional para impedir uma possível rebelião no Brasil (CONGRESSO NACIONAL, 1993).

⁹¹Partido dos Trabalhadores do Rio de Janeiro.

⁹²Disponível em: https://www.cfemea.org.br/plataforma25anos/anos/1993.php?iframe=cpi_esterilizacao. Acesso em : 15/06/2022. Relatório nº 2, de 1993 do Congresso Nacional, disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/85082/CPMIesterilizacao.pdf?sequence=7>. Acesso em 29/06/22.

Para este fim, as agências internacionais contactaram um grupo de médicos obstetras da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que sob a liderança de Otávio Rodrigues Lima, criaram o BEMFAM - Sociedade de Bem-Estar Familiar no Brasil. A partir de 1970 esta sociedade passou a intervir principalmente no nordeste do país, baseando-se no discurso de que famílias numerosas estariam mais vulneráveis às ideias que perturbavam a ordem social. A BEMFAM, por sua vez, não recebia nenhuma fiscalização sobre suas práticas, oferecendo uma precária qualidade dos serviços. Assim, a laqueadura se tornou no país uma contracepção de “alta eficácia”, sem nenhuma preocupação com a saúde reprodutiva das mulheres (CONGRESSO NACIONAL, 1993).

Todo esse contexto culminou para que no ano de 1993, durante o Seminário Nacional sobre Políticas e Direitos Reprodutivos da Mulher Negra, fosse redigida a Declaração de Itapeverica das Mulheres Negras Brasileiras⁹³, que unificou a demanda das mulheres negras para o Estado brasileiro e para as conferências multilaterais sobre mulheres da década de 1990.

Na Declaração, as mulheres negras declararam que “[...] a liberdade reprodutiva é essencial para as etnias discriminadas, reivindicando do Estado as condições necessárias para que possam exercer a sua sexualidade e os seus direitos reprodutivos, controlando a sua própria fecundidade” (ARILHA e CITELI, 1998, p. 97). Também reivindicaram políticas públicas nos campos do emprego e renda; saúde; educação; saneamento; e habitação, propondo a implantação do PAISM, criado em 1984 pelo MS -, bem como a implementação no SUS de programas de prevenção das doenças mais incidentes à população negra.

O documento deu ênfase ainda para a questão da Aids; das drogas; e a preocupação com as condições do atendimento ao parto, dadas as estatísticas de violência obstétrica, a incidência da Aids, e a “guerra às drogas”, que afetam majoritariamente a população negra. Além de pautar sobre a inclusão do quesito cor nos sistemas de informação de saúde, e sobre o financiamento da saúde pública no Brasil (ARILHA; CITELI, 1998).

O documento foi escrito consensualmente pelas principais forças políticas atuantes no movimento negro, mantendo um posicionamento crítico em relação à esterilização cirúrgica, considerando que o processo de esterilização em massa das mulheres negras brasileiras incidiu na redução percentual da população negra no país em comparação com a década anterior (ARILHA; CITELI, 1998).

⁹³O peso da “Declaração de Itapeverica” foi tal que legitimou a participação de uma delegação de mulheres negras no Encontro Nossos Direitos no Cairo (em Brasília, 1993) e na Conferência Saúde Reprodutiva e Justiça (Rio de Janeiro, 1994). Diversos itens da Declaração foram incorporados ao relatório oficial do governo brasileiro e ela certamente contribuiu para que a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos indicasse uma mulher negra para representá-la no Cairo (ARILHA e CITELI, 1998, p. 97).

Apesar do governo adverso que estava em exercício durante os anos de 1990, os movimentos sociais se mantiveram mobilizados a favor da efetivação do SUS, e dos direitos garantidos pela política da Seguridade Social. Neste cenário, o movimento negro, enquanto conjunto de sujeitos sociais, construiu uma identidade em torno da questão racial, e assumiu interesses diversos de classe, gênero, raça, de forma estratégica, a fim de incorporar na agenda suas reivindicações de forma com que elas fossem respondidas por meio de políticas públicas.

Outro marco foi a Marcha Nacional Zumbi dos Palmares⁹⁴, ocorrida em 1995. Esta Marcha desencadeou o processo de reconhecimento oficial por parte do Estado da existência do racismo, e levou a construção de grupos de trabalhos em torno do estabelecimento de políticas públicas e ações afirmativas denunciando a negação histórica do racismo como parte da cultura e do projeto de Nação brasileira (CAMPOS, 2015).

Neste contexto, o Movimento Negro enviou uma carta⁹⁵ ao Estado, contendo suas principais reivindicações e demandas, o que levou à criação de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) para a Valorização da População Negra, que contemplou o subgrupo de saúde da população negra.

Entre as principais conquistas desse momento, é possível destacar a definição pelo MS da obrigatoriedade do quesito cor em documentos como a Declaração de Nascido Vivo (DN) e Declaração de Óbito (DO). Todo esse processo culminou na inserção, em 1998, da variável raça/cor nos sistemas de informação do SUS, aprovado pelo MS por meio da portaria de número 3.947/98⁹⁶.

⁹⁴Para o professor Deivison Campos, O surgimento do Palmares coincide com a desarticulação total dos movimentos sociais pela perseguição e confronto desencadeados pelo AI-5 e a opção pela luta armada por alguns setores da resistência ao regime. As principais diferenças, portanto, relacionam-se com a opção em manter-se dentro da esfera legal de atuação, propor o reconhecimento da diversidade e denunciar a diferença racial constituinte da sociedade brasileira e, ainda, tratar-se de uma proposta de construção de identidade de uma imensa parcela da população marginalizada. Ao mesmo tempo, a demanda apresentada pelo grupo propõe reformulações profundas na organização social, considerando que a desigualdade racial foi silenciada a fim de manter os privilégios da população branca. A ideia da valorização da cultura e da história dos negros no Brasil como estratégia de atuação está na base dos documentos e atuação do grupo. (Entrevista realizada pela revista IHU Online). Disponível em: <https://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/6242-deivison-campos>. Acesso em: 07/07/22.

⁹⁵ O documentário produzido pela organização da Marcha Zumbi dos Palmares (1995) aponta que a ocasião comemorou os 300 anos da morte de Zumbi. E que a carta exigia ações concretas em favor da valorização da população negra, o reconhecimento do racismo no Brasil. A Marcha foi a expressão do amadurecimento político das organizações negras, desvinculando a questão racial do campo estritamente cultural, e exigindo que o orçamento da União definisse recursos explícitos para superação das desigualdades raciais nos campos da educação, saúde, comunicação e emprego. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/marcha-zumbi-dos-palmares-1995/>. Acesso em 07/07/22)

⁹⁶Portaria nº 3.947/GM/MS, de 25 de novembro de 1998, que aprova os atributos comuns a serem adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e base de dados do Ministério da Saúde, a partir de 1º de janeiro de 1999. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html. Acesso em: 13/09/2022.

E no ano de 1997, ocorreu no Brasil, a primeira proposta de Política de saúde para a população negra, a partir dos trabalhos do subgrupo Saúde do GTI Para a Valorização da População Negra. O GTI organizou a Mesa Redonda sobre saúde da população negra para atingir os objetivos de introduzir o quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e nascidos vivos; introduzir o recorte racial em todas as pesquisas envolvendo seres humanos, em conformidade com a resolução 196/96; e recomendar a implementação da política nacional das pessoas com anemia falciforme (BRASIL, 2013).

O resultado deste tensionamento levou o Ministério da Saúde a dar respostas. Em 1996, foi definido no mês de março, a padronização de informações sobre raça e cor dos cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no país.

No mesmo ano, no mês de abril, foi realizada, pelo MS, a Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra e o GTI. Tratou-se do primeiro evento oficial do Ministério da Saúde para definir áreas de trabalho prioritárias em saúde da e para a população negra, cuja principal recomendação foi uma política nacional para a anemia falciforme. Esta foi elaborada e aprovada naquele ano; e o Manual de Doenças mais Importantes, por razões étnicas na População Brasileira Afrodescendente foi publicado em julho de 2001 (BRASIL, 2002).

Outro importante marco do mesmo ano, foi a incorporação do quesito raça/cor na Resolução 196/96⁹⁷, referente às Normas de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Este elemento foi importante, uma vez que passou a exigir razões para a utilização de grupos vulneráveis em pesquisas. Esta teve como perspectiva evitar, por exemplo, a repetição de experiências como a do caso Tuskegee, que submeteu 399 homens negros, do estado do Alabama/EUA, diagnosticados com sífilis a definharem sem o tratamento com a penicilina, mesmo após a descoberta da eficácia do antibiótico. A justificativa era de a “ciência” precisava observar a evolução da doença livre de tratamento, expondo mais uma vez na história, os corpos negros ao sofrimento extremo.

No entanto, Bravo (2001) apresenta que tais normativas tiveram pouco impacto na vida das pessoas, dados os limites estruturais econômicos e políticos característicos da década de 1990-, dos quais iremos discorrer aqui-, e da não operacionalização da norma. Visto que a história do SUS é marcada pela disputa por projetos distintos: o da Reforma Sanitária, e o

⁹⁷ Norma de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, outubro de 1996 (inclusão do quesito cor) A Resolução no 196/96 – Normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos é uma norma brasileira básica para toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, em qualquer campo do conhecimento. Estabelece as diretrizes referentes à proteção aos sujeitos de pesquisa (por exemplo, o consentimento livre e esclarecido, a vulnerabilidade) e define os alicerces éticos dos CEPs (Comitês de Ética em Pesquisa) e da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Introduz: É o recorte de geração (idade); racial (quesito cor); (BRASIL, 2002, p. 41).

Privatista, atrelado ao mercado, pautado na política de ajuste, de contenção de gastos com as políticas sociais, inclusive com a saúde. Neste último, objetiva-se garantir o mínimo de serviços aos que não podem pagar, direcionando a maior parte da população para satisfazer as suas necessidades em saúde no mercado. Dessa forma, as características básicas do projeto privatista são: focalização dos serviços nos mais pobres, através de pacotes básicos; descentralização dos serviços para o nível local; precarização das fontes de financiamento. Além disso, diante da crise estrutural do modo de produção capitalista, a saúde se colocou como um espaço de grande interesse para os grupos econômicos, e se tornou alvo das privatizações.

Rizzotto (2000) observa que durante a década de 1980-1990 se colocou na cena política uma crise capitalista, que se apresentou como uma ineficácia do aparato Estatal, exigindo a necessidade de uma Reforma do Estado e uma redefinição de suas funções públicas. E que por isso, apesar da Constituição de 1988 ter garantido uma realidade nacional com mais equidade e justiça, garantindo inclusive a saúde como direitos de todos e dever do Estado, o movimento neoliberal, e a crise das relações capitalistas reduziram as possibilidades do Estado em investir em gastos públicos. O Estado acumulou dívidas externas e internas, a inflação acelerou cada vez mais, e diante do quadro de falência do Estado, a qualidade de vida da população se agravou.

No campo da saúde, conforme Rizzotto (2000) a reforma do Estado também apresentou seus desdobramentos, no entanto, mostrou-se como uma proposta de continuidade do processo iniciado pelo Movimento de Reforma Sanitária. Desta forma, não houve e ainda não há uma negação ou rejeição explícita do SUS, muito pelo contrário, o SUS continua sendo pautado como um processo inacabado, que precisa ser continuado e, portanto reformado, um discurso que permitiu, e ainda permite uma diversidade de interpretações e redesenhos daquilo que realmente foi proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária. Assim,

[...]enquanto no plano do discurso, permanece a defesa do SUS como um sistema difuso, que por não ser um projeto conclusivo, permite o seu redesenho no processo de implantação; no plano prático, realizam-se mudanças profundas no campo institucional, jurídico e político, que estão descaracterizando a proposta inicial de um Sistema Único de Saúde, em nível nacional (RIZZOTTO, 2000, p. 214).

Bravo (2001) acrescenta que apesar do discurso de defesa e adesão do SUS, observa-se que o dispositivo constitucional tem sido descumprido, e que o governo federal tem sido omissivo diante das regulamentações e fiscalizações.

Diante disso, Rizzotto (2000) explica que no campo da gestão assumiu-se como estratégia de modernização a administração gerencial, com foco na avaliação e controle dos resultados, ao passo que na assistência em saúde, a estratégia utilizada foi a focalização de

serviços e programas de baixo custo para os mais pobres, na busca de atender o maior número de pessoas, e por outro lado, fortalecer e ampliar a iniciativa privada para que esta pudesse atender, pela via do mercado, o restante da população. Bravo (2001) também observa essa vinculação da política de saúde ao mercado, com ênfase na parceria com a sociedade civil, responsabilizando os sujeitos a assumirem o custo da crise.

Com relação ao financiamento do setor saúde durante a década de 1990, observa-se que foram empreendidos mais recursos para a amortização da dívida no setor, do que para a ampliação e melhoria dos serviços. Bravo (2001) observa que a hegemonia neoliberal no país agravou ainda mais as condições de trabalho, saúde, educação, previdência pública, etc, porque o país iniciou um recente processo de democratização na década de 1980, porém já nos anos de 1990, os direitos duramente conquistados por décadas de lutas e resistências, sofreram um forte processo de desmonte e retrocessos.

No campo da saúde da população negra, algumas conquistas foram percebidas, porém, assim como na política de saúde de modo geral, os avanços em forma de políticas e serviços, vieram junto de um processo de precarização por dentro. Pois,

[...] ao mesmo tempo em que estabelecem o fortalecimento do SUS no programa de governo, ao negligenciarem as determinações sociais na saúde, restringindo a saúde aos limites da oferta de serviços, centrado nas tecnologias de alta complexidade, refletiriam segundo (Teixeira, 2001) a manutenção do modelo médico-hegemônico. Excluindo as ações de promoção, o Estado constrói consensos em torno de uma visão hegemônica da saúde, abrindo espaço para a participação de setores privados, que disputam o financiamento destinado ao setor (ARAÚJO; TEIXEIRA, 2016, p. 213-214).

Dessa forma, observa-se que historicamente, o descaso com a saúde da população negra brasileira tem demonstrado ser uma das faces mais perversas do racismo perpetrado no Brasil. “É perverso por negar sistematicamente a possibilidade de promover e manter condições dignas de saúde a este grupo, perpetuando a presença da população negra nos piores índices nacionais em termos de preservação da saúde” (BRASIL, 2002, p. 249). Esse quadro só veio apresentar melhora em 2006, depois de muita luta e organização do movimento negro nacional, com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada no CNS. Entretanto, esta só foi publicada nacionalmente em 13 de maio de 2009, passando por muita resistência para o seu processo de implementação, apesar da aprovação da lei n.º 12.288/10 que institui o Estatuto da Igualdade Racial - contendo um capítulo que versa sobre a saúde-. Assim, a PNSIPN reconheceu a existência e a presença do racismo nos estabelecimentos públicos e privados de saúde (WERNECK, 2016).

Em suma, parte das conquistas constitucionais adquiridas nos anos de 1980, foram interrompidas, impedidas de avançar, perderam financiamento e foram desmanteladas. Machado, Baptista e Nogueira (2011) compreendem que a década de 1990 foi marcada no Brasil, pela convivência entre democratização e liberalização econômica, expressa no tensionamento, no campo da política de saúde, entre a agenda da reforma sanitária e a agenda da reforma gerencial do Estado.

No tempo recente, a saúde da população negra é orientada por leis, portarias, resoluções, dentre outras normativas. Das quais observa-se que a ampla maioria foram construídas nos anos 2000.

3.2 Anos 2000: Avanços e perspectivas na construção de uma Política de saúde para a população negra

No final da década de 1990, observa-se que no campo da saúde no Brasil, e também nas demais políticas públicas, que os avanços institucionais em programas específicos, como o Programa Saúde da Família (1994), permaneceram convivendo com as graves desigualdades sociais que persistem apesar deles. Dificuldades no que diz respeito ao financiamento das políticas sociais, incluindo o setor saúde; problemas com a descentralização com ênfase nos municípios; ajuste fiscal; problemas na gestão e contratação de recursos humanos para saúde; continuidade e ampliação da dependência internacional do país com relação a equipamentos, indústria farmacêutica, tecnologia, etc; problemas de relacionamento do público-privado na saúde, da dependência do SUS de prestadores privados, do custo dos planos, e dos seguros privados para o SUS (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

No início do governo Lula, conforme Machado, Baptista e Nogueira (2011), especialmente entre 2003-2008, comprovou-se a redução da pobreza, o que contribuiu para redução da desigualdade de renda no país. As áreas mais afetadas foram a assistência social e a

previdência social. No campo da saúde, as prioridades na agenda federal foram: Estratégia Saúde da Família⁹⁸, Brasil Sorridente⁹⁹, SAMU¹⁰⁰, e Farmácia Popular¹⁰¹.

Ainda no governo Lula, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, que teve como função formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões do setor. Foi criada também a Secretaria de Atenção à Saúde na busca de unificar as ações da atenção básica, ambulatorial e hospitalar, a fim de ofertar integralidade do cuidado aos usuários do SUS, e a Secretaria de Gestão Participativa para fortalecer a participação do controle social, organizar as conferências, e mediar a comunicação da sociedade com o MS e com os demais níveis de governo (BRAVO, 2001); (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Para o campo da saúde da população negra, realizou-se em Brasília, no ano 2000, a Pré-Conferência Cultura e Saúde da População Negra, promovida pela Fundação Cultural Palmares, em parceria com o Ministério da Saúde. A Pré-Conferência foi parte das atividades preparadas pelo governo nacional para a III Conferência¹⁰² Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância. Esta produziu um ambiente favorável para que o Estado e a sociedade atuassem de forma mais incisiva na superação das desvantagens sociais geradas pelo racismo.

Esta Conferência foi promovida na África do Sul, em setembro de 2001, e evidenciou o maior problema de saúde vivenciado pelo segmento negro da população, revelador do racismo que a população negra enfrenta: a mortalidade precoce, considerando que no Brasil, “os negros morrem antes do tempo em todas as faixas etárias da vida” (BRASIL, 2002, p. 28). Além disso, fortaleceu os movimentos de mulheres negras como a Articulação de Organização de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB), e fomentou o estudos sobre desigualdades raciais e saúde, a

⁹⁸A ESF representa uma estratégia de reorientação do sistema de saúde brasileiro com base na atenção primária, que compreende a conformação de equipes profissionais compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Tais equipes são implantadas tendo em vista diretrizes relacionadas à definição de território e população de abrangência e devem orientar-se por princípios como o estabelecimento de vínculos com os usuários, busca de integração do sistema e coordenação do cuidado (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011, p. 523).

⁹⁹O Brasil Sorridente é uma política de ampliação e qualificação da atenção em saúde bucal em todos os níveis, buscando assegurar inclusive atendimento de maior complexidade (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011, p. 524).

¹⁰⁰O SAMU representa a vertente de atendimento pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências. O propósito geral da estratégia é melhorar o acesso e a qualidade do atendimento às urgências e emergências médicas no país, compreendendo atendimentos nas áreas clínica, pediátrica, cirúrgica, traumática, gineco-obstétrica e de saúde mental (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011, p. 524).

¹⁰¹Tal política se volta para o aumento do acesso das pessoas a medicamentos a baixos preços para as famílias, com subsídio do Governo Federal, configurando uma estratégia de copagamento entre usuários e Estado (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011, p. 524).

¹⁰² Teve como relatora geral a ativista negra Edna Roland (ONG Fala Preta), e estabeleceu as recomendações internacionais para a atuação dos Estados- membros das Nações Unidas em relação ao racismo e às desigualdades raciais (MILANEZI, 2020).

exemplo do livro “Saúde da população negra no Brasil”, da médica Fátima Oliveira, com o apoio da OPAS (MILANEZI, 2020).

No mesmo ano, especialistas reunidos pelas Nações Unidas elaboraram o documento denominado “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade”. Nele foram classificadas as doenças, agravos e condições mais frequentes na população negra. A classificação dividiu doenças e agravos geneticamente determinados; doenças adquiridas por meio das condições de vida; e doenças agravadas pelas condições de vida, e/ou de tratamento dificultado. Sendo assim apresentado:

(i) Geneticamente determinadas – anemia falciforme e deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase; ou dependentes de elevada frequência de genes responsáveis pela doença ou a ela associadas – hipertensão arterial e diabetes melito. [...] (ii) Adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis – desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho, transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo e ainda transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas, como o alcoolismo e a toxicomania. [...] (iii) De evolução agravada ou de tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer e mioma. [...] (iv) Condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas – crescimento, gravidez, parto e envelhecimento (Sistema das Nações Unidas *apud* WERNECK, 2016, p. 537-538).

Também em 2001, por iniciativa tanto do Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (PNUD), quanto da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), foi produzido, a partir do *Workshop* Interagencial sobre Saúde da População Negra, o documento denominado “Política Nacional de Saúde da População Negra, uma Questão de Equidade: subsídios para o debate” que não apenas reconheceu a ausência do MS no enfrentamento das questões raciais, mas também definiu a área de saúde da população negra como uma área de estudo inter e transdisciplinar (ABPN, 2012).

Além disso, observa-se que este documento partiu da constatação de que o racismo e a discriminação racial expõem mulheres e homens negros a situações mais perversas de vida e de morte, ao apontar que tais situações devem ser alvo de políticas públicas e ações afirmativas que reconheçam as condições desfavoráveis sob as quais a população negra foi levada (OPAS, 2001).

Ainda naquele ano, o Ministério da Saúde divulgou o Manual de Doenças Mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afrodescendente. Este teve como objetivo “colocar à disposição dos profissionais de saúde informações sobre a etiologia, quadro clínico, diagnóstico, terapêutica e prognóstico das doenças de importância para a população negra brasileira, do ponto de vista étnico” (BRASIL, 2002, p. 7). Além de contribuir para uma abordagem clínica mais adequada em pessoas negras, este documento apresenta que algumas

doenças são mais prevalentes em pessoas negras não por razões étnicas, mas pela precariedade dos serviços, pela dificuldade do acesso aos diagnósticos e tratamentos destinados a essa população.

São mais incidentes na população negra, e não por razões étnicas. O acesso a serviços de saúde é mais difícil e o uso de meios diagnósticos e terapêuticos é mais precário produzindo, em geral, evolução e prognóstico piores para as doenças que afetam negros no Brasil (BRASIL, 2002, p. 10).

Outro avanço percebido em 2001 foi a portaria do MS de número 822, que estabeleceu o programa Nacional de Triagem Neonatal, popularmente conhecido como “teste do pezinho”, para a identificação precoce da anemia falciforme.

Em 2003, temos uma mudança política significativa no Brasil com a entrada no governo Lula. Neste contexto, Bravo (2001) observa aspectos inovadores do governo Lula que merecem destaque pois buscaram trazer a tona a concepção da Reforma que foi totalmente abandonada na década de 1990, como por exemplo, a convocação da 12ª Conferência Nacional de Saúde¹⁰³, em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do CNS; a escolha de um representante da Central única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do CNS. O que significou uma maior aproximação dos interesses dos trabalhadores da gestão, e uma maior representação destes nos espaços de tomada de decisão.

Esse ambiente de efervescência política, permitiu que em 2003, pela primeira vez na história do Brasil, fosse realizada uma Conferência Nacional de Saúde (12ª CNS)¹⁰⁴ que incorporou a Saúde da população negra em seu relatório final. Seu tema central foi: “Saúde, direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”.

No relatório final da Conferência¹⁰⁵, o termo “saúde da população negra” apareceu exatamente por 11 vezes, das quais fez menção à incorporação das comissões técnicas para estudo e avaliação da saúde da população negra nas secretarias estaduais e municipais de saúde, com a previsão da participação da sociedade civil; da ampliação do acesso, da eficácia da atenção à saúde para a população negra, a valorização dos espaços tradicionais de matriz africana, como espaços de difusão de saberes e práticas para a promoção da saúde dessa

¹⁰³ Apesar da 12ª Conferência ter sido realizada, a mesma que teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao SUS, mas não avançou no fortalecimento da Reforma Sanitária e também não mobilizou o grande número de participantes, portanto não atingiu a relevância da 8ª CNS.

¹⁰⁴ Os eixos temáticos da 12ª CNS foram: 1. Direito à saúde; 2. A Seguridade Social e a saúde; 3. A intersetorialidade das ações de saúde; 4. As três esferas de governo e a construção do SUS; 5. A organização da atenção à saúde; 6. Controle social e gestão participativa; 7. O trabalho na saúde; 8. Ciência e tecnologia e a saúde; 9. O financiamento da saúde; 10. Comunicação e informação em saúde (CNS, 2020).

¹⁰⁵ Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_12.pdf. Acesso em: 10/07/2022.

população, além da elaboração de programas que considerem os saberes tradicionais e que levem em conta suas práticas de cuidado para a saúde. Da criação de comissões permanentes de atenção à saúde da população negra nos Conselhos de Saúde, no âmbito das três esferas de governo; do estímulo, e do apoio técnico e financeiro à pesquisa em saúde da população negra; e da provisão de recursos financeiros para a garantia da implementação da política de saúde da população negra, nas três esferas de governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Com relação às moções, destaca-se a de número 025, por dispor que a saúde da população negra é atravessada pelo racismo:

O plenário da 12ª Conferência Nacional de Saúde aprova a recomendação de que seja realizado um seminário nacional que discuta, formule e indique propostas que atendam às necessidades de saúde da população negra e que sejam integradas ao Plano Nacional de Saúde em elaboração, considerando que a saúde da população negra é marcada pelo racismo e discriminação racial que expõem homens e mulheres negras a situações mais perversas de vida e de morte, as quais só podem ser modificadas se considerados os múltiplos fatores que as condicionam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Naquele mesmo ano (2003), ocorreu a criação do Comitê¹⁰⁶ Técnico de Saúde da População Negra, aprovado em 2004 pela portaria nº 2.632¹⁰⁷. O referido Comitê é instância consultiva vinculada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, com o papel de prestar assessoria.

Também em 2003, ocorreu outro fato inédito na história brasileira, a questão racial foi elevada ao status de política de Estado, por meio da criação da Secretaria de Políticas de Promoção Para a Igualdade Racial (SEPPIR). Esta secretaria representou a possibilidade de fortalecimento para a construção da promoção da igualdade racial em órgãos federais, estaduais e municipais do país. Considera-se como desdobramento deste processo a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e Ensino da Cultura e História Afro-Brasileira e Africana, criada pela Lei nº 10.639/03, modificada pela Lei nº 11.645/08 que tornou obrigatório o ensino sobre história e cultura afro-brasileira e indígena, nos estabelecimento do ensino fundamental e médio (BRASIL, 2008).

Em 2004 e 2006, ocorreram, respectivamente, o I e II Seminários Nacionais de Saúde da População Negra, cujo objetivo foi “propor e sistematizar estratégias de gestão e atenção para implementação e acompanhamento das questões relativas à saúde da população negra no Plano Nacional de Saúde (PNS), visando à promoção da equidade racial” (BRASIL, 2006).

¹⁰⁶ O comitê teve o objetivo de acompanhar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que viria a ser legalizada em 2009.

¹⁰⁷ Aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, e dá outras providências.

O I Seminário ocorreu em 2004, na cidade de Brasília, e teve a tarefa de avançar no diagnóstico das condições de saúde da população negra, e formular propostas para combater as iniquidades em saúde que atingem esse segmento da população brasileira.

No ano de 2005, foi criado o Programa de Combate ao Racismo Institucional- RI, por meio de uma parceria entre o MS, a Agência Brasileira de Cooperação, e o Ministério Público (MP). Além de envolver agências internacionais, como o Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Governo do Reino Unido, a Organização Pan-Americana de Saúde e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. O programa teve como objetivo central combater o racismo institucional dentro do SUS, especialmente no âmbito municipal (MILANEZI, 2020).

Como já exposto, o Racismo Institucional - RI, resulta em tratamentos desiguais nos espaços das instituições, incluindo nos serviços públicos de saúde, porque a depender da cor da pele dos sujeitos, as instituições os atribuem privilégios ou desvantagens. Podemos afirmar que este tipo de racismo representa o fracasso das instituições em ofertar um serviço de qualidade às pessoas por causa da discriminação e do preconceito racial (WERNECK, 2016; ALMEIDA, 2018). Portanto, a construção deste programa e o combate ao racismo institucional foi importante porque buscou desconstruir essa ideologia, e garantir às pessoas um tratamento adequado e qualificado, independente da sua raça/cor.

Com relação ao II Seminário Nacional de Saúde da População Negra¹⁰⁸, ocorrido em 2006, estudiosos o apontam como extremamente significativo para o lançamento da PNSIPN, porque trouxe a saúde da população negra como tema de prioridade para o governo federal. O evento contou com a participação de 300 pessoas, incluindo as principais lideranças do Movimento Negro do país, além de ter representado um importante instrumento de diálogo, uma vez que elencou propostas para fundamentar a construção da PNSIPN, que foi aprovada pelo CNS no mesmo ano (2006) (BRASIL, 2006).

O primeiro plano operativo da PNSIPN, que definiu os protocolos e métodos para a política foi estabelecido em 2008. O estabelecimento desse plano, foi seguido pela pactuação da política na CIT (Comissão Intergestores Tripartite)¹⁰⁹ do MS, para a instituição da política como lei; e da criação de uma comissão de assessoramento ao CNS - Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra. Destaca-se que essas construções foram elementos propostos pela

¹⁰⁸ O seminário teve como relatora geral: Maria José Pereira dos Santos, e como relatora do documento específico sobre saúde da mulher negra: Jurema Werneck.

¹⁰⁹ A CIT é um órgão colegiado intergovernamental existente desde 1991 para discussão e pactuação das políticas do SUS, por consenso (MILANEZI, 2020).

12º CNS no ano de 2003, e que com muita luta e resistência, ganharam forma, incidindo diretamente no SUS.

Entretanto, ajustes fiscais foram efetuados durante a crise imperialista de 2008. Assim como, os recursos destinados à seguridade social foram desviados por meio da DRU (Desvinculação de Receitas da União) para a garantia do *superávit primário*¹¹⁰ e para o pagamento da dívida pública (interna e externa), provocando um processo de subfinanciamento do SUS e das demais políticas sociais (assistência social e previdência social). O que criou um quadro de precarização e sucateamento dos serviços públicos.

Na prática, observou-se pouco impacto na qualidade dos serviços de saúde, dada a premissa da contenção de gastos públicos. Assim, “[...] o impacto no PIB em torno de 3,60% não se converteu em um SUS mais fortalecido, prevalecendo a ausência de leitos, as filas para consulta e a permanência de doenças que, em teoria, deveriam ter sido eliminadas, como febre amarela, dengue, sarampo, tuberculose, dentre outras [...]” (OLIVEIRA, 2020, p. 11). Além disso, Oliveira (2020) observa que durante os governos petistas a política de saúde foi marcada pelo processo da judicialização, o que faz com que as pessoas recorram judicialmente por um direito preconizado e garantido constitucionalmente.

Ainda assim, avaliamos que, apesar das limitações e disputas de projetos para a saúde, tivemos avanços em relação à saúde da população negra, como demonstra a linha do tempo construída para se chegar a publicação da **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 2009:**

1988	Alteração da constituição cidadã
1995	Marcha Zumbi do Palmares/Criação do GTI
2001	III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Intolerância Correlatas
2003	Criação da SEPPPIR - Secretária Especial de Políticas e da Promoção da Igualdade Racial

¹¹⁰Que equivale ao resultado das contas públicas excluindo os juros. Para uma maior compreensão do tema ver o livro de autoria de Elaine Behring e Ivanete Boschetti, *Política Social: Fundamento e história* (2018).

2004	I Seminário Nacional de Saúde da População Negra “Um grito pela equidade” Criação do Comitê Técnico em Saúde da População Negra (portaria 1678/2004)/ 12ª Conferência Nacional de Saúde
2005	Portaria 1391/2005/ I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial
2006	II Seminário Nacional de Saúde da População Negra Pactos pela Saúde - Portaria 399/2006/ Aprovação da PNSIPN no Conselho Nacional de Saúde “Há racismo no SUS” - Reconhecimento do racismo institucional nas instâncias do SUS
2007	Publicação do texto da PNSIPN Portaria 3060/2007
2009	Aprovação da PNSIPN em Diário Oficial Publicação da portaria 992/2009 Aprovação do I Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial
2010	Aprovação do Estatuto da Igualdade Racial - Lei 12288/2010
2013	Alteração da PNSIPN 2017 Publicação da III versão da PNSIPN

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de CENTENO, 2016 (apud CENTENO, 2015) e BRASIL, 2011.¹¹¹

Merece destaque que nenhuma dessas conquistas ocorreram sem que um processo de correlação de forças fosse travado no interior das instituições e no bojo da sociedade civil, com tensionamentos, conflitos e negociações. Ademais, diante das particularidade em saúde da população negra, Araújo e Teixeira (2016) apresentam que por vezes, o movimento negro foi acusado de negar o princípio da universalidade do SUS em detrimento de uma pauta corporativa de saúde para um segmento populacional específico. O que para nós não parece ser uma

¹¹¹Disponível

em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/44949/3/Ra%C3%A7aSaude_Barbosa_Aiquoc_Souza_2021.pdf. Acesso em: 29/08/2022.

verdade, visto que durante todo o processo da luta pela saúde no Brasil, o Movimento Negro esteve ativo. Foi essa participação, que buscamos trazer à tona.

3.3 Considerações sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN e a sua necessária afirmação

No ano de 2009, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Política que já havia sido aprovada pelo CNS em 2006, e pactuada na Comissão Intergestores (CIT) em 2008.

Esta política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana, repudia o racismo, portanto está em conformidade com a Constituição Federal brasileira (1988) para “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988).

A partir da publicação desta política, o MS assumiu a necessidade de promover a saúde integral da população negra e enfrentar o racismo institucional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos processos de formulação e implementação da PNSIPN, as organizações de maior destaque envolveram lideranças de mulheres negras, onde

[...] destacam-se a Associação Cultural de Mulheres Negras (ACMUN), Geledés Instituto da Mulher Negra, Criola, Federação Nacional de Associações das Pessoas Com Doença Falciforme (Fenafal), União dos Negros pela Igualdade (Unegro), Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (Renafro). Em sua maioria, essas lideranças feministas negras vêm atuando nos últimos 20 anos no campo da saúde, articulando o debate entre o racismo e a saúde no Brasil (ARAÚJO; TEIXEIRA, 2016, p. 198-199).

De acordo com o Ministério da saúde, A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é um compromisso firmado pelo MS no combate às desigualdades no SUS e na promoção da saúde da população negra de forma integral (BRASIL, 2017).

Tal política considera que as iniquidades em saúde para a população negra brasileira resultam de um injusto processo histórico, nos seus aspectos socioeconômicos e culturais; reconhece o racismo - que corroboram com a morbimortalidade de pretos e pardos no Brasil - como um dos **determinantes** sociais em saúde; e as vulnerabilidades das quais essa população foi sendo exposta; visa superar as barreiras estruturais que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população, a saber: precocidade dos óbitos; altas taxas de mortalidade materna infantil; maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e alto índice de violência (BRASIL, 2017. grifo nosso).

Conforme o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 2008, a população negra já perfazia a maioria dos usuários do SUS, representando 67% do público total atendido, e a branca 47,2%. O Ipea também mostrou que além da população negra, também a população pobre - com renda entre um quarto e meio de salário mínimo- é SUS-dependente (BRASIL, 2016), e estão mais expostas às violações de direitos que perpassam os serviços de saúde.

O boletim epidemiológico de vigilância em saúde, analisado segundo raça/cor no ano de 2015, mostrou que 37,8% da população negra adulta avaliam sua própria saúde como regular, ruim ou muito ruim, contra 29,7% da população branca. Apresentou ainda que 73,5% da população negra está mais exposta (se comparada aos brancos) a viver em ambiente domiciliar com condições precárias (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015).

O estudo de Leal et al (2017) analisou o recorte de raça/cor da pesquisa Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento, um estudo de base populacional de abrangência nacional com entrevista e avaliação de prontuários de 23.894 mulheres em 2011/2012, e concluíram que mulheres negras sofrem mais no parto, devido ao mito de serem mais fortes, terem os quadris largos, e serem “parideiras por excelência”, mito este sustentado pela perversidade do racismo estrutural.

Diante disso, em comparação com as brancas, mulheres negras têm maior risco de ter um pré-natal inadequado, realizando menos consultas do que o indicado pelo MS¹¹²; falta de vinculação à uma maternidade, precisando peregrinar entre mais de uma maternidade no momento da internação para o parto; estão frequentemente desacompanhadas, vivenciando o momento do parto muitas vezes sozinhas; e recebem menos anestesia local na hora da episiotomia¹¹³ (LEAL et al, 2017). Dessa forma, a pesquisa evidencia disparidades raciais no contexto da atenção à gestação e ao parto, o que revela um pior cuidado destinado às mulheres pretas e pardas em virtude do racismo institucional ou sistêmico, que resulta na exclusão seletiva, e no tratamento desigual a grupos racialmente subordinados (WERNECK, 2016).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 (PNS/2013) dos 146,3 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais, 10,6% (15,5 milhões) afirmaram que foram discriminadas ou tratadas de maneira pior que as outras pessoas no serviço de saúde, por médico ou outro profissional de saúde (BRASIL, 2017). Reafirmando a existência do Racismo Institucional, que conforme Werneck (2016, p. 543) refere-se [...] “a falha coletiva de uma

¹¹² O MS indica o número mínimo de 6 consultas pré-natal. A proporção de mães negras com o mínimo consultas preconizado, foi de 69,8%; ao passo que, entre as brancas, essa proporção foi de 84,9% (BRASIL, 2016).

¹¹³Corte feito na região do períneo para ampliar a passagem do bebê em partos vaginais. Prática não orientada pelo Ministério da Saúde por ser considerada um tipo de violência obstétrica.

organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica”.

No atual governo, presidido por Bolsonaro, no mês de maio do ano de 2022, o MS lançou uma caderneta de gestantes que incentiva a violência obstétrica. A sexta edição do “Caderno da Gestante” estimulou a episiotomia e a manobra de Kristeller¹¹⁴, além de outras práticas consideradas formas de violência obstétrica. Diante do exposto, por meio de nota oficial, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) se posicionou contrário às recomendações da caderneta, e recomendou que esta fosse recolhida e reelaborada. A questão é que em tempos de encolhimento da democracia, e cerceamento dos direitos humanos, as mulheres negras, seguidas dos jovens e homens negros são os primeiros a serem mutilados (NINJA, 2022).

Historicamente a população negra foi, e ainda têm suas vidas atravessadas pela violência. Mbembe (2016) ao problematizar sobre a necropolítica, ou seja sobre a subjugação da vida ao poder da morte, que decide quem deve viver e quem deve morrer, apresenta a diversidade de formas com que as armas de fogo são incorporadas no interesse da destruição máxima de pessoas, das quais as mais afetadas são as pessoas negras. Seja vítima da violência policial, ou na “guerra às drogas”, seja nos confrontos armados dentro das favelas em busca de poder, ou nas “filas no SUS”, a população negra é sempre a principal vítima de abandono, e descaso, são os deixados para morrer.

Exemplo disso, é que de acordo com o Mapa da Violência Homicídios por Armas de Fogo no Brasil, em 2014, 29.813 negros foram assassinados por arma de fogo no país, sendo os jovens negros do sexo masculino as principais vítimas de homicídio, correspondendo a um percentual de 94,4%.

Ao distribuir esses dados de homicídios de jovens negros nos 12 meses do ano, calcula-se mais de 1.900 mortes de jovens negros por mês. Ou seja, 64 a cada dia, quase 3 a cada hora, ou aproximadamente 1 homicídio a cada 20 minutos atingindo jovens negros do sexo masculino, majoritariamente moradores das periferias e áreas metropolitanas dos centros urbanos (IPEA, 2016).

Na mesma toada, conforme o Mapa do Encarceramento no ano de 2012, 60,8 % da população encarcerada era negra, e 54,8% era jovem, isso significa que a maioria da população em situação de privação de liberdade é composta por jovens negros. O mapa também mostrou que quanto mais cresce o número da população prisional no país, mais cresceu o número de negros encarcerados (BRASIL, 2015).

¹¹⁴Esta manobra consiste em empurrar com as mãos, cotovelos e até mesmo subir na barriga da gestante em trabalho de parto para empurrar o bebê, e que podem causar danos a gestante e bebê, como fraturas de costelas. Por isso, foi expressamente proibida pelo MS em documento de 2017.

Dessa forma, como bem observado por Fernandes (1975), ocorre que a articulação entre a subordinação econômica e racial é tão forte e entranhada, que reverbera também na saúde. Vejamos que 60% das mulheres brasileiras, entre 50 e 69 anos de idade, realizaram o exame de mamografia, nos anos de 2011 e 2012- anteriores ao ano da pesquisa (2013),- entretanto a pesquisa demonstrou que a maioria das mulheres que realizaram este exame eram brancas (66,2%) e com ensino superior completo (80,9%). Sendo observadas as menores proporções entre as mulheres pretas (54,2%), pardas (52,9%) e sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto (50,9%).

Além disso, no que tange ao acesso a informação sobre a sua condição de saúde, as gestantes que realizaram pré-natal e que foram orientadas sobre os sinais de risco na gravidez foi de 75,2% entre a população de mulheres, sendo que, entre as brancas, 80,8% receberam essa orientação, enquanto 66,1% das pretas e 72,7% das pardas receberam essa mesma informação (BRASIL, 2016).

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) indicou que a população negra têm menos acesso à saúde se comparada à branca.

A proporção de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses é maior entre as pessoas brancas (74, 8%) do que entre pretas (69,5%) e pardas (67,8%). Assim, as pessoas negras (pretos e pardos) ficam abaixo da média nacional, que é 71,2% (142,8 milhões), de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses. Já a proporção de pretos (38,2%) e pardos (39,2%) que se consultaram com um dentista nos últimos 12 meses é menor do que a de pessoas brancas (50,4%) e também inferior à média nacional que foi de 44,4% (89,1 milhões) 10. Das pessoas que tiveram algum medicamento receitado no último atendimento de saúde, 82,5% conseguiram obter todos os medicamentos prescritos. A proporção de pessoas de cor branca que obteve todos os medicamentos foi maior (84,2%) que a observada entre as pessoas de cor parda (80,4%) e preta (81,1%) (IBGE, 2015).

Essa dificuldade no acesso aos serviços de saúde, e a diferença no cuidado dos corpos pretos nestes espaços permitem que a população negra tenha seus indicadores de saúde prejudicados. Quando se trata, por exemplo, do quadro de sífilis em gestantes, foi observado no ano de 2013 que as maiores taxas de detecção de sífilis em gestantes ocorreu entre mulheres pretas (17/100 mil nascidos vivos), indígenas (6,7 a cada 100 mil nascidos vivos) e pardas (6,6/ 100 mil nascidos vivos) (BRASIL, 2017).

Conforme o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), são as mulheres negras que morrem mais quando o assunto é morte materna,- que se refere à morte da mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação - . Por exemplo, no ano de 2012, do total de 1.583 mortes maternas, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2017). Um agravante desse dado, é que 90% dos óbitos derivados da

mortalidade materna poderiam ter sido evitados por ações dos serviços de saúde, isso expressa claramente a violência sofrida por mulheres negras nas instituições de saúde desse país.

Além de indicar as desigualdades no acesso à saúde, a PNS constatou também que pretos e partos frequentam mais os serviços de saúde na busca de conseguir acesso a medicamentos e internações que poderiam ter sido ofertadas para eles na primeira requisição, necessidade.

No que tange às taxas de mortalidade e sua causa, a pesquisa em questão observou um predomínio de doenças não transmissíveis na raça/cor branca; doenças transmissíveis na população indígena; e causas externas na população negra masculina. Sendo que, em geral, nos três grupos, os homens apresentam maiores taxas de mortalidade do que as mulheres. Entre as principais causas de morte,

as doenças cerebrovasculares prevaleceram como a principal causa de morte entre a população negra em 2012, assim como para todos os grupos populacionais, exceto os indígenas, sendo a segunda e a terceira causas de morte entre pardos e pretos o infarto de miocárdio e o diabetes mellitus, respectivamente (BRASIL, 2016).

Com relação às doenças transmissíveis, é possível observar que algumas delas têm relação direta com a pobreza, como é o caso da tuberculose e da hanseníase que acometem mais a população indígena e negra no Brasil. De acordo com a OMS, em 2019, a tuberculose, apesar de ser uma doença que tem tratamento e cura podendo também ser prevenida, matou cerca de 1,4 milhões de pessoas no mundo (BBC NEWS, 2021). Outra pesquisa, dessa vez da Fiocruz¹¹⁵, revelou que fatores socioeconômicos elevam a possibilidade de o indivíduo desenvolver hanseníase, além de enfatizar que a doença é negligenciada, e que a chance de portá-la dobra em casos onde há ausência de renda; escolaridade; e condições inadequadas de moradia. Mostrou também que pessoas negras estão mais propensas a ter a doença do que as pessoas brancas.

No que se refere a Aids - doença causada pelo vírus HIV-, o MS, observou que entre os anos de 2010 e 2020, houve um aumento nos casos de Aids entre pessoas negras. Em termos de óbitos foi registrado em 2020, 61,9% das mortes por Aids entre pessoas negras, e quando se fez um recorte de gênero e raça/cor, pôde ser percebido que o número de óbitos pela doença é ainda maior entre as mulheres negras (62,9% do total). O estigma e a discriminação são fatores que dificultam a procura dos serviços de saúde entre os negros, e profissionais do sexo; privados de liberdade; usuários de drogas e pessoas em situação de rua serão os grupos mais suscetíveis

¹¹⁵Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study, disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2819%2930260-8>. Acesso em: 10/05/2022.

ao HIV, sendo formados por uma grande parcela que muitas vezes é majoritariamente negra (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Nos últimos anos (2019-2022) enfrentamos uma doença que representou muito bem o exposto por Werneck (2016), de que o racismo impacta na condição de saúde, na carga de doenças e nas taxas de mortalidade da população negra brasileira. Trata-se da Covid-19, que assolou o mundo desde os últimos meses do ano de 2019. Eurico et al (2021) apresentam que apesar da Covid-19 ter se apresentado como uma doença democrática, ou seja, suscetível a todas as classes sociais, raças/cores e sexos/gêneros. Inúmeras pesquisas mostraram o grupo de pessoas mais atingidas pela doença. O GT (Grupo de Trabalho) racismo e saúde da Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), por exemplo, evidenciou a letalidade da doença para a população negra, mostrando como são eles “os primeiros das listas de óbitos e os últimos na fila da imunização” (SANTOS, 2021).

Os dados do IBGE confirmam a assertiva de Santos (2021) quando apontam que pretos e pardos morreram mais do que brancos em decorrência da Covid-19 no Brasil. Um estudo do Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde demonstrou que no ano de 2021, enquanto 55% de negros morreram por covid, a proporção entre brancos foi de 38%.

A desigualdade no acesso à saúde manifestou-se também no número de imunizados contra covid-19, no que diz respeito à população negra brasileira. Ainda que a vacinação tenha se iniciado no Brasil por mulher negra - pela enfermeira Mônica Calazans- as equipes de limpeza dos hospitais e das demais instituições de saúde, que muitas vezes são negras, não foram considerados profissionais de saúde. Além disso, apesar das populações negras serem considerados grupos prioritários pelo Plano Nacional de Imunização do MS as comunidades Quilombolas demoraram muito para terem acesso às vacinas, o que permitiu que no Brasil tivéssemos menos pessoas negras vacinadas do que brancas, respectivamente 3,2 milhões de pessoas a partir de 18 anos que se declararam brancas receberam a 1ª dose de vacinas contra o coronavírus, ao passo que dentre os declarados negros apenas 1,7 milhão de pessoas a partir de 18 anos receberam a 1ª dose da vacina (AGÊNCIA PÚBLICA, 2021).

Apesar dos esforços e da pressão dos movimentos sociais, como a Coalizão Negra por Direitos, e de representações, como o GT Saúde da População Negra, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, e o GT Racismo e Saúde da Abrasco, o MS incorporou de forma superficial¹¹⁶ nos boletins epidemiológicos análises estratificadas por raça/cor, que

¹¹⁶Dados do DataSUS relacionados à Covid registrados no SIVEP Gripe (Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica), no SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), no SI-PNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações) e no eSUS Notifica (que monitora casos suspeitos de Covid19) foram

foram divulgadas desde abril de 2020, porém, na prática, o sistema de saúde permanece ignorando marcadores sociais como raça/cor, gênero, classe social, e geração. Determinações capazes de interferir no desfecho da doença, no processo do cuidado, e no número de óbitos. É importante destacar, que o não preenchimento do quesito raça/cor da pele relacionado às internações dificulta a comparação do grau de letalidade entre pessoas brancas, pretas, pardas e indígenas, o que dificulta também a construção de estratégias e intervenções adequadas às particularidades dos sujeitos, e a implementação de políticas públicas de ações afirmativas que visem minorar as desigualdades historicamente construídas.

Werneck (2016) destaca que os dados epidemiológicos desagregados segundo raça/cor são consistentes o suficiente para mostrar o impacto que o racismo tem “na condição de saúde, na carga de doenças e nas taxas de mortalidade de negras e negros de diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de residência” (WERNECK, 2016, p. 540-541).

Além disso, é sabido que o preenchimento deste campo é obrigatório desde o ano de 2017, por meio de portaria do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), e o seu preenchimento adequado tem o objetivo de combater as iniquidades raciais em saúde não somente no contexto da pandemia, mas especialmente neste cenário de dor e escancaramento do racismo estrutural.

Diante da crise sanitária somada à crise econômica em escala mundial, algumas pesquisas mostraram que negros e mulheres são as maiores vítimas dessa pandemia, como por exemplo, a pesquisa do Instituto Pólis, realizado na cidade de São Paulo, no Brasil, que constatou que as maiores taxas de óbitos em decorrência da Covid-19 ocorreram entre pessoas negras e famílias chefiadas por mulheres com renda de até três salários mínimos (AGÊNCIA BRASIL, 2022).

Outro agravante da pandemia, vivenciado pela população pobre e negra brasileira foram as dificuldades enfrentadas para o cumprimento das medidas de isolamento social, elemento problematizado por Silva (2020), ao discorrer que seja por dificuldades estruturais relacionados à moradia, como nos chamados aglomerados subnormais¹¹⁷, que conforme a autora impediu a realização efetiva de mais de 5.127.747 famílias de terem acesso à medidas de prevenção

selecionados e sistematizados para analisar a qualidade do preenchimento do campo “raça/cor da pele” ao longo da pandemia. Preocupa que alguns sistemas ainda não apresentem o preenchimento desse campo em nível satisfatório. Embora seja importante reconhecer que os dados de mortalidade apresentam notificação adequada, quanto ao campo “raça/cor da pele” (ARAUJO; NUNES; NISIDA, 2021).

¹¹⁷De acordo com a autora, os aglomerados subnormais tem nomenclatura variada de acordo com cada região, podendo ser chamado de favela, vila, comunidade e outros.

entendidas como eficazes - número de cômodos; saneamento básico adequado; acesso a água corrente e sabão; álcool a 70%-. Ou pela necessidade de manter subsistência, e continuar com a rotina laborativa, formal ou informal, ao se submeter às aglomerações do transporte público etc.

Nesse sentido, fica perceptível que a coronacrise agravou os problemas estruturais do Brasil no âmbito da moradia, do saneamento e das desigualdades historicamente construídas aqui, tornando a vida mais difícil em especial para os mais pobres, para os negros. Isso fica evidente na expectativa de vida da população negra brasileira (64 anos de idade), que corresponde a seis anos a menos que a da população branca (70 anos idade) (BRASIL, 2003).

Dessa forma, os dados demonstram a relevância da PNSIPN e os princípios que a compõem.

Para mais, o Pacto Pela Saúde¹¹⁸, instituído pela Portaria nº 399/06, comprometeu-se com o combate às iniquidades de ordem socioeconômica e cultural que atingem a população negra no país.

A PNSIPN expressa-se como um dos desdobramentos da garantia do princípio da participação da comunidade na gestão do SUS, princípio disponível na Lei 8142/90. Se pauta pelo princípio doutrinário da equidade, que reconhece as desigualdades em face das iniquidades raciais - combatidas historicamente pelas políticas de promoção da igualdade racial, regida pela Lei 10. 678/2003, que criou a Seppir,- e se utiliza da ação estratégica para superá-las. Assim, “em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos da população” (ABPN, 2012, p. 18).

Como um princípio organizativo, a PNSIPN se destaca pela transversalidade, caracterizada pela complementaridade e confluência dos serviços e políticas sociais, e pelo reforço recíproco entre os diferentes níveis de complexidade no SUS, a fim de possibilitar uma visão integral do sujeito e considerar a sua participação na construção de respostas para as suas necessidades, compreendendo as diferentes etapas da vida, o seu processo de saúde e doença, as demandas de gênero, orientação sexual, etc (ABPN, 2012).

A política tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, tendo em

¹¹⁸PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 05/09/2022.

vista a promoção da equidade em saúde. Para isto, tem como diretrizes a inclusão de temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação permanente dos trabalhadores da saúde e nos espaços do controle social na saúde; ampliação e fortalecimento da participação do Movimento social Negro nos espaços de controle social da política de saúde, em consonância com a gestão participativa do SUS adotados pelo Pacto Pela Saúde; o incentivo da produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra; a promoção do reconhecimento dos saberes e das práticas populares de saúde, incluindo os provenientes das religiões de matrizes africanas; a implementação de monitoramento e avaliação para combater o racismo e reduzir as desigualdades em saúde; o desenvolvimento de processos de informação, educação e comunicação que promovam a desconstrução de estigmas e preconceitos, e fortaleçam a identidade negra (ABPN, 2012).

O objetivo geral da política, é promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo, e à discriminação nas instituições e nos serviços do SUS (ABPN, 2012).

Os objetivos específicos apresentamos na tabela abaixo:

I- garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular os residentes dos grandes centros periféricos, aos serviços e ações de saúde
II -garantir e ampliar o acesso desta população também na floresta, em particular as populações quilombolas;
III-Incluir o tema <i>Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual</i> nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;
IV-Identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;
V-Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados pelo SUS;
VI- Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;

VII- Identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades;
VIII- Definir e pactuar, com as três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde;
IX- Monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais;
X- Incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar;
XI – Monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antirracistas e não discriminatórios;
XII – Fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

Tabela elaborada pela autora a partir da Coleção Negros e Negras, denominado Saúde da População Negra (ABPN, 2012)¹¹⁹.

A partir da publicação desta política, o MS assumiu a necessidade de promover a saúde integral da população negra e enfrentar o racismo institucional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos processos de formulação e implementação da PNSIPN, as organizações de maior destaque envolveram lideranças de mulheres negras.

De acordo com o Ministério da saúde, A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é um compromisso firmado pelo MS no combate às desigualdades no SUS e na promoção da saúde da população negra de forma integral (BRASIL, 2017).

Além disso, tal política reafirma as responsabilidades das três esferas de governo, nacional; estadual; e municipal, considerando as especificidades e necessidades regionais, na efetivação das ações e da articulação do governo com a sociedade civil, para garantir o acesso da população negra aos serviços de saúde, de maneira oportuna e humanizada, a fim de contribuir na redução das iniquidades de gênero; raça/etnia; orientação sexual; geracionais; e de classe social, reconhecendo que todas elas se articulam e interpõe à população negra

¹¹⁹ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 19/10/2022.

desigualdade no tratamento/reabilitação de sua condição de saúde, e dificuldade no acesso aos serviços de saúde.

Para uma análise crítica da PNSIPN, o primeiro elemento a ser destacado refere-se ao debate do **racismo institucional** e do **racismo estrutural**, esta política traz em seu texto - o reconhecimento do racismo institucional, e do racismo estrutural, sem demarcar clara diferença entre ambos, assim como das desigualdades étnico-raciais, como meros determinantes sociais das condições de saúde vivenciadas por negros no Brasil.

Todavia, Almeida (2018) demarca diferenciação entre racismo institucional e racismo estrutural. Para o autor, o primeiro se apresenta como o resultado do funcionamento das instituições, que de maneira direta ou indireta confere desvantagens e privilégios a partir da raça/cor da pele dos sujeitos. O autor explica que as instituições materializam a vida social, que carregam em si conflitos existentes na sociedade, por isso, existe uma correlação de forças dentro das instituições, no interior delas há disputas por diferentes projetos societários. Assim, o autor apresenta que “a principal tese de quem afirma a existência do racismo institucional é que os conflitos raciais também são parte das instituições” (ALMEIDA, 2018, p. 30).

Como exposto, Werneck (2016) corrobora com a concepção apontada por Almeida (2018) ao apresentar que o racismo institucional corresponde às formas organizativas, políticas e práticas que resultam em tratamentos e resultados desiguais para as pessoas a partir da sua raça/cor. Este tipo de racismo (institucional), é também denominado de racismo sistêmico, pois assegura a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados, na medida em que as instituições utilizam de seus mecanismos para impor seus interesses políticos e econômicos. No que se refere a sua definição/conceito, este foi cunhado pelos ativistas do grupo Panteras Negras¹²⁰, como capaz de produzir: "A falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica" (CARMICHAEL; HAMILTON, 1967, p. 04).

Já o racismo estrutural, carrega um componente orgânico, faz parte da estrutura da sociedade capitalista, por isso, manifesta-se como algo “normal”, introjetado nas relações econômicas, políticas, jurídicas e familiares - como fora observado nos indicadores sociais e de saúde da população negra, neste estudo -. Vai para além dos conflitos raciais institucionais, que são reproduzidos pelas instituições porque estão inseridas em uma sociedade que é racista.

Dessa forma, a compreensão de que o racismo é um elemento estrutural, nos permite intervir nas políticas, programas, serviços e instituições em favor da saúde, e da qualidade de

¹²⁰Stokely Carmichael e Charles Hamilton, integrantes do Partido Político norte-americano, Panteras Negras, que combatiam a violência policial destinada aos negros na década dos anos de 1960 nos EUA.

vida da população negra sem, no entanto, perder o foco ou desviar do horizonte que é a luta pela superação da sociabilidade de classes, do modo de produção capitalista. E é exatamente deste elemento que carece a PNSIPN, que ao apontar o racismo institucional e o racismo estrutural como sinônimos, deixa passar a oportunidade de indicar o capitalismo como um modo de produção que se mantém com o racismo, que se apropria dele, e que o utiliza de acordo com as necessidades de sua valorização. Logo, “[...] o racismo, como processo histórico e político, cria as condições sociais para que, direta ou indiretamente, grupos racialmente identificados sejam discriminados de forma sistemática” (ALMEIDA, 2018, p. 39).

Outro elemento a ser destacado, se refere ao debate da determinação social da saúde x determinantes sociais. A PNSIPN, compreende e apresenta as desigualdades étnico-raciais, como determinantes sociais das condições de saúde vivenciadas por pessoas negras. Essa perspectiva considera as condições de vida e trabalho, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, as redes sociais e comunitárias, e também estilo de vida, os hábitos individuais dos sujeitos, como alimentação, uso de álcool e outras drogas, práticas de exercícios físicos, o que permite um processo de responsabilização do sujeito por sua situação de vida e saúde, porque não compreende o modo de produção capitalista, não considera a dimensão histórica.

Desse modo, circunscrevemos uma concepção de saúde ao apresentar as particularidades da saúde da população negra no Brasil, entendendo que “o corpo socialmente investido não é homogêneo, dado que em sociedades determinadas os diversos corpos, não tem significatividade igual, mas ao contrário, se dimensionam e adquirem significados particulares” (DONNANGELO, 1979, p.26). Desse modo, o processo saúde-doença resulta do modo de vida das pessoas, que por razões históricas, sociais, econômicas e culturais são mais ou menos protegidas em sua saúde.

[...] o processo saúde-doença é entendido simultaneamente como resultado e componente dos modos de vida dos indivíduos e coletividades, posto que as múltiplas dinâmicas sociais que influenciam suas vidas colocarão possibilidades maiores ou menores de proteção da saúde. Essas possibilidades, ao mesmo tempo, delimitam a margem histórica de movimento dos indivíduos diante da saúde-doença (GOMES, 2017, p. 36).

Diante disto, não partilhamos da ideia difundida pelo documento produzido pela Organização Mundial da Saúde - OMS sobre os Determinantes Sociais da Saúde¹²¹. Nogueira (2009) apresenta que este relatório não define determinantes sociais da saúde e remete

¹²¹ Relatório final da Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008). Segundo Nogueira (2009) relatório da OMS despreza os outros saberes, como os das ciências sociais, e a importância desses para o campo da saúde pública, e por isso, apresenta múltiplas análises reducionistas.

vagamente, a uma ideia de causa ou causalidade social. “O autor avalia que o relatório assume ‘social’ como um fator a mais, e não como algo que englobe as dimensões biológica, ambiental e genética da vida e da saúde humanas” (BORGHI et al, 2018, p.881). Acrescenta ainda, que nesta perspectiva, a saúde perde seu caráter de processo social, o que para ele revela a concepção biomédica da saúde implícita no documento.

Assim, a saúde perde tanto seu caráter de processo como mais especificamente o de processo social, o que revela a concepção biomédica da saúde implícita no documento, que se presta a obscurecer os papéis da estrutura social e das condições de vida. Segundo Nogueira (2009), a fragilidade do relatório reside na ausência de uma teoria social que o respalde, apoiando-se somente na empiria, herança do positivismo, e deslizando para o determinismo (BORGHI et al, 2018, p.881).

Portanto, a compreensão da determinação social da saúde, exige e depende de uma prévia compreensão do conceito de saúde¹²², ou seja, para incorporar a análise sobre a determinação da saúde é necessário envolver o conceito de saúde defendido. Neste sentido, concordamos com Laurell (1982), que problematiza o processo saúde-doença para além do processo biológico do indivíduo, mas compreendendo seu caráter social, que segundo a autora, se revela no nível da coletividade, considerando as características sociais do grupo, além do modo como ocorre o desgaste físico e mental, suas circunstâncias, incluindo o processo de produção e reprodução social, e considerando o modo de adoecer e morrer da coletividade.

Por processo saúde-doença da coletividade, entendemos o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente como consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença. Definido desta maneira, o processo saúde-doença manifesta-se empiricamente de maneiras diversas. Por um lado, expressa-se em indicadores, tais como a expectativa de vida, as condições nutricionais e a constituição somática e, por outro, nos modos específicos de adoecer e morrer, isto é, no perfil patológico do grupo, dado pela morbidade ou pela mortalidade (LAURELL, 1982, p. 11).

Nogueira (2009) também interpreta que a compreensão da determinação social da saúde requer a assimilação prévia tanto da determinação social dos indivíduos como do conceito de saúde com o qual se trabalha. Visto que o processo saúde-doença é socialmente determinado, porque considera o contexto histórico.

Por um lado, o processo saúde-doença do grupo adquire historicidade porque está socialmente determinado. Isto é, para explicá-lo, não bastam os fatores biológicos, é necessário esclarecer como está articulado no processo social. Mas o caráter social do processo saúde-doença não se esgota em sua determinação social, já que o próprio

¹²²A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), construiu um conceito ampliado de saúde que inclui alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde como condições necessárias para se garantir a saúde.

processo biológico humano é social. É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico (LAURELL, 1982, p. 12).

Portanto, o processo saúde-doença é socialmente determinado, porque considera o contexto histórico, ou seja, não é apenas biológico, mas se articula aos processos sociais, por isso é social porque não se pode considerar a normalidade biológica fora do momento histórico. Um exemplo importante está na doença de anemia falciforme que acomete majoritariamente pessoas negras. Trata-se de uma doença que surgiu na África, em zonas endêmicas de malária, e chegou ao Brasil e na América Latina através do tráfico de escravos. A doença (anemia falciforme) se desenvolveu como uma resposta da natureza para preservar a espécie humana do ambiente malárico. Se não fosse mutação, a espécie humana, naquela região, talvez tivesse sido extinta, pois pessoas com anemia falciforme não contraem malária, porque o Plasmodium não se desenvolve em células em forma de foice (RAMALHO, 1978; NAOUM, 1984; ZAGO, 1994; TEIXEIRA, 1993; SILVA, 1995). Dessa forma, a normalidade estaria no fato das pessoas não portarem a anemia falciforme, que causa além de outros prejuízos à saúde da pessoa, dores nas articulações e nos ossos, infecções e fadiga, no entanto se isso acontecesse aquelas pessoas morreriam em decorrência da endemia de malária, colocando fim na vida humana daquela região.

De diferente modo, a OMS define determinantes sociais da saúde - termo adotado pela PNSIPN- como o conjunto das condições sociais nas quais os indivíduos vivem e trabalham. Borghi et al (2018) apontam que o modelo teórico de determinantes sociais de saúde, associado à orientação da OMS conduz a alguns estranhamentos, visto que não fazem menção à raça/etnia e ao gênero. Dimensões históricas e sociais das vidas dos sujeitos não são levadas em consideração e a noção de classe social é substituída por algo vago, que remete às condições socioeconômicas, culturais, ambientais, de vida e de trabalho. Assim, embora a PNSIPN faça menção à raça/etnia, gênero e classe social, o termo utilizado por ela abre margem para a hegemonia defendida pela OMS.

Em primeiro lugar, percebe-se que sua centralidade não recai sobre coletividades, mas sim sobre indivíduos, destacando como suas únicas características idade, sexo (e não gênero) e fatores hereditários, sem menção à raça/etnia ou à maneira como essas particularidades transcendem a individualidade na medida em que são significadas de acordo com as experiências sociais. Nota-se também que 'estilo de vida dos indivíduos' aparece como determinante, sem que haja uma explanação clara de como ele se concatena com dimensões históricas e sociais. Uma última objeção diz respeito à ausência da nomeação da estrutura ou de classes sociais, mal substituídas por algo tão vago como 'condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais', 'condições de vida e de trabalho' e 'redes sociais e comunitárias' (BORGHI et al, 2018, p.885).

Nesse sentido, o ‘estilo de vida dos indivíduos¹²³’ aparece como um determinante, sem, no entanto, estar ligado às dimensões históricas e sociais. Dessa forma, não se problematiza que as desigualdades sociais, raciais e de saúde são produto do modo de produção capitalista. Ocorre uma fragmentação dos contextos em fatores causais o que justifica ações pontuais e desarticuladas em torno da luta pela saúde, sem levar em consideração o contexto social, político e econômico de uma sociedade que se move pela busca do lucro, defendida pelo paradigma liberal e pelo modelo biologicista¹²⁴. Assim, o modelo dos determinantes não considera a historicidade. Em vista disso, Gomes (2017), defende que naturalizar o processo saúde-doença é camuflar a essência produtora do sofrimento e adoecimento, que é o modo de produção capitalista.

Naturalizar, portanto, o processo saúde-doença implica naturalizar a sociedade em seu estado atual, ocultar o seu caráter histórico, contraditório, conflituoso e produtor de sofrimento. Desse modo, limita-se a apreensão pelos sujeitos das determinações sociais de suas vidas, o que restringe suas possibilidades de transformá-las em condições mais satisfatórias e saudáveis (GOMES, 2017, p. 47).

Para Laurell (1982) o processo saúde-doença é socialmente determinado e por isso, adquire historicidade, visto que a saúde biológica do homem considera o momento histórico. Dessa forma, a normalidade e a anormalidade biológica, definem-se em função do social.

Gomes (2017, p. 28) e Laurell (1982), argumentam que “diferentemente do propagado pelo modelo biomédico¹²⁵, o corpo e o psiquismo humano não são resultado somente de uma estrutura anatomofisiológica, mas também e cada vez mais, do desenvolvimento social da Humanidade”. Nesse sentido, avançamos porque busca-se um desenvolvimento social da humanidade e não mais um melhoramento racial, como apontado pela eugenia.

Não obstante, mesmo diante dos estranhamentos percebidos no relatório, Nogueira (2009) apresenta alguns avanços no documento, e expõe que o relatório da OMS destaca-se por seu clamor ético na luta contra as desigualdades injustas, ou seja, as iniquidades¹²⁶ em saúde, isto é, contra desigualdades que podem ser facilmente evitadas. Todavia, é possível perceber contradições nesta luta, visto que como já mencionado, o documento não faz menção à

¹²³Conceito de hábitos/estilos de vida saudáveis, onde os serviços e profissionais de saúde responsabilizam os usuários/pacientes sobre sua condição de saúde, como manter uma alimentação saudável, praticar exercícios físicos, etc, sem levar em consideração as reais possibilidades deles. Ver: Gomes (2017).

¹²⁴Modelo das ciências naturais e da epidemiologia tradicional.

¹²⁵Modelo hegemônico na medicina, Gomes (2017, p. 41) apresenta que a partir do século XX, dadas as transformações provocadas pelo capitalismo, “[...] a racionalidade biomédica é compelida a incorporar em seu arcabouço conceitual a influência das condições de vida sobre o adoecimento.

¹²⁶Conceito que considera as desigualdades sociais como injustas e evitáveis (BRAZ et al, 2013, p. 559).

raça/etnia e gênero, e diversos estudos¹²⁷; já apontaram que tais grupos, como mulheres e pessoas negras, são os maiores alvos dessas iniquidades em saúde.

Laurell (1982) apresenta que a doença tem caráter histórico e social, o que envolve a compreensão do conceito de saúde. Na sociedade capitalista, por exemplo, um corpo compreendido como um “corpo doente”, é considerado um corpo incapacitado para o trabalho, e portanto é descartável para o capitalismo. Nesse sentido,

O conceito de doença explícita está centrado na biologia individual, fato que lhe retira o caráter social. O conceito de doença oculta, quer dizer, que está subjacente na definição social do que é doença, refere-se à incapacidade de trabalhar, o que a coloca em relação com a economia e eventualmente com a criação da mais-valia e possibilidade de acumulação capitalista (LAURELL, 1982, p. 9).

Assim, a autora descreve que o grau de desenvolvimento e organização social da sociedade apresentam patologias coletivas diferentes, e “dentro de uma mesma sociedade, as classes que a compõem mostrarão condições de saúde distintas”(LAURELL, 1982, p. 4). Como foi possível observar nos dados expostos ao longo deste trabalho.

Deste modo, Laurell (1982, p.3) indica que “a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos”, por isso, tem relação com as classes sociais, com as diferenças nos perfis patológicos, com o acesso aos serviços de saúde, ao tratamento, as ações preventivas etc. A autora acrescenta que existe uma distribuição desigual da doença e da morte, o que fica perceptível nos dados de saúde disponíveis sobre a população negra brasileira. Em seu estudo, por exemplo, a autora averiguou que a mortalidade é sistematicamente mais alta entre os operários, ou seja, quem morre mais é a classe trabalhadora, e no Brasil, dado as particularidades sócio-históricas de sua conformação, está mais que evidente que a população negra está majoritariamente representada nesta classe.

Laurell (1982) aponta que “[...] o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção[...]” (LAURELL, 1982, p. 12). Dessa forma:

O fato de se haver definido que o processo saúde-doença tem caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado, permite-nos afirmar que o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos (LAURELL, 1982, p. 15).

¹²⁷Como o de Oliveira (2020); BRASIL (2017;2016); IBGE (2015) etc.

Portanto, percebemos que o racismo interfere no modo de adoecer e morrer dos sujeitos, se estabelecendo dessa forma, num lugar da determinação dos processos e não apenas nos seus determinantes. Nesse sentido, o modelo histórico- social, cuja gênese se deu em 1970, rompeu com elementos relacionados aos demais modelos, o que permitiu o avanço teórico em direção à construção do conceito de determinação social do processo saúde-doença.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu responder a algumas perguntas realizadas pela própria pesquisadora no início desta empreitada. Observamos que o Racismo Institucional é a causa das pessoas negras serem atendidas de modo desigual nos serviços de saúde. Testemunhamos que os direitos conquistados pelo Movimento Negro, pelo Movimento de Reforma Sanitária e pelo conjunto da sociedade brasileira tem sido retirados historicamente, especialmente nos dias atuais, por um governo caracterizado como genocida, de “caráter negacionista, ultraliberal e protofascista” (SOARES et al, 2021, p. 119).

Assistimos por intermédio da base de dados do IBGE; IPEA e de estudos independentes sobre o tema - racismo e saúde da população negra- que a motivação para a execução violenta de homens negros é o racismo estrutural, e que o direito sexual e reprodutivo das mulheres brasileiras foi uma grande conquista protagonizada pela luta e resistências do movimento de mulheres negras, na busca de assumirem o controle sobre a sua própria fecundidade e assim qualificar suas condições de vida e saúde.

Atendendo ao melhor interesse do meu povo, e em conformidade com a segunda diretriz do Estatuto da Igualdade Racial, este trabalho espera ter contribuído na produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra. Pois mostrou que a eugenia, por meio da intervenção médica e do apelo à ciência, serviu aos interesses da burguesia para branquear o país, portanto reforçou a cultura racista através de uma política também racista, instrumentalizada e legitimada pelo Estado Brasileiro. Mostrou também, através de estudos/pesquisas, base de dados e noticiários, que a população negra brasileira vivencia modos particulares de viver, adoecer e morrer, em virtude da experiência de suportar o racismo no seu cotidiano. Nesse sentido, alcançamos o objetivo da revisão teórica, proposta na justificativa deste trabalho, pois apresentamos as contribuições científicas elaboradas sobre a ideologia racista instaurada no campo da saúde brasileira por meio do melhoramento da raça humana, da eugenia.

Destacamos que o modelo da determinação social da saúde, - modelo que norteou a análise deste trabalho, - defende que o desenvolvimento físico e psíquico da humanidade considera além do biológico, e se torna cada vez mais social, superando, portanto a defesa do movimento eugênico que defendeu o desenvolvimento humano por meio do "melhoramento racial" (GOMES, 2017); LAURELL (1982).

Comprovamos com base nos estudos de Stepan (2005); Formiga et al (2019); Kobayashi et al, 2009; Gioppo (1996); Schucman (2012) que a eugenia não foi uma ciência, mas um projeto político social que serviu para justificar as práticas sociais de controle da população, especialmente da população negra; pobre; pessoas com deficiência mental ou física; pessoas homoafetivas; profissionais do sexo; pessoas em situação de rua etc. Dessa forma, a eugenia no Brasil, foi apresentada como uma possibilidade interventiva da categoria médica, capaz de aliviar as tensões sociais provocadas pelos 400 anos de escravidão no país, pela miscigenação da população brasileira. E esse processo, justificou a defesa de profissionais médicos no governo à frente das políticas públicas da época.

Assim, no lugar de dar subsídios (educação, saúde, terra, trabalho) para a população negra que foi escravizada por 4 séculos no país, buscou-se dar cabo da sua população, que sob a perspectiva das classes dominantes, foi responsabilizada pela miséria brasileira durante as décadas de 1920-1940.

Concluimos também que assim como o mito da democracia racial tentou mostrar que no Brasil as relações raciais foram harmônicas e cordiais, a eugenia brasileira também ousou apresentar-se mais tolerante e assimilacionista à diversidade racial. Entretanto, ambos acontecimentos serviram aos interesses da classe/raça dominante.

Além disso, reforçamos o lugar da população negra brasileira como classe trabalhadora, com exigências específicas perante o capital no que se refere ao combate ao racismo e a implementação de políticas afirmativas, mas com o mesmo potencial revolucionário que o conjunto da classe.

Zegarra (2007) aponta as ações afirmativas como proposta política dos movimentos sociais a fim de conquistarem mudanças estruturais frente às desigualdades historicamente colocadas a determinados grupos. Foram gestadas no começo do século XX, através dos processos revolucionários desenvolvidos principalmente em países asiáticos, africanos e centro-americanos. São frequentemente interpretadas equivocadamente como sinônimo de cotas, porém as cotas são as políticas que implementam a ação afirmativa, é uma das possibilidades de se implementar a ação afirmativa (GOMES, 2007; ZEGARRA, 2007, FERES JÚNIOR, 2018).

Mostramos que apesar da população negra corresponder, nos dias atuais, mais da metade da população brasileira, 55,4% . Ela permanece com os piores indicadores sociais, como: saúde, educação e desemprego (63,7%) (BRASIL, 2016).

Este trabalho serviu também para publicizar dados recentes sobre a população negra brasileira, inclusive para reiterar que o uso de Captopril e o Maleato de Enalapril¹²⁸, são medicamentos contraindicados para a população negra porque não são eficazes na prevenção de acidente vascular cerebral (AVC) (BRASIL, 2006), mas que continuam sendo prescritos para esse segmento populacional porque ainda são medicamentos comprados e ofertados pelo SUS (BRASIL, 2022)¹²⁹.

O presente trabalho, buscou mostrar como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNIPN empenhou-se para superar a lógica racista enraizada no campo da saúde brasileira, reconhecendo o racismo e a discriminação como determinantes associados ao adoecimento e a morte precoce da população negra brasileira, além de apresentar as particularidades do processo de saúde-doença desse seguimento populacional.

Contudo, consideramos que apesar dos avanços no campo da saúde acerca do reconhecimento do racismo, e das proposições para o seu enfrentamento nos serviços de saúde, as lideranças do Movimento Negro requerem que a PNSIPN deixe de ser apenas uma portaria (Nº922/2009) e alcance o peso de uma Lei, a fim de transversalizar a política, responsabilizando não somente o MS, mas todo o Estado brasileiro, assim como faz o Estatuto da Igualdade Racial. Infelizmente, até os dias atuais, a política ainda não se transformou em Lei, tendo encontrado diversos empecilhos para a uma implementação efetiva no país como, por exemplo, o não preenchimento ou o preenchimento inadequado do quesito raça/cor nos formulários de saúde (LÓPEZ, 2012).

Dessa maneira, como desafios atuais encontramos em um levantamento feito por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) que até 2019, apenas 57 dos 5567 municípios, haviam efetivado a PNSIPN (EVANGELISTA, 2019). Se tratando da cidade de Juiz de Fora, a gestão atual da Prefeita Margarida Salomão, publicou em 13 de maio de 2021, a Portaria de nº 4.613 que reformulou e ampliou a participação popular no Comitê Técnico de Saúde da População Negra. E, através do decreto nº 14.736¹³⁰ de 25 de agosto do mesmo ano

¹²⁸ O Captopril e o Maleato de Enalapril, são do grupo dos anti-hipertensivos inibidores da enzima conversora da angiotensina (iECA).

¹²⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>. Acesso em: 04/11/2022.

¹³⁰ A Prefeitura de Juiz de Fora, por meio das Secretarias de Saúde, Secretaria do Governo, Secretaria de Planejamento do Território e Participação Popular, Secretaria Especial de Direitos Humanos, Secretaria de

(2021), instituiu a Política Municipal de Saúde Integral da População Negra de Juiz de Fora (PMSIPN)¹³¹(JUIZ DE FORA, 2021).

Nesse sentido, destacamos a necessidade da PNSIPN alcançar status de Lei, a fim de promover políticas afirmativas que reparem as desigualdades históricas sofridas pela população negra no Brasil. Dito isto, contribuímos também com uma breve análise sobre a Política Nacional de Saúde Integral da população Negra, ao apresentar que esta política não demarca diferença entre o racismo institucional e o racismo estrutural, assim não questiona a sociedade burguesa como um modo de produção que se apropriou do racismo e que se beneficia dessa discriminação racial, portanto podemos inferir que tal política não vislumbra a ruptura dessa sociabilidade. Além disso, mostramos que ao apresentar as desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais da saúde, a política revelou uma dimensão biomédica da saúde se colocando em concordância com a hegemonia defendida pelos relatórios da Organização Mundial da Saúde - OMS.

No tocante ao Serviço Social, foi pontuado neste trabalho que o termo Racismo Institucional não foi mencionado no documento "Parâmetros Para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde", assim como também não foi feita menção à raça/cor em um documento que desde 2010 orienta a intervenção de assistentes sociais nos serviços de saúde do Brasil. Dessa forma, este trabalho buscou também provocar a categoria profissional a posicionar-se antirracista, conforme orienta Ângela Davis (2016), incluindo o debate étnico-racial nas suas reflexões; produções acadêmicas; resoluções e militância política, porque não nos basta apenas não ser racistas.

Felizmente, o Serviço Social brasileiro vem incluindo o debate em suas produções, eventos etc, a tirar pelo último Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - CBAS, ocorrido durante os dias 11,12 e 13 de outubro de 2022, cujo tema foi: "Crise do capital e exploração do trabalho em momentos pandemias: repercussão no serviço social, no Brasil e na América Latina", que buscou inspiração na música "O que se cala" de Elza Soares¹³², e homenageou uma mulher negra que é símbolo de resistência e coragem. Ressaltamos que provocações acerca das relações étnico-raciais no Brasil ainda se fazem necessárias porque o capitalismo ressignifica o racismo cotidianamente.

Educação, Secretaria de Assistência Social e Fundação Cultural Alfredo Ferreira Lage (FUNALFA), articulará junto aos seus órgãos e Conselhos Setoriais, a implementação da Política de Saúde Integral da População Negra, incluindo seus Programas e Ações prioritárias nos instrumentos de Planejamento da Administração Municipal (JUIZ DE FORA, 2021).

¹³¹Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/j/juiz-de-fora/decreto/2021/1474/14736/decreto-n-14736-2021-institui-a-politica-municipal-de-saude-integral-da-populacao-negra-de-juiz-de-fora>.

¹³² A cantora faleceu em 20/01/2022.

Observamos ainda, por meio das análises de Elpídio (2020), que legitimado por um Estado que desempenha um forte papel na produção e reprodução do racismo estrutural e institucional, o racismo mata diariamente, mais do que qualquer outra doença e ou conflito social neste planeta, prova disso foram as mortes por complicações da COVID-19 que acometeu mais pessoas negras do que brancas no Brasil (SANTOS, 2021).

Assim, reiteramos que o racismo adoece e mata pessoas negras precocemente no Brasil e no mundo, e nos posicionamos antirracistas por compreender e defender esta luta/pauta como uma luta estrutural, e não identitária.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALMEIDA, M.S. **Desumanização da população negra: genocídio como princípio tácito do capitalismo**. In: Em Pauta, v. 18, n. 45, p. 116-129, 2020.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Estado, direito e análise materialista do racismo**. In KASHIURA JUNIOR, Celso Neonato; AKAMINE JUNIOR, Oswaldo; DE MELO, Tarso (orgs). Para a crítica do direito: reflexões sobre teorias e práticas jurídicas. São Paulo: Outras Expressões; Dobra universitário, 2015, p. 747-767.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **O que é racismo estrutural ?**. Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ANTUNES. R. **Coronavírus: o trabalho sob o fogo cruzado**. Boitempo, São Paulo, 2020.

AMORIM, C.C. **População negra e saúde: por que debater?**. Revista Construção. 2018. Disponível em: <http://revistaconstrucao.org/saude-publica/populacao-negra-e-saude-por-que-debater/>.

ARAÚJO, M.V.R, TEIXEIRA. C.F. A participação dos atores na formulação da política de saúde da população negra na cidade de Salvador. **Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n.23, p. 1079-1099, 2014.

ARAÚJO, E.M de. NUNES. A.P, NISIDA,V. A invisibilidade do racismo nos dados da Covid-19. In População Negra e Covid-19 / **Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)**; Organização Grupo Temático Racismo e Saúde da ABRASCO. – Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, 2021.

ARAÚJO, M.V.R., and TEIXEIRA, C.F. **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, pp. 187-225.

ARILHA. M, CITELI.T. Demandas e Desafios no Campo da Saúde Reprodutiva. In: Política, Marcados, **ética**. Editora 34, São Paulo, 1998. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/programa-de-saude-memoria-institucional-de-geledes/>. Acesso em: 06/07/22.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AUTORES NEGROS, ABPN. **Saúde da População Negra**. 2ª edição revista e ampliada. 2012

BATISTA, L. E; MONTEIRO, R.B. **Política de Saúde da População Negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde?**. Inst. Saúde, v.12, n.2, São Paulo, ago. 2010. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200012&lng=pt&nrm=iss.

BATISTA, L.E et al. **Humanização na atenção a saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção**. Saúde e Soc. São Paulo, v.25, n3, jul/set; 2016.

BATISTA, L. E; ESCUDER, M.M.L; PEREIRA, J.C.R. **A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, vol.38 no.5, São Paulo, maç /mai. 2004.

BENTO, M. A. S. **Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder judiciário.** São Paulo, s.n, 2002. Disponível em:https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-18062019-181514/publico/bento_do_2002.pdf. Acesso em: 02/11/2020.

BENTO, Maria Aparecida Silva. Branquitude e poder: a questão das cotas para negros. *In: SANTOS, Sales Augusto dos. (Org.). Ações afirmativas e o combate ao racismo nas Américas.* Brasília: MEC e UNESCO, 2007, p. 165-177.

BOCCHINI, B. Negros e mulheres chefes de família são maiores vítimas da pandemia: Pesquisa do Instituto Pólis se refere à cidade de São Paulo. **Agência Brasil.** dia 28 de março de 2022. Disponível em:<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-03/negros-e-mulheres-chefes-de-familia-sao-maiores-vitimas-da-pandemia>. Acesso em: 24/05/22.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Indicadores de Vigilância em Saúde, analisados segundo a variável raça/cor. Brasília: **Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 46, n. 10, 2015.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Indicadores de Vigilância em Saúde descritos segundo a variável raça/ cor, Brasil. Brasília: **Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 4, 2017.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Indicadores de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: **Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Número Especial | Dez. 2021.

BORGHI, C. M. S. O; OLIVEIRA, R.M; SEVALHO, GIL. **Determinação ou determinantes sociais da saúde: Texto e contexto na América Latina.** Trab.educ.saúde, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.869-897, set/dez.2018.

BOTELHO, Maurílio Lima. **Colonialidade e forma da subjetividade moderna: a violência da identificação cultural na América Latina.** *Espaço e Cultura*, Rio de Janeiro, n. 34, jul./dez, p. 195-230, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei 8142 de 28 de Dezembro de 1990. **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.** Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Estatuto da Igualdade Racial.** Lei no 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de

abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Diário Oficial, Brasília, DF, 20 jul. 2010.

BRASIL. **Saúde da população negra**. Organização Pan Americana da Saúde, Brasília, 2002.

BRASIL. Portaria 992 de 13 de Maio de 2009. **Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, DF. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Seminário Nacional de Saúde da População Negra** : síntese do relatório : 18 a 20 de agosto de 2004 : Brasília – DF / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria-Geral da Presidência da República. **Secretaria Nacional de Juventude. Mapa do Encarceramento**: os jovens do Brasil. Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em: <http://juventude.gov.br/articles/participatorio/0010/1092/_do_Encarceramento_-_Os_jovens_do_brasil.pdf>. Acesso em: 15/09/2022.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores IBGE*. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. **Algumas características da força de trabalho por raça ou cor**. 2016. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilio_continua/Trimestral/Caracteristicas_da_forca_de_trabalho_por_cor_ou_raca/Algumas_caracteristicas_da_forca_de_trabalho_por_cor_ou_raca_2016_04_trimestre.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Temático Saúde da População Negra**. Brasília, 2016. (Painel de Indicadores do SUS, v. 7, n. 10).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Seminário Nacional de Saúde da População Negra** : síntese do relatório : 18 a 20 de agosto de 2004 : Brasília – DF / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **LEI Nº 11.645, DE 10 MARÇO DE 2008**. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111645.htm. Acesso em: 13/09/2022.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: **CFESS/CEAD**. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, M.I.S. ANDREAZZI.M de. F.S de. Política de saúde e a formação dos trabalhadores no sistema único de saúde. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.19, n.2. 2019.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência**. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRAZ, R.M; OLIVEIRA, P. T. R.; REIS, A. T.; MACHADO, N. M. S. **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**. Rio de Janeiro: Saúde em Debate, v. 37, n. 99, p. 554-562, out/dez 2013.

CARMICHAEL, S.; HAMILTON, C. **Black power: the politics of liberation in America**. New York: Vintage, 1967.

CAMPOS. D. Origens do 20 de Novembro: Grupo Palmares e sua estratégia subversiva. Revista. **IHUon-Line**. São Leopoldo, RS. 2015. Disponível em: <https://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/6242-deivison-campos>. Acesso em: 07/07/22.

CARNEIRO, SUELI. A batalha de Durban. **Revista Estudos feministas**, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/m7m9gHtbZrMc4VxnBTKMXxS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13/09/2022.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Cultura e sociedade no Brasil: ensaios sobre ideias e formas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

COUTINHO, Carlos Nelson. **O estruturalismo e a miséria da razão**, 2 edição. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

COUTINHO, C. N. Cidadania e modernidade. **Perspectivas**, São Paulo, v. 22, p. 41-59, 1999.

COSTA, Rosely Gomes. **Mestiçagem, racialização e gênero**. Sociologias, Porto Alegre, v. 11, n. 21, jan./jun, p. 94-120. 2009.

DAMASCO, M.S; MAIO, M.C; MONTEIRO, S. **Feminismo negro: raça, eminismo negro: raça, eminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993) no Brasil (1975-1993) no Brasil (1975-1993)**. Estudos Feministas, Florianópolis, 20(1): 344, janeiro-abril/2012.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e sociedade**. Duas Cidades, São Paulo. 1979 <https://saudecomunista.files.wordpress.com/2017/09/saucc81de-e-sociedade-donnangelo.pdf>.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

ELPIDIO, M. H. **O lugar da Negritude nas políticas do Estado Brasileiro : faces persistentes de uma presente ausência.** Vértices, Campos dos Goytacazes-Rio de Janeiro, v.22, n. Especial, p. 834-850, 2020.

EURICO, M; GONÇALVES, R; FORNAZIER, T. Racismo e novo pacto da branquitude em tempos de pandemia: desafios para o Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 84-100, jan./abr. 2021.

EVANGELISTA. A.P. Após 10 anos, Política de Saúde da População Negra só foi efetivada em 57 municípios. **Brasil de Fato**, 2019.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS:** histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 297p.

FARIAS.L. Reforma ministerial acende o alerta vermelho no SUS. **CARTA CAPITAL**. 2015. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/alerta-vermelho-no-sistema-unico-de-saude-8458/>. Acesso em: 15/06/22.

FAUSTINO, D. M. **A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra.** São Paulo: Ciência e Saúde Coletiva, 2017, p. 3831-3840.

FERES JÚNIOR, João *et al.* **Ação afirmativa:** conceito, história e debates. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2018. (Ler Caps. 1 e 2 – p. 13-41). Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786599036477>.

FERNANDES, Florestan. **A Integração do Negro na Sociedade de Classes.** 5ª edição. São Paulo: editora Globo, 2008.

FERNANDES, F. **O significado do protesto negro.** São Paulo: Editora Cortez, 1989.

FERNANDES, Florestan. **Sociedade de Classes e Subdesenvolvimento.** Rio de Janeiro: Zahar editores, 1972.

FIORI, José Luís. **Instabilidade e Crise do Estado na Industrialização Brasileira.** Rio de Janeiro, 1988. Tese (Concurso de Professor Titular) - Cadeira de Estado e Industrialização, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

FORMIGA, D. O., PAULA, A. B. R., MELO, C. A. S. **“O Pensamento Eugênico e a Imigração no Brasil (1929-1930)”**, *Intelligere*, Revista de História Intelectual, nº7, p. 75-96. 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistaintelligere/article/view/142881>. Acesso em 20/05/2021.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Interesses privados na saúde mental:** As contradições que perseguem a efetividade da Política de Saúde Mental no Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/2017/>. Acesso em: 15/06/22.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **NOTA POLÍTICA: “O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema Nacional de Saúde”**, 2016. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/2016/08/1049.html>. Acesso em: 15/06/22.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **O padrão EBSEERH de ilegalidades**, 2017. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/2017/>. Acesso em: 15/06/22.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **No segundo governo Dilma, o desmonte do SUS continua**, 2015. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/2015/02/0674.html#more>. Acesso em: 15/06/22.

GATTI, B. A. **A construção da pesquisa em educação no Brasil**. Brasília: Plano Editora, (Série Pesquisa em Educação, v. 1), 2002.

GIOPPO, C. **Eugenia: a higiene como estratégia de segregação**. Editora da UFPR. Curitiba, 1996. p. 167-180.

GOMES, Joaquim Benedito Barbosa. A recepção do instituto da ação afirmativa pelo Direito Constitucional brasileiro. *In*: SANTOS, Sales Augusto dos. (Org.). **Ações afirmativas e o combate ao racismo nas Américas**. Brasília: MEC e UNESCO, 2007, p. 47-82. Disponível em: https://etnicoracial.mec.gov.br/images/pdf/publicacoes/acoes_afirm_combate_racismo_a_mericas.pdf.

GOMES, R. M. **Humanização e Desumanização no trabalho em saúde**. Editora FIOCRUZ, 2017.

GOMES. N. L, SILVA. P. V. B da, BRITO. J. E de. Ações afirmativas de promoção da igualdade racial na educação: lutas, conquistas e desafios. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 42, 2021.

GONZALEZ. L. **Por um feminismo afro-latino-americano**. Zahar, 2020.

GORENDER, J. O escravismo colonial. Editora Fundação Perseu Abramo, 2011.

HASENBALG, Carlos. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil**. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2005.

HARVEY, D. Política anticapitalista em tempos de coronavírus. Blog da **Boitempo**. 24 de março de 2020.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

IAMAMOTO, M. V. & CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. Ed. Cortez, SP, 1982.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: **Cortez**; Lima: Celats, 1982.

IANNI, Octavio. **Pensamento Social no Brasil**. Bauru, São Paulo: Edusc, 2004.

IANNI, Octavio. **Raça e Classes Sociais no Brasil**. 3º edição. São Paulo: editora Brasiliense, 1987.

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

2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>. Acesso em: 22/03/21.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 2013.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais** : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2018 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2018.

IPEA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da violência 2016**. Brasília, mar. 2016. (Nota Técnica, n. 17).

JACCOUD, L.O. **Combate ao racismo e à desigualdade**: o desafio das políticas públicas de promoção da Igualdade Racial. In: THEODORO, M. (Org.). As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília, DF; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2008. p. 176.

JUIZ DE FORA. **DECRETO Nº 14.736 - DE 24 DE AGOSTO DE 2021**. Institui a Política Municipal de Saúde Integral da População Negra de Juiz de Fora, 2021.

KALCKMANN, SUZANA. **Racismo Institucional: um desafio para equidade no SUS**. Saúde Soc, São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, 2007.

KNECHTEL, Maria do Rosário. **Metodologia da pesquisa em educação**: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersaberes, 2014.

KOBAYASHI, E; FARIA, L; COSTA, M. C. da. **Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional**. Sociologias, Porto Alegre, ano 11, nº 22, jul./dez. 2009, p. 314-351.

LAURELL, Asa. **A saúde-doença como processo social**. Tradução de: La salud-enfermedad como proceso social". Revista Latinoamericana de Salud, México, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D.Nunes.https://unusus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf.

LEAL, M do. C; GAMA, S. G.N da; PEREIRA. A.P.E; PACHECO, V.E; CARMO, C.N do; SANTOS, R.V. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2017.

LÓPEZ, L.C. **O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde**. Comunicação Saúde e Educação; v.16, n. 40, 2012.

MACHADO, C.V. BAPTISTA, T.W.F, NOGUEIRA.C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011.

MAIO, M.C; ALVES, F. A. P; PAIVA, C. H .A; MAGALHÃES, R. C. S. **Cooperação internacional e políticas de ação afirmativa: o papel da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(7):1273-1291, jul, 2010.

MARTINS, A. 'Doença da pobreza': o que é a tuberculose latente, que afeta 1 em 4 pessoas?. **BBC News Mundo**, 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral->

56532258#:~:text=%22A%20tuberculose%20%C3%A9%20uma%20doen%C3%A7a,pela%20pandemia%20de%20covid%2D19.

MARX, KARL. **Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857- 1858 esboços da crítica da economia política.** Boitempo, 2011.

MARX, karl. **Crítica da filosofia do direito de Hegel.** São Paulo: Boitempo, 2005b

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã.** São Paulo: Boitempo, 2007.

MARX, Karl. **O 18 Brumário de Luís Bonaparte.** São Paulo: Boitempo, 2011.

MATTOS, M. B. **Classes sociais e luta de classes: a atualidade de um debate conceitual.** Revista Em Pauta, Rio de Janeiro, n.20, 2007.

MBEMBE. A. Biopoder soberania estado de exceção política da morte. **Arte & Ensaios.** Rio de Janeiro, n. 32, dezembro, 2016.

MEDEIROS, E; BEZERRA, L. Considerações sobre o desenvolvimento desigual e combinado no capitalismo brasileiro. **Formação social e serviço social: a realidade brasileira em debate.** São Paulo: Outras expressões, 2019.

MINAYO, M. C de. S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciências e Saúde Coletiva, v. 17, n.3, p.621-626, 2011.

MILANEZI, J. A institucionalização da saúde da população negra no SUS. NEXO. **Políticas públicas,** 2020. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2020/A-institucionaliza%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-da-popula%C3%A7%C3%A3o-negra-no-SUS>. Acesso em: 08/06/2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **12.ª Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MOURA, CLÓVIS. **Dialética Radical do Brasil Negro.** São Paulo: editora Anita, 1994.

MOURA, CLÓVIS. **O racismo como arma ideológica de dominação.** São Paulo, Edição 34, p.28-38, 1994.

MOURA, CLÓVIS. **Escravidão, colonialismo, imperialismo e racismo.** São Paulo, IBEA, 1983.

MOURA, CLÓVIS. **Sociologia do Negro Brasileiro.** São Paulo: editora Ática s.a, 1988.

MONTEIRO, R. B. **Educação permanente em saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação das relações étnico-raciais e para ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana.** Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.524-534, 2016.

MUNANGA, Kabengele. Políticas de ação afirmativa em benefício da população negra no Brasil:um ponto de vista em defesa de cotas. **Sociedade e Cultura,** v. 4, n. 2, p. 31-43, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/sec.v4i2.515>.

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

NETTO, J. P. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Rio de Janeiro, 2001.

NINJA. Ministério da Saúde incentiva violência obstétrica em lançamento de caderneta de gestante. **mídia ninja**. 2022. Disponível em: <https://midianinja.org/news/ministerio-da-saude-incentiva-violencia-obstetrica-em-lancamento-de-caderneta-de-gestante/>.

NOGUEIRA, PASSOS. R. **Determinantes, determinação e determinismo sociais**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, vol 33, n. 83, páginas 397 – 406, set-dez, 2009.

NUNES, E. N. Saúde Coletiva: história e paradigmas. Interface _ Comunic, **Saúde, Educação**, 1998.

Disponível:<https://www.scielo.br/j/icse/a/bLxskrzHKHVxDV6kwzTWrnN/?lang=pt&format=pdf>.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA FLEURY, S.M. (Im) **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

OLIVEIRA, A. L. M de. **A cor/raça dos trabalhadores mais afetados na coronacrise**. In: salvar vidas e garantir direitos da população negra. CONEN - Coordenação nacional de entidades negras. 2020.

OLIVEIRA, R. G de. CUNHA, A. P da; GADELHA, A. G dos S; CARPIO, C. G. OLIVEIRA, R. B de; CORREA, R. M. **Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural**. Cad. Saúde Pública, 2020.

OLIVEIRA, E. Redemocratização e serviço social: os caminhos do Serviço Social no Brasil pós-1985. Curitiba: CRV, 2020.

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

PAIM, JS. **Período FHC**. In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 203-239.

PAULO NETTO, J. **Capitalismo e reificação**. São Paulo: Ciências Humanas, 1981.

PAIXÃO, M. **Desenvolvimento humano e relações raciais**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. [Coleção Políticas da Cor].

PINNA, R. FERNANDES, L. FONSECA, B. MUNIZ, B. Brasil registra duas vezes mais pessoas brancas vacinadas que negras. **Agência Pública**, São Paulo, 15 de março de 2021. Disponível em: <https://apublica.org/2021/03/brasil-registra-duas-vezes-mais-pessoas-brancas-vacinadas-que-negras/>.

RODRIGUES, T. **Política de Saúde da Mulher comemora 25 anos**: Indicadores mostram os resultados da ampliação do acesso da mulher aos serviços de saúde. 2009. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-de-saude-da-mulher-comemora-25-anos>. Acesso em: 07/07/22.

ROSSI, M. **Mais brasileiros se declaram negros e pardos e reduzem número de brancos**. El País, São Paulo, 15 de novembro de 2015. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2015/11/13/politica/1447439643_374264.html.

RIZZOTTO, M.L.F. **O branco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000. Tese (Doutorado). Curso de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas. 2000.

SANTANA, R.A.R. et al. **A equidade racial e a educação das relações étnico-raciais nos cursos de Saúde**. São Paulo. Interface (Botucatu). 2019.

SANTOS, M.P.A. dos. Os negros nas listas de óbitos e os últimos na fila da imunização. In População Negra e Covid-19 / Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); **Organização Grupo Temático Racismo e Saúde da ABRASCO**. – Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, 2021.

SANTOS, V. D.; CANDELORO, R. J. **Trabalhos Acadêmicos**: Uma orientação para a pesquisa e normas técnicas. Porto Alegre/RS: AGE Ltda, 2006. 149 p.

SILVA, Ana Paula Procópio. **Racismo estrutural, crise do capital e ofensiva conservadora: desafios à consolidação da igualdade racial nas políticas sociais públicas**. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social- Enpess: em tempos de radicalização do capital, lutas, resistência e serviço social, xvi; 2018, Vitória. anais, Vitória: UFRJ, 2018. p.1-p.18.

SILVA, J. F. S da. **Pesquisa e produção do conhecimento em Serviço Social**. Revista Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 6 n. 2 p. 282-297. jul./dez. 2007.

SILVA, L.B. **Favela e Covid-19**: registros da continuidade. Crise e pandemia: quando a exceção é a regra geral/ Organizado por Letícia Batista Silva e André Vianna Dantas, Rio de Janeiro: EPSJV, 2020.

SOARES, R.C; CORREIA, M. V.C; SANTOS, V. M dos. **Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19**. Serv. Soc. Soc. (140) • Jan-Apr 2021.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol. 17(1): 52-58, 2010. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-1/12-cap08.pdf>. Acesso em: 01/04/2021.

SCHUCMAN, Lia Vainer. **Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo**. São Paulo, 2012. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-21052012-154521/publico/schucman_corrigeida.pdf. Acesso: 02/11/2020.

SCHWARZ, L. M. **O espetáculo das Raças**: Cientistas, Instituições e questão racial no Brasil 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCHWARZ, L. M; STARLING, H. M. **A Bailarina da morte** – A gripe espanhola no Brasil. São Paulo: Companhia das letras, 2020.

STEDILE, João Pedro. **Questão Agrária no Brasil**. Espaço e Debate, São Paulo, v. 11 °, p. 16-111, 2011.

STEPAN, N. L. "**A hora da eugenia**": raça, gênero e nação na América Latina. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2005.

TEIXEIRA, M. O. **O mercado de trabalho reitera relações desiguais que se constroem no âmbito das relações econômicas e sociais**. In: Fundação Perseu Abramo, Fundação Friedrich Ebert (orgs.) *Classes? Que classes? Ciclo de debates sobre classes sociais*. 1a.ed. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo e Fundação Friedrich Ebert. 2013.

VARGA, I.V.D; CARDOSO, R.L.S. **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.

VIOTTI DA COSTA, Emília. **Da senzala à colônia**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

WERNECK, J. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde e Soc. Rio de Janeiro, v. 25, n.3 jul/set; 2016.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Os caminhos para a pesquisa no Serviço Social**. *Temporalis*. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – Pesquisa e Produção de Conhecimento em Serviço Social. Recife, Ed. Universitária da UFPE, ano 5, n. 9, p. 147-159, jan./jun. 2005.

ZEGARRA, Mónica Carrillo. **Ações afirmativas e afro-descendentes na América Latina: análise de discursos, contra-discursos e estratégias**. In: SANTOS, Sales Augusto dos. (Org.). **Ações afirmativas e o combate ao racismo nas Américas**. Brasília: MEC e UNESCO, 2007, p. 335-357. Disponível em: (vide *link* acima – mesmo livro).

APÊNDICE I

QUADRO DE ARTIGOS UTILIZADOS NA PRIMEIRA PARTE DA PESQUISA

Título/artigo	Ano da publicação/palavra chave do artigo	Revista	Autor
A equidade racial e a educação das relações étnico-raciais nos cursos de Saúde	2019/Saúde de minorias. Educação. Pessoal de saúde. Racismo. Saúde da população negra.	Interface	Santana et al
A participação dos atores na formulação da política de saúde da população negra na cidade de Salvador	2014/: atores políticos; formulação de políticas de saúde; saúde da população negra.	Revista de Saúde Coletiva	Marcos Vinícius Ribeiro de Araújo, Carmen Fontes Teixeira
A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra	2017/ Universalidade, Equidade, Saúde da população negra	Ciência e Saúde Coletiva	Deivison Mendes Faustino

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	2013/ Completude; Avaliação de desempenho; População negra	Saúde em Debate	Braz et al
Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios	2016/ Controle da Hipertensão Arterial na População Negra; Saúde da População Negra; Saúde da Mulher Negra.	Saúde e Sociedade	István van Deursen Varga; Raimundo Luís Silva Cardoso
Cooperação internacional e políticas de ação afirmativa: o papel da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)	2010/ não há	Cad. de Saúde Pública	Maio et al
Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural	2020/COVID-19; Racismo; Vulnerabilidade Social	Cad. de Saúde Pública	Oliveira et al
Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19	2020/ desigualdades raciais; Covid-19; vulnerabilidades sociais	Trabalho, Educação e Saúde	Goes et al

Desigualdades sociais e tuberculose: análise segundo raça/cor, Mato Grosso do Sul	2013/ Tuberculose, epidemiologia. População Indígena. Origem Étnica e Saúde. Fatores Socioeconômicos. Desigualdades em Saúde.	Rev. Saúde Pública	Basta et al
Educação permanente em saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação das relações étnico-raciais e para ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana	2016/ Educação Permanente; Relações Raciais; População Negra; Saúde da Mulher.	Saúde e Sociedade	Rosana Batista Monteiro
Projeto: Ylê ayié yaya ilera (Saúde plena na casa desta existência): equidade e integralidade em saúde para a comunidade religiosa afro-brasileira	2010/ . Este trabalho pretende relatar uma experiência de implantar um serviço de saúde dentro de um espaço cedido em um terreiro de candomblé na zona norte do município do Rio de Janeiro.	Interface	Márcia Constância Pinto Aderne Gomes
Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	2020/ Políticas Públicas em Saúde; Saúde da População Negra; Avaliação em Saúde; Indicadores de Saúde; Indicadores de Gestão.	Saúde e Sociedade	Batista et al
Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política	2013/ Iniquidade social; política de saúde; saúde da população negra; racismo.	Saúde em Debate	Batista et al

de saúde da população negra			
Mortalidade entre brancos e negros no Rio de Janeiro após a abolição	2016/ Mortalidade no Brasil. Mills-Reincke. Desigualdade econômica. Saúde pública.	Estudo.Economia	Thales Augusto Zamberlan Pereira
Movimentos sociais em luta contra o racismo de Estado e pela vida: contribuições ao debate sobre saúde	2019/ Sistema Único de Saúde. Racismo. Integralidade em saúde. Direitos humanos. Compensação e reparação.	Saúde em Debate	Barros et al
Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids	2016/ : Mulher Negra; HIV/aids; Violência; Vulnerabilidade; Racismo Institucional.	Saúde e Sociedade	Naila Janilde Seabra Santos
Racismo institucional e saúde da população negra	2016/ Saúde da Mulher Negra; Racismo; Racismo Institucional; Políticas Públicas	Saúde e Sociedade	Jurema Werneck
Cenários da saúde da população negra no brasil	2017/ não há.	Cadernos de Saúde Pública	Resenha

Quantitativo:

Data da busca: 23/02/21	
--------------------------------	--

Total achados	197
Filtro para português	112
Filtro das public. a partir de 2009	84
Total selecionado, após a leitura do resumo	33

APÊNDICE II

TÍTULO	REVISTA	AUTOR	ANO
Projetos de formação humana eugenista e higienista: prescrições para a educação física em periódicos (1932-1960)	Educação em Revista	Cassani et al	2020
Os debates sobre educação moral, caráter e conduta do indivíduo nas primeiras décadas do século 20 e	Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos	Audrei Rodrigo da Conceição Pizolati; Alexandre Alves	2019

seus reflexos na atualidade			
Ideários da Educação Feminina na Primeira República Brasileira	Cadernos Pagu	Valentim et al	2019
Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira	Revista de Saúde Coletiva	Barbiani et al	2014
A cura da raça: eugenia e higienismo no discurso médico sul-rio-grandense nas primeiras décadas do século XX	Cadernos de Saúde Pública	Paulo César Alves	2007
Educação física, ciência e saúde: notas sobre o acervo do Centro de Memória do Esporte (UFRGS)	História, Ciências, Saúde-Manguinhos	Silvana Vilodre Goellner	2010