

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Marcelo dos Santos Campos

Hoje é dia de branco: a branquitude de médicos de família de Juiz de Fora/MG e a equidade racial no cuidado em saúde

Juiz de Fora

2020

Marcelo dos Santos Campos

Hoje é dia de branco: a branquitude de médicos de família de Juiz de Fora/MG e equidade racial no cuidado em saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Processo Saúde e Doença e seus Determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Girlene Alves da Silva - UFJF

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Sabrina Pereira Paiva - UFJF

Juiz de Fora

2020

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

Campos, Marcelo dos Santos.

Hoje é dia de branco : a branquitude de médicos de família de Juiz de Fora/MG e a equidade racial no cuidado em saúde / Marcelo dos Santos Campos. -- 2020.

299 f.

Orientadora: Girlene Alves da Silva

Coorientadora: Sabrina Pereira Paiva

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.

1. Branquitude médica. 2. Racismo institucional . 3. Iniquidade racial . 4. Cuidado em saúde. 5. SUS. I. Silva, Girlene Alves da, orient. II. Paiva, Sabrina Pereira, coorient. III. Título.

MARCELO DOS SANTOS CAMPOS

“Hoje é dia de branco’: a branquitude de médicos de família de Juiz de Fora/MG e a equidade racial no cuidado em saúde.”

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora -UFJF, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 16 de março de 2020


Gislene Alves da Silva – UFJF


Sabrina Pereira Paiva- UFJF


Lia Vainer Schucman – UFSC


Julvan Moreira de Oliveira – UFJF

Dedico esta pesquisa à minha
pessoa, Giane Elisa, cuja força e
resistência de mulher negra
inspiram-me na vida, cujo amor e
amizade me sustentam e cujo
exemplo me motiva e me fortalece
para o trabalho incessante de
reconhecimento de minha
branquitude e para a luta antirracista.

AGRADECIMENTOS

Gratidão...

À minha mãe, Lia, cujo desvelo, amor e carinho foram sempre presentes na construção da minha história.

Ao meu pai, Fábio, que não mais está entre nós, mas para o qual sempre fui razão de orgulho. Dele guardo a leveza com que levou a vida e o quanto amava vivê-la.

Ao meu irmão Fabinho, que tão cedo nos deixou, e que hoje compreendo mais do que nunca todos os conflitos que perpassaram nossa curta relação.

À minha irmã Janaína, que desde sempre carrego no colo e para a qual sempre direcionei o cuidado de irmão mais velho. Obrigado pelo respeito, confiança, amor e amizade, que incansavelmente me oferece.

Ao meu tio Dudu, que, durante o tempo em que por aqui esteve, sempre me alimentou de boas conversas, todas repletas de um profundo conhecimento do mundo. À tia Vilma, sua esposa, que sempre me presenteou com o seu afeto.

À minha tia Helena, que foi sempre presente na condução da minha criação e, sem dúvida, a grande influência para a construção do meu gosto pelos estudos.

Ao meu companheiro Tarcísio, pelos fluxos permanentes, pelos diálogos *deuleuzianos*, por me atualizar das problemáticas do mundo, por ser um interlocutor no processo de construção deste trabalho e comigo compartilhar o miúdo do dia-a-dia com afeto e amizade.

À Kátia, amiga de infância, cuja trajetória de vida me foi o primeiro indicativo dos privilégios que me cercavam.

À Bela, amiga de uma vida, que, nos passos iniciais de minha trajetória, sempre me ofertou transbordamentos de afeto e amizade, sendo um alicerce fundamental para a minha caminhada. E à Dudu, sua cara metade, que me acolheu com profundo respeito e carinho em sua vida.

Ao amigo Leone, sempre disponível e atencioso nos diversos “socorros” ao longo deste trabalho.

À Prefeitura de Juiz de Fora, bem como a todos os cidadãos desta cidade, pela possibilidade de estar licenciado de minhas funções de servidor público para a realização deste trabalho acadêmico.

Aos companheiros e amigos da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, Thiago Horta, Priscila e João Daniel, pelo apoio e reconhecimento do meu trabalho nos vários campos em que comigo estiveram.

Às minhas tão queridas companheiras de trabalho, agentes comunitárias de saúde da UBS Retiro, Cleuza, Cida, Nem, Tida, Rogéria, Vivi, Júnia, Marilene, Edna, Lúcia e Marcinha, por terem-me proporcionado as melhores experiências de trabalho na Estratégia de Saúde da Família e por acreditarem na Ciranda da Saúde, sendo Griôs e fazendo com que os giros daquela roda se expandissem, resultando nesta pesquisa.

A todos os moradores e moradoras do bairro Retiro, que direta ou indiretamente comigo se relacionaram nos dez anos em que lá estive como médico de família. Agradecimento especial aos negros e negras daquela comunidade, porque, sem saberem, foram decisivos para profundas mudanças na minha vida.

Aos professores, funcionários e colegas do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFJF, pelo carinho e respeito, sobretudo nos momentos em que me levantava mais contundentemente diante de determinadas discussões.

À professora Laura, que de professora visitante se tornou amiga para a vida. Obrigado pela excelência com que realiza seu ofício, pelo carinho, pelas manifestações de afeto e pelas inúmeras conversas regadas de alegria.

À professora Daniele, que compartilha comigo os mais caros valores e, por isso, transformou-se numa fiel amiga.

À minha orientadora, professora Girlene, por ter aceitado o desafio de orientar a minha pesquisa, tendo sempre acreditado no meu potencial, bem mais do que eu mesmo. Obrigado pelo carinho, força e estímulo.

À minha coorientadora, professora Sabrina, por ter-me, desde o primeiro dia, insuflado com todas as possibilidades que as ciências sociais poderiam auxiliar-me nesse processo. Obrigado pelas trocas, pelos livros e, sobretudo, pelo carinho e reconhecimento da potencialidade deste trabalho.

À professora Lia Schucman, por ter sido a grande referência, a partir da qual adentrei no campo dos estudos da branquitude, que, para além de conhecimento teórico, disparou os processos que muito me facilitaram ser hoje, o branco que sou. Obrigado também pelas inestimáveis contribuições oferecidas no exame de qualificação, que tanto auxiliaram na construção deste trabalho.

Ao professor Julvan, também pelas excelentes contribuições oferecidas no exame de qualificação e por ter sido e, continuar sendo, referência obrigatória nos estudos das relações raciais. Obrigado pela disponibilidade e auxílio na elaboração desta pesquisa.

Ao meu amigo Ricardo, que mesmo distante procurou estar presente, sempre atento ao meu processo e pronto para lembrar-me do valor de nossa tão antiga amizade.

À minha pessoa, melhor amiga, companheira de vida, Giane Elisa, sem a qual acredito que jamais teria a coragem de embarcar no reconhecimento de mim mesmo. Não há como materializar em palavras todo amor, compreensão, investimento, confiança, possibilidades de trocas e amizade dispensados a mim durante todos esses anos. Nossa relação foi marcada pelo racismo, mas sobrevive assentada no mais profundo amor e respeito. Giane Elisa, eternamente grato pelo mundo e pela vida que me proporciona.

Ao Expedito, pai de Giane Elisa, por ser uma pessoa que transborda alegria e leveza e que me tem como médico, filho, amigo e protetor de sua filha.

Às mulheres pretas que tive o privilégio de conhecer e de com as quais conviver a partir da minha relação com Giane Elisa e que muito contribuíram para que eu percebesse o que é ser preto e branco neste mundo: Carminha, mãe de Giane Elisa, que não mais está entre nós, mas sempre presente pelos inúmeros ensinamentos de vida que nos deixou. Edna, Maria do Carmo, tia Cilinha, Fabiana, Bia, Bruna, muito obrigado por me acolherem como parte da família.

À amiga Gilmara, pelas inestimáveis contribuições da psicologia social e por ser uma força feminina negra, sempre sábia em suas colocações.

Às Ruths – Maria Luiza, Sheila, Joice, Manu e Denise – pelo brilhantismo na atuação e disseminação da cena teatral negra nesta cidade, desacomodando os brancos e refletindo a potência da negritude na luta antirracista. Obrigado, meninas, por me concederem mais esse privilégio de poder estar em suas vidas e vocês na minha.

Um corpo negro, Branco, nunca é só um corpo negro. Ele é o atravessamento das experiências que o racismo promove. É atravessamento de exclusões e silenciamentos. As mesmas que seguem se refazendo dia a dia até mesmo quando conseguimos nos insurgir contra elas. Há sempre um corpo branco como o seu dizendo que não é bem assim. Há sempre um corpo branco como o seu desconsiderando que como em toda trama, os fios estão entrelaçados por experiências que demarcam as presenças e ausências de uma história milenar. Expandase, Branco, e ajeite seu pensamento para pensar a macroestrutura da sociedade racista em que vivemos se imiscuindo na micropolítica do cotidiano. Estamos falando de ideologia, e não do que você faz pontualmente no seu dia a dia para ser um Branco bacana. Assuma sua pele diante da falta de opção que eu tenho quando se trata de assumir a minha pele (ALMEIDA, 2017, n.p).

RESUMO

A partir de estudos que comprovam as desigualdades e iniquidades raciais em saúde produzidas pelo racismo estrutural e institucionalizado na sociedade brasileira, do poder socialmente atribuído ao médico na produção do cuidado em saúde e das implicações que a identidade dos sujeitos brancos tem na produção e manutenção do racismo e dos privilégios materiais e simbólicos que sustentam a supremacia racial branca, este trabalho teve como objeto de pesquisa a branquitude dos médicos de família na relação com os sujeitos negros por eles assistidos. De natureza qualitativa e exploratória, esta pesquisa teve como objetivo analisar a branquitude de médicos de família de Juiz de Fora (MG) e verificar se/como tal identidade influencia na promoção da equidade e/ou iniquidade racial em saúde. O trabalho foi construído de março de 2018 a setembro de 2019, a partir dos pressupostos das teorias das relações raciais, entre as quais os Estudos Críticos da Branquitude, inflexão fundamental por teorizar a identidade racial branca. Assentou-se também nos estudos sobre cuidado, equidade e determinações sociais em saúde quanto à compreensão do SUS em seu caráter de política social e à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra de 2009, que objetiva a equidade racial em saúde no Brasil. Doze médicos de família fenotipicamente brancos em atuação na Estratégia de Saúde da Família do município de Juiz de Fora (MG) foram entrevistados a partir de entrevistas semiestruturadas. Utilizou-se a análise de conteúdo temático proposto por Bardin, da qual emergiram as seguintes categorias: cuidado em saúde; equidade em saúde e a dimensão racial na equidade em saúde. Os achados demonstram que a maioria dos médicos de família participantes desta pesquisa foi socializada em universos majoritariamente brancos; sua compreensão e prática de cuidado buscam romper com o modelo tecnicista biomédico; apresenta percepção da equidade pelo senso de justiça, entretanto exerce práticas equitativas a partir de avaliações majoritariamente clínicas para priorização de atendimento; confirma total invisibilidade e ausência de discussão da questão racial nos currículos do curso de medicina, ideologicamente branco e biologicista; pouco valoriza o critério raça/cor dos formulários do SUS; apresenta uma visão pouco reflexiva e reducionista das determinações sociais em saúde da população negra à ordem econômica; reproduz tendência de objetificação do negro, não reconhece a identidade branca como racializada e não promove práticas de equidade racial em saúde. Os participantes que passaram por educação permanente que abordou a questão racial demonstraram compreender o racismo como condicionante para vulnerabilidade e adoecimento dos negros, confirmando a importância da criação de espaços educativos sobre a temática, com vistas ao processo de desconstrução do racismo.

Palavras - chave: Branco. Médico. Racismo. Iniquidade. Desigualdade racial em saúde. SUS.

ABSTRACT

From several studies that prove the racial inequalities and inequities in health produced by the various dimensions of structural and institutionalized racism in Brazilian society, by the power socially attributed to the physician in the production of health care and the implications that the identity white subjects have in the production and sustenance of racism and of material and symbolic privileges that support white racial supremacy, this study had as research object the whiteness of family physicians in the daily relationship with the black subjects who are assisted by them. Of a qualitative and exploratory nature, this research aimed to analyze the whiteness of family physicians from Juiz de Fora / MG and to verify if / how such identity influences the promotion of health equity and / or racial inequity. The work was built from march 2018 to september 2019, from the assumptions of race relations theories, among them the Critical Studies of Whiteness, a fundamental inflection in this field of research for theorizing white racial identity. It was also based on studies on care, equity and social determinations in health, both from the perspective of understanding from SUS with its social policy, and in the National Policy for Integral Health of the Black Population of 2009, which aims racial health equity in Brazil. Twelve phenotypically white family physicians working in the Family Health Strategy of Juiz de Fora (MG) were interviewed from semi-structure interviews. Used the thematic content analysis proposed by Bardin, from which emerged the following categories: health care; health equity and the racial dimension in health equity. The findings demonstrate that most family physicians participating in this research were socialized in mostly white universe and have an understanding and practice of care that seek to break with the biomedical technician model; present a perception of fairness by the sense of justice, however they exercise equitable practices from mostly clinical evaluations done for prioritization of assistance; confirms a total invisibility and lack of discussion of the racial issue in the medicine curriculum, ideologically white and biologicist; low appreciation on the race / color criterion from SUS forms; present a low reflexive and reductionist view of the social determinations in health of the black population to the economic order; reproduce the tendency of objectification of black people and does not recognize white identity as racialized, nor promote racial equity practices in health. Some participants who went through continuing education that addressed the racial issue, demonstrated to understand racism as a condition for black vulnerability and illness, which confirms the importance of creating educational spaces that address this theme, with a view to the process of deconstruction of racism.

Keywords: White. Physician. Racism. Inequity. Racial inequality in health. SUS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDSS	Comissão dos Determinantes Sociais em Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CR	Consultório na Rua
CTSPN	Comitê Técnico da Saúde da População Negra
CTT	Composição Técnica do Trabalho
DCNERER	Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FNB	Frente Negra Brasileira
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MNU	Movimento Negro Unificado
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PSF	Programa de Saúde da Família
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEN	Teatro Experimental do Negro
UBS	Unidade Básica de Saúde
UHC	União dos Homens de Cor
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
	Objetivos	22
2	ENTENDENDO RAÇA PARA RACIALIZAR O BRANCO	27
2.1	A COMPLEXIDADE DO PENSAMENTO RACIAL	27
2.2	PRETO E BRANCO: COR NÃO É RAÇA	28
2.3	O NASCIMENTO DA RAÇA COMO IDEAL BURGUESES	30
2.4	AS TEORIAS RACIAIS (RACISTAS) ESTRANGEIRAS E A INFLUÊNCIA NA CONSTRUÇÃO DO PENSAMENTO RACIAL (RACISTA) BRASILEIRO DO FINAL DO SÉCULO XIX A MEADOS DO SÉCULO XX	39
2.4.1	O ideário do branqueamento no Brasil como prática social.....	42
2.5	AS FACES DA BRANCURA: A IDENTIDADE RACIAL BRANCA.....	54
2.6	RACISMO ABJETO: PRECISAMOS FALAR SOBRE ELE.....	58
3	O OLHAR SOBRE O PODER DA MEDICINA MODERNA.....	64
3.1	O NASCIMENTO DA CLÍNICA OCIDENTAL.....	64
3.2	O BIOPODER NA CONSTRUÇÃO DA RACIONALIDADE MÉDICA OCIDENTAL.....	69
4	A HISTÓRIA DA MEDICINA NO BRASIL.....	78
4.1	O SURGIMENTO DE UMA RACIONALIDADE MÉDICA NO BRASIL NO FINAL DO SÉCULO XIX E INÍCIO DO SÉCULO XX.....	78
4.2	O PENSAMENTO MÉDICO RACISTA NA BAHIA E RIO DE JANEIRO NO FINAL DO SÉCULO XIX E INÍCIO DO SÉCULO XX: A DEGENERESCÊNCIA DE NEGROS E MESTIÇOS.....	87
5	UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	98
5.1	A TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	100
5.2	O CUIDADO COMO UMA POLÍTICA SOCIAL.....	103
5.2.1	O cuidado como ato político.....	105
5.2.2	A dimensão da equidade em saúde.....	111
5.2.3	Os determinantes sociais e as determinações sociais da saúde.....	119
5.2.3.1	<i>O surgimento do conceito de determinações sociais da saúde.....</i>	<i>122</i>
5.2.3.2	<i>Os determinantes sociais de saúde.....</i>	<i>124</i>
5.3	A QUESTÃO RACIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE.....	130

5.3.1	A temática racial nos espaços de formação médica.....	141
6	DELINEAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO.....	144
6.1	TIPO DE PESQUISA.....	144
6.2	OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	145
6.2.1	Descrição dos participantes.....	146
6.3	O CENÁRIO DO ESTUDO.....	154
6.4	INTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	156
6.5	PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES APREENDIDAS.....	157
7	DISCUSSÃO DOS ACHADOS DA PESQUISA	159
7.1	O CUIDADO ESSENCIAL.....	159
7.2	EUQUIDADE EM SAÚDE.....	172
7.3	A DIMENSÃO RACIAL NA EQUIDADE EM SAÚDE.....	184
7.3.1	A abordagem da temática racial nos espaços de formação médica.....	185
7.3.2	O entendimento sobre raça e o quesito raça/cor nos formulários do SUS.....	197
7.3.3	Os determinantes sociais e as determinações sociais da saúde da população negra.....	217
7.3.4	O negro, o branco e a promoção da equidade e/ou iniquidade racial em saúde.....	233
7.3.4.1	<i>O olhar branco sobre o negro e sobre si.....</i>	233
7.3.4.2	<i>Equidade racial em saúde pela perspectiva da branquitude.....</i>	244
8	CONCLUSÕES.....	265
	REFERÊNCIAS.....	279
	APÊNDICES.....	298

1 APRESENTAÇÃO

A escolha do dito popular “Hoje é dia de branco” como parte inicial do título desta pesquisa não se deu tão somente pela necessidade de encontrar uma expressão que tivesse relação com o tema proposto, mas para marcar, desde a primeira linha, a realidade inexorável que se manifesta e assola a nossa sociedade desde que os portugueses aqui chegaram, há mais de 500 anos.

Não obstante as diversas proposições dadas a essa pequena frase, muitas delas negando obviamente seu cunho racista, é inegável a carga simbólica que ela carrega. O dia de branco não é apenas hoje, mas todos os dias há pelo menos cinco séculos. Realidade produzida, alimentada e fortificada pela relação com o outro não branco, que, por assim ser, foi reificado e tornado abjeto. Realidade, quando não sistematicamente negada, é pouco ou nada refletida pelos brancos, permanecendo em um silenciamento estrategicamente naturalizado, mas não impedindo que, das brechas dessa naturalização, se revelem os significados e as implicações de ser branco em uma sociedade subsumida à hegemonia da branquitude.

Em que pese o fato de que, para muitos de nós brancos, assumir a própria pertença racial e, conseqüentemente, a responsabilidade por aquilo que ela representa não seja algo palatável, não há outro caminho para uma vida que se proponha isenta de racismo, que não seja aquele no qual possamos efetivamente nos colidir com o que Piza (2018) metaforicamente chamou de porta de vidro, quando diz do processo de encontro do branco com sua própria racialidade. Um impacto fortíssimo com o que julgava inexistente. De certo, a dor, o susto e o desconforto ainda serão ínfimos quando comparados àqueles que impomos secularmente aos negros e negras.

Até que eu colidisse com a “porta de vidro”, foi um longo trajeto vivido na confortável possibilidade de não ser convocado a refletir sobre minha pertença identitária. Minha vida, a despeito de outros atravessamentos que trouxeram marcas indelévels, sem sombra de dúvidas, foi, e ainda é, repleta das mais variadas vantagens, consideradas estruturais na constituição dos sujeitos brancos, numa sociedade regida pelo racismo.

Ser homem cisgênero¹, branco, classe média e médico é ser detentor de marcadores de gênero, raça e classe social que historicamente produzem privilégios materiais e simbólicos, dos quais se desdobram os benefícios para as lutas e competições cotidianas determinadas pela ideologia capitalista. Vantagens que foram sendo alinhavadas à minha trajetória em

¹ Cisgênero é o termo relativo a ou que tem uma identidade de gênero idêntica àquela que foi atribuída à nascença, por oposição à transgênero (ex: pessoa cisgênero) (Priberan dicionário online)

entrelaçamentos firmes, porém dissimulados, o que conferia ao meu processo de construção identitária um aspecto meritocrático. Estratégia eficiente das ideologias liberal e racista, das quais, durante muito tempo, fui reprodutor acrítico, o que me impossibilitava acessar o caráter distintivo do lugar que ocupo em uma sociedade estratificada hierarquicamente, na qual raça e classe se imiscuem. Zona de conforto que me favorece incessantemente com um dos principais expoentes marcadores das desigualdades, que é a simples possibilidade de escolha. Sim, essas miúdas opções do cotidiano, sejam as que precisam ser planejadas numa perspectiva de organização da vida, como um tanto de outras que vão acontecendo no dia-a-dia, sem que me dê conta delas: escolha do que estará no meu cardápio nas refeições da semana; onde terei essas refeições, se em casa ou em algum restaurante; escolha do que vestir; de com quem me relacionar no campo dos afetos; do tipo de lazer; o que comprar ou deixar de comprar e qual trabalho desejo fazer. São incontáveis as possibilidades de escolhas que estiveram presentes em minha trajetória, muitas delas tão naturalizadas, que, por assim serem, permaneceram isentas de críticas ou qualquer outra reflexão.

Assim aconteceu com o meu racismo. Elaborado na “sutileza” e disfarçado por uma personalidade dócil, amável, simpática e afinada com a defesa e promoção dos direitos das “gentes”. O privilégio da branquitude vetava uma autopercepção que desvelasse a maneira hierarquizada com a qual me relacionava com os não brancos. Era um interdito e um silêncio incômodo, ambos eficazes na manutenção de uma suposta harmonia.

Logo, a apresentação deste trabalho não poderia estar isenta do relato dos meus encontros com a branquitude. Digo “encontros”, uma vez que hoje tenho a possibilidade de perceber que, bem antes do meu impacto com a “porta de vidro”, a partir do qual efetivamente me tornei crítico com relação à minha pertença racial, foram vários os momentos, desde a mais tenra infância, em que me foi oportunizado perceber, mesmo de forma irreflexiva, aquilo que me diferenciava positivamente dos não brancos.

Não obstante o fato de que boa parte da minha história, até o final da adolescência, tenha sido marcada por uma condição de classe caracterizada pela precariedade econômica, a partir da qual a pobreza me tornava, como bem explicam Schucman (2014) e Cardoso (2017), um “branco não tão branco”, eram notórias as marcas distintivas que minha pertença ao grupo racialmente hegemônico produzia. Se para mim tais distinções permaneceram obnubiladas pelas naturalizações de meus privilégios, de certo, tal obnubilação não ocorria para os não brancos com os quais desde sempre me relacionei. Primeiro, dentro do meu próprio núcleo familiar, já que meu irmão mais velho, não mais entre nós, era filho adotivo negro em uma família de brancos. Minha chegada ao mundo, após sete anos da sua, foi o que poderia se chamar

de um grande “drama” familiar. A verdade sobre a adoção foi a ele revelada de maneira traumática, por uma vizinha de “quintal”, a qual anunciava a minha chegada, não apenas como o filho legítimo, mas aquele cuja cor alva da pele determinaria a legitimidade do “lugar” de filho, em detrimento do dele.

Portanto, entrei no mundo já com essa marca distintiva, o que foi a gênese de muitos conflitos e de uma relação entre irmãos marcada permanentemente pela tensão racial. Embora tal consciência somente se tenha despertado na fase adulta, especialmente pela minha aproximação com os estudos e vivências das relações raciais, desde sempre tive uma percepção de que as duras contendas que marcaram a relação com meu irmão, menos do que uma divergência de consanguinidade, eram pelas diferenças visíveis que existiam entre nós. A despeito do fato de nunca ter percebido uma desigualdade no que se refere ao carinho e amor dispensados por nossos pais, eram nítidas as distinções de nossas trajetórias. Eu, a criança branca, desde sempre afeita aos estudos e atividades intelectuais, fui beneficiário de todos os investimentos que me aproximaram de uma vida social praticamente branca e que me permitiram chegar aonde estou. Ele, negro, desde sempre foi tido como aquele que escolheu a vida dos trabalhos braçais por não gostar dos estudos, com consequente inserção precoce no mercado de trabalho não qualificado e uma total sociabilidade com não brancos, que culminou, inclusive, no casamento com uma negra. E assim foi até a sua precoce e traumática partida aos 23 anos, por um acidente de trabalho ocorrido em um domingo, que longe de um dia de descanso, era já, nas relações precarizadas de trabalho, aquele em que a hora extra garantiria a finalização de uma pequena e humilde casa em construção.

Além disso, havia as minhas vivências de criança em um “terreiro” compartilhado com uma família interracial. Experiências divididas com aquela que pode ser considerada minha primeira amiga, também filha adotiva e a única fenotipicamente negra daquela família. Ainda são vivas em minha memória as inúmeras situações de violência brutal a que ela era submetida, muitas vezes na minha presença. Cabelos quase arrancados do couro cabeludo quando penteados, sendo esse ato marcado por xingamentos racistas e agressões físicas; uma vida de infância maculada pelo trabalho doméstico, que mais se assemelhava ao escravo, visto que era sempre acompanhado dos gritos, insultos e dos sons dos tapas, quando o cinto de couro não estava ao alcance, sendo ainda objeto sexual dos vários irmãos mais velhos. Era impossível, mesmo tão cedo, não perceber o que me diferenciava, seja do meu irmão, como dessa amiga. Entretanto, tais diferenças foram sendo naturalizadas, na proporção exata de minha inserção cada vez maior no universo dos brancos, que teve seu ápice nas vivências experienciadas no

curso de medicina, no qual havia uma total inexistência de negros, tanto no corpo discente quanto no docente.

Meu encontro com a medicina de família e comunidade se deu há 22 anos. Foi a partir dele que consegui efetivamente descobrir um sentido para a profissão médica, distinto daquele apreendido nos anos de formação, nos quais a primazia da doença, do biologicismo e do tecnicismo excluía tantas outras possibilidades de se pensar e fazer a saúde. O outro da relação deixava de ser apenas o repositório de sinais e sintomas de doenças e passava a configurar o centro da minha atenção em toda sua complexidade.

No entanto, o problema dessa minha percepção na época, transformada em crença, foi a minha incapacidade de perceber que a forma como passava a relacionar-me com essa especialidade médica, ainda era atravessada pelas diversas representações construídas sobre a medicina, como um tanto de outras que foram constituindo-me enquanto homem, branco e classe média. Assim, a complexidade desse outro, durante muitos anos chamado de paciente, era filtrada por um olhar hierarquizado, o qual não percebia as especificidades produzidas pelos lugares distintos que se ocupa nessa sociedade e as implicações que tal fato tinha sobre o processo saúde e doença.

Confrontar tal realidade não foi tarefa fácil, porque exigiu para além de um esforço de revisão técnica, uma profunda imersão no universo de crenças e comportamentos construídos ao longo de uma vida. Crenças e comportamentos que revelaram não somente uma limitação no aspecto do exercício profissional, mas desvelaram uma maneira de estar no mundo atravessada pelo racismo, pelo machismo, pela hierarquia de classe, bem como por todos os significados relacionados à minha pertença racial, sobretudo as diversas naturalizações em torno dos privilégios materiais e simbólicos que sempre me foram concedidos por ser branco.

Assim, vivi durante muitos anos na tranquilidade do conforto que a invisibilidade de minha branquitude promovia, até o momento em que fui desacomodado desse lugar pela desestabilização produzida por uma relação de afeto interracial. Afeto não compreendido por uma perspectiva romantizada, como aquela que perpassa pelo senso comum, mas sobretudo aquele que provê um sentido de afetamento, que produz conflitos e tensões, mas também consideração pela diferença e amizade, assentadas no respeito mútuo. Tal registro se faz essencial, não apenas porque são fatos que modificaram radicalmente minha maneira de ser e estar na vida, mas, sobretudo, por terem-me possibilitado avançar em direção à consciência de minhas escolhas, inclusive, a de aqui estar, nesta desafiadora exegese.

Escolhas e afetos que se deram a partir do encontro com Giane Elisa Sales de Almeida, mulher negra, intelectual, ativista dos movimentos sociais, minha mais fiel confidente e amiga.

Foi a partir da construção de nossa relação afetiva que, aos poucos, fui racializando-me. Processo nada fácil para ambos: de um lado, uma mulher negra com todas as heranças e marcas da opressão do racismo e sexismo; de outro, um homem branco, transbordando em privilégios não reconhecidos, porém sabidamente fonte da opressão. Apesar da crença que nutríamos no valor de nossa amizade, ela não ficou isenta das dores provocadas pelo embate de duas realidades sociais e raciais tão díspares. É na convivência e na entrega cotidiana que ambos temos conseguido alimentar e solidificar nosso compromisso de estarmos juntos nesta vida. Porém, para isso, precisei assumir minha condição racial e tudo que dela advém.

Para quem conhece Giane Elisa, sabe que falar o que se pensa nunca foi um problema para ela, especialmente quando amparada pela confiança, pelo afeto e respeito do interlocutor. Assim, foram inúmeras as vezes em que, com seu discurso certo, bem articulado e embasado, ela colocou em evidência a fragilidade das idealidades e comportamentos que se produziam a partir da minha branquitude. Entretanto, sua genialidade e valor enquanto amiga traduziam-se não apenas nessas falas que me auxiliavam na descoberta do Marcelo branco racista, mas em um estímulo audacioso e persistente para que eu elaborasse estratégias para a desconstrução de algo aprendido durante a vida.

Dessa forma, Giane Elisa foi apresentando-me o universo da negritude, seja pelo compartilhamento do profundo conhecimento acadêmico que possui sobre relações raciais, referência obrigatória para quem se interessa pela temática, seja por aquilo que julgo essencial quando se almeja aprofundar no complexo reconhecimento de subjetivações racistas, que é a convivência estreita, afetuosa e íntima com os negros. Ao abrir as portas de sua vida e permitir que nela eu transitasse com o *status* de melhor amigo, Giane Elisa me presenteou não somente com o privilégio de pouquíssimos, mas com a possibilidade de apreensão de uma realidade nunca antes experienciada. Fui racializando-me à medida que me conscientizava dos privilégios provenientes da branquitude, como também à proporção que passava a perceber, de maneira consciente e crítica, as diferenças hierarquizadas entre duas realidades absolutamente antagônicas: a dos brancos e a dos pretos.

Foi a partir da generosidade e persistência dessa “minha pessoa” (expressão que utilizamos carinhosamente para nos referir mutuamente) que fui tocado para a questão racial, inclusive na dimensão do trabalho. Embora tenha, durante a minha trajetória profissional, estado inserido em territórios pauperizados e não brancos, foi apenas nos últimos anos de atuação como médico de família em uma comunidade majoritariamente negra que efetivamente passei a reconhecer a importância de se atentar para o racismo na produção das mais diversas iniquidades em saúde. Até esse momento, havia uma espécie de desconhecimento de mim

mesmo relativo à consciência de meus pertencimentos de raça e classe, que naturalmente condicionavam uma percepção de mundo calibrada por um olhar acrítico, típico do branco classe média.

Estou falando especificamente do ano de 2013, quando, a partir de uma iniciativa da Giane Elisa em tentar ajudar-me a resgatar o prazer do exercício cotidiano do trabalho, o qual, por uma relação de conflito com a própria medicina, passou a configurar-se como algo adoecedor, foi pensada uma proposta de intervenção no território em que atuava como médico de família, voltada especificamente para a saúde da população negra. Nessa época já havia da minha parte uma evidente percepção de vários casos que a mim chegavam para atendimento clínico, de pessoas negras cujas demandas não se encerravam em questões de ordem especificamente orgânicas patológicas. Eram sofrimentos difusos² que me faziam inferir que as causas poderiam ter uma relação direta não apenas com as condições de precariedade socioeconômica, mas sobretudo por trajetórias de vidas marcadas pelas mais diversas expressões do racismo.

Assim nasceu em 2013 a Ciranda da Saúde, um projeto de educação popular em saúde voltado particularmente para as mulheres negras moradoras do bairro Retiro em Juiz de Fora (MG). Uma iniciativa autônoma, sem nenhum tipo de apoio ou reconhecimento institucional e que representaria exatamente um movimento de resistência, não somente às normatizações burocratizadas que regem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Juiz de Fora, como aos modos cristalizados, biomédicos e tecnicistas, nos quais se assentam o fazer em saúde. Giane Elisa foi a mentora intelectual dessa proposta, como também, junto comigo, a executora. As rodas dessa ciranda inicialmente foram direcionadas para as agentes comunitárias de saúde, maioria negra, tanto para que pudéssemos introduzir a temática racial, absolutamente invisibilizada nos cotidianos da ESF, como para avaliar o quanto nossa proposta seria viável para as mulheres negras usuárias daquele serviço. Os resultados iniciais, para além de nos inundarem de orgulho e alegria, foram decisivos, tanto para que déssemos continuidade ao projeto, quanto, principalmente, para que ocorressem profundas mudanças, seja na vida profissional, seja na história pessoal de cada uma das agentes comunitárias de saúde.

O trabalho realizado junto a essas profissionais consistia em rodas de conversas, nas quais essas mulheres negras eram estimuladas a compartilharem suas memórias,

² O fenômeno sofrimento difuso, nomeado pelo pesquisador Victor Vincent Valla (VALLA, 2001), é definido como a expressão, através de queixas somáticas – tais como dores de cabeça, dores no corpo, insônia e sintomas gástricos, entre outros – de um sofrimento que não tem substrato orgânico e que estaria vinculado a fatores psíquicos e sociais.

especificamente no que se referia às diversas situações decorrentes de seus pertencimentos identitários de raça e gênero. O racismo e o machismo foram paulatinamente sendo desvelados como potentes produtores de sofrimento e, conseqüentemente, de adoecimento para aquelas trabalhadoras. À medida que a ciranda girava alimentada por esse compartilhamento de memórias tão potentes, as questões vinculadas às conseqüências do racismo e do machismo eram problematizadas, fazendo com que muitas dessas mulheres pudessem perceber a relação direta dos diversos mecanismos de opressão a que eram sistematicamente submetidas, com as desordens físicas e psíquicas que as acometiam. Assim, em um curto espaço de tempo, foi perceptível o quanto algumas dessas mulheres, ao se apropriarem de seus pertencimentos, produziram significativas transformações em suas vidas, a partir da aquisição de um repertório de estratégias de enfrentamento às opressões que sofriam. Nesse momento, então, a Ciranda da Saúde estava pronta para acolher outras mulheres daquele território.

Assim, expandimos a roda para outras mulheres da comunidade do Retiro, convidando-as a participarem de uma série de atividades que, fundamentadas nas metodologias participativas, promoviam sempre ricas e potentes possibilidades reflexivas. Infelizmente não tivemos tempo para ter uma avaliação tão significativa como a realizada junto às agentes comunitárias, uma vez que o processo teve que ser interrompido pela minha transferência, em 2014, para o nível central da gestão da saúde do município.

Como uma possibilidade de dar continuidade à experiência obtida com a Ciranda da Saúde, novamente recorri à parceria com a Giane Elisa, que nessa época assumiu a supervisão de direitos humanos e cidadania da Secretaria de Desenvolvimento Social da prefeitura de Juiz de Fora. Juntos, idealizamos e passamos a executar o Programa Ciranda Cidadã³, que, seguindo a linha filosófica da Ciranda da Saúde, criou diversas ações de educação permanente, sempre trazendo os recortes de raça, gênero, classe social para os espaços de formação dos servidores da saúde e da assistência social.

Dessa forma, o trabalho cotidiano, seja numa perspectiva da integralidade do cuidado, durante o período em que estava diretamente atuando como médico de família, seja posteriormente, nos espaços de educação permanente promovidos pela Ciranda Cidadã, solidificou a minha compreensão de que as cores preta e parda não eram apenas marcadores fenotípicos característicos do conjunto de moradores dos territórios em que, direta ou

³ O Programa Ciranda Cidadã é uma parceria institucionalizada entre as secretarias de Desenvolvimento Social e Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora (MG), instituído pela portaria conjunta 2045 -SDS/SS de 1 de agosto de 2014, que tem como objetivo a realização de ações de promoção e garantia de direitos humanos, tendo como pilares as metodologias participativas e as categorias de raça, gênero, classe e território compreendidas como determinantes para violação de direitos humanos.

indiretamente, eu atuava. Mais que isso, eram determinantes nas formas como os sujeitos negros constituíam suas vidas, inclusive, segundo Lopes (2007), nas experiências de adoecimento e morte. Assim, as relações que se teciam no meu cotidiano com sujeitos não brancos, seja no universo profissional, seja nas relações íntimas e pessoais, atravessavam-me, desvelando de forma irremediável a minha branquitude, auxiliando-me no árduo processo de desconstrução de práticas e comportamentos racistas.

O impacto e os desdobramentos de tais vivências em minha trajetória deflagraram o desejo de aprofundar-me na compreensão da complexidade envolvida na relação entre brancos e não brancos. Especialmente em dimensões que não se restringissem às minhas afetividades e na incipiente experiência profissional com a temática das relações raciais. Mas que, a partir delas, outras possibilidades de conhecimento sobre a temática pudessem surgir.

Inquietado com inúmeros trabalhos acadêmicos e estatísticos que revelam as desigualdades e iniquidades raciais de uma forma geral e na saúde em particular, como os produzidos por Lopes (2007), Paixão (2009), IPEA (2017), entre outros, e motivado pela descoberta dos Estudos Críticos da Branquitude⁴, especialmente os produzidos por intelectuais que se tornaram referência sobre essa temática no Brasil, como Maria Aparecida Silva Bento, Lia Vainer Schucman e Lourenço Cardoso, investi na construção do projeto desta pesquisa.

Partindo da hipótese de que branquitude de médicos de família pode acionar comportamentos racistas e antirracistas que influenciam na equidade e/ou iniquidade racial em saúde, defini a identidade racial branca de tais profissionais como meu objeto de estudo. Meu intuito foi buscar compreender a forma como ocorre a circulação de diversos elementos que constituem um certo saber sobre a identidade racial branca, bem como sobre o processo subjetivo de aprendizagem desses saberes e suas possíveis implicações na promoção da equidade e/ou iniquidade racial em saúde.

Nesse sentido, a escolha do campo desta pesquisa se deu pela minha familiaridade com o universo da ESF do município de Juiz de Fora, pelos dez anos em que trabalhei diretamente inserido em uma equipe de ESF, bem como pelos quatro últimos anos em que tive a possibilidade de circular por vários territórios, tanto com o trabalho da Ciranda Cidadã, quanto

⁴ Traduzido do inglês, *Critical Whiteness Studies*, os Estudos Críticos da Branquitude, se refere ao movimento que se deu a partir da década de 90 do século passado, de alguns intelectuais estadunidenses, de mudarem seus enfoques nos estudos das relações raciais, em um redirecionamento dos olhares das ciências sociais e humanas dos “outros” racializados, ou seja, os negros, para o grupo dos brancos, visto que foi a partir desse grupo que se assentou a construção histórica do conceito de raça. Embora os Estados Unidos sejam pioneiros nos estudos da branquitude, outros países como Inglaterra, África do Sul, Austrália e Brasil, também apresentam excelentes produções acadêmicas sobre essa temática (SCHUCMAN, 2014).

com outras atividades que desenvolvia na Secretaria Municipal de Saúde. Assim, a opção por investigar os médicos de família diretamente em atuação na atenção primária à saúde da cidade de Juiz de Fora foi um desdobramento da minha crença de que tal proximidade facilitaria a minha imersão no campo, como ajudaria no processo de apreensão dos dados.

A opção por realizar uma pesquisa de cunho qualitativo, do tipo descritivo exploratório, deu-se pela necessidade de investigação de algumas categorias que se localizavam desde o campo pessoal, incluindo alguns aspectos das trajetórias de vida individuais, perpassando por diversos questionamentos a respeito do entendimento de certos conceitos relacionados com a prática médica e a questão racial, até o nível mais particularizado da relação médico branco-paciente negro, que, por si só, é extremamente complexo por configurar-se como um espaço social reproduzidor das normas da sociedade.

Parti, portanto, das experiências e vivências produzidas pela minha própria branquitude, posto que foi a partir delas que ressignifiquei não somente minha forma de pensar e exercer a profissão médica, mas, sobretudo, a maneira de me compreender como sujeito racializado em um país que tem no seu processo de construção sócio-histórica as expressões do racismo. Segundo Skidmore (2012), a construção histórica da sociedade brasileira apresenta a marca indelével de um regime escravocrata de mais de três séculos de duração, cujo legado foi uma sociedade estruturada no racismo, na ideologia do branqueamento e no mito da democracia racial.

Logo, o objetivo desta pesquisa encontra-se assentado nesse tripé estruturante da sociedade brasileira, uma vez que foi a partir dele que passei a compreender a forma como brancos e negros são socializados nessa sociedade racialmente hierarquizada e de onde surgiram algumas questões que foram orientadoras para a construção deste trabalho:

1- Em que aspectos a branquitude condiciona ou influencia a trajetória acadêmica e profissional dos médicos de família?

2- A branquitude de médicos de família influencia na promoção da equidade racial no cuidado em saúde?

3- Os médicos de família brancos apresentam no seu cotidiano de trabalho práticas e comportamentos que podem ser caracterizados como racistas e/ou antirracistas?

4- Há, por parte dos médicos de família brancos, consciência de pertencimento a uma identidade racial branca, bem como algum investimento na construção de criticidade sobre essa identidade?

5- Quais são as principais características da branquitude dos médicos de família que podem relacionar-se com promoção da igualdade e/ou desigualdade racial, numa perspectiva de promoção da equidade e/ou iniquidade racial no cuidado em saúde?

Tais questões estão diretamente relacionadas ao campo da construção das subjetividades. E, no que tange ao entendimento do fenômeno das relações raciais e de seus desdobramentos para o cotidiano de vida de brancos e não brancos, segundo Lopes (2016), faz-se essencial a compreensão de que a subjetividade não é uma essência intrínseca, particular e individual, mas construída e desenvolvida a partir das relações sociais que se estabelecem nas culturas nas quais esses sujeitos vivem.

Nesse sentido, a análise da branquitude dos médicos de família bem como das influências que essa pertença identitária tem na produção da equidade/e ou iniquidade racial em saúde pode auxiliar no entendimento de como ocorre a circulação de diversos elementos que constituem um certo saber sobre a identidade racial branca e sobre o processo subjetivo de aprendizagem desses saberes, o qual, de acordo com Lopes (2016), acaba por determinar o valor que cada grupo humano estabelece com um outro tido como distinto, a partir do que individual e coletivamente, apreende-se da relação entre esses grupos.

Logo, a partir de tais considerações, a pesquisa tem como objetivo principal analisar a branquitude de médicos de família de Juiz de Fora (MG) e verificar se/como tal branquitude influencia na promoção da equidade e/ou iniquidade racial no cuidado em saúde. Além disso, tem como objetivos específicos:

- identificar, a partir da análise da branquitude dos médicos de família, práticas e comportamentos de racismo e/ou antirracismo;
- descrever características da branquitude que possam relacionar-se com a promoção da igualdade e/ou desigualdade racial em saúde e, conseqüentemente, a promoção da equidade e/ou iniquidade racial no cuidado em saúde;
- caracterizar estratégias para a desconstrução de identidades acríicas em relação à branquitude.

Optei por estruturar esta dissertação de maneira que a apresentação dos referenciais teóricos tivesse uma correlação e uma similaridade cronológica com a minha aproximação com a temática das relações raciais na saúde. Assim, a divisão das seções foi pensada de forma a, primeiramente, fazer uma revisão teórica dos principais aspectos da teoria das relações raciais, cuja compreensão se faz essencial para qualquer discussão que pretenda abarcar as diversas

dimensões do racismo e suas consequências, para depois abordar outros referenciais que também estão diretamente relacionados com o objeto desta pesquisa.

A primeira seção, intitulada *Entendendo Raça para Racializar o Branco*, é subdividida em seções secundárias. A primeira, nomeada *A complexidade do pensamento racial*, traz uma breve introdução sobre a polissemia do termo raça. Na seguinte, *Preto e Branco: cor não é raça*, apresento uma discussão sobre os diversos significados que a cor da pele preta teve ao longo do tempo. Já na seção *O nascimento da raça como ideal burguês*, realizo uma revisão teórica, utilizando a obra de Hofbauer (2006), que discorre sobre o processo de construção social do conceito de raça e como ele foi sendo moldado para suprir os interesses de uma burguesia mercantil que se consolidava na Europa a partir do século XVIII. A partir das contribuições de outros teóricos, como Poliakov (1974), Todorov (1993), Skdimore (2012), entre outros, detalho como a intelectualidade europeia dos séculos XVIII e XIX produziu e disseminou significados de raça, culminando com a visão essencialista e determinista da biologia. Em *As teorias raciais (racistas) estrangeiras e a influência na construção do pensamento racial (racista) brasileiro do final do século XIX a meados do século XX*, demonstro, particularmente a partir do referencial de Skdimore (2012) e Nascimento (2016), como se deu a introdução e disseminação do pensamento racial produzido na Europa no universo da elite intelectual brasileira no final do século XIX e como tal pensamento influenciou os processos de construção de uma identidade nacional brasileira. Por fim, falo da ideologia e política de branqueamento no Brasil e da ideologia da democracia racial, bem como faço uma breve discussão sobre as várias dimensões do racismo, referenciando-me na obra de Almeida (2018) e de Michel Foucault. Em *As faces da branquitude*, realizo uma breve introdução dos principais conceitos e considerações a respeito da identidade racial branca, utilizando importantes referenciais dos Estudos Críticos da Branquitude, como Bento (2002), Ware (2004), Steyn (2004), Frankenberg (2004), Schucman (2012), Cardoso (2017), entre outros. Por fim, em *Racismo Abjeto: precisamos falar sobre ele*, discorro sobre o conceito de racismo, abordando suas múltiplas dimensões a partir das discussões apresentadas por Almeida (2018) e do conceito de Racismo de Estado elaborado por Foucault (1999).

A segunda seção, intitulada *O olhar sobre o poder da medicina moderna*, é dividida em duas seções secundárias: na primeira, *O nascimento da clínica ocidental*, que apresenta uma revisão teórica a partir das obras de Michel Foucault, em cujos métodos arqueológicos e genealógicos, produziu importantes reflexões sobre os processos de surgimento da clínica moderna a partir de uma perspectiva anatomopatológica, demonstro as profundas transformações que se deram na profissão médica a partir do século XVIII, com suas respectivas

implicações na instituição de uma política disciplinadora e reguladora dos corpos; a segunda, ***O biopoder na construção da racionalidade médica ocidental***, traz, ainda pela visão de Foucault, como a medicina científica, a partir da valorização dos corpos dos indivíduos adoecidos, favoreceu a criação de uma nosopolítica fundamentada no biopoder.

A terceira seção, ***A história da medicina no Brasil***, em seu primeiro tópico, ***O surgimento de uma racionalidade médica no Brasil no final do século XIX e início do século XX***, apresenta um apanhado histórico do surgimento da profissão médica no Brasil, particularmente a partir da instituição das duas primeiras escolas médicas brasileiras – a da Bahia e a do Rio de Janeiro – bem como as linhas teóricas adotadas por ambas e seus desdobramentos no processo de construção identitária nacional. Referencio-me em importantes obras de intelectuais que se dedicam ao estudo da temática, como Corrêa (1988), Schwarcz (1993), Herschmann (1994), entre outros. Já na subseção, ***O pensamento médico racista na Bahia e Rio de Janeiro no final do século XIX e início do século XX: a degenerescência de negros e mestiços***, falo especificamente das influências dos pensamentos raciais europeus racistas nas escolas médicas da Bahia e Rio de Janeiro, destacando seus principais expoentes. Além disso, proponho uma comparação entre os principais pontos de convergência e divergência dessas duas escolas de medicina no que tangem às teorias racistas.

Na quarta seção, ***Uma breve contextualização da Política Pública Brasileira***, faço um resumo da trajetória da política pública no Brasil, desde a reforma sanitária à instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988. Para logo após, em sua primeira seção secundária, ***A trajetória da Atenção Primária no Brasil***, apresento os percursos que culminaram no fortalecimento da atenção primária à saúde no território brasileiro. Na segunda seção secundária, ***O cuidado como uma política social***, apresento a Política Nacional de Humanização (PNH), trazendo uma breve discussão sobre seus objetivos e diretrizes, correlacionando-os com o referencial teórico de Santos, Mishima e Merhy (2018). Dessa seção, desdobra-se uma seção terciária, ***O cuidado como ato político***, na qual faço um aprofundamento dessa dimensão do cuidado, particularmente sobre a perspectiva de um processo de construção de um modelo biomédico que foi reduzindo a esfera do cuidar à ordem do patológico. Em contraponto, retorno ao referencial de Merhy (2007), Macwhinney (2010), Merhy e Franco (2015) e Boff (2017), para problematizar a incompatibilidade de um paradigma de cuidado centrado no modelo biomédico hegemônico, daquele previsto pelos princípios da medicina de família e comunidade. Na seção terciária seguinte, ***A dimensão da equidade em saúde***, proponho uma discussão sobre o conceito de equidade, utilizando importantes teóricos que pesquisam essa temática, como Beauchamp e Childress (2002) e Sem

(2002), que problematizam a equidade pela perspectiva das teorias da justiça, bem como Garrafa, Oselka e Diniz (2014), que refletem sobre a equidade na perspectiva de compreensão da saúde como direito humano. A última seção terciária, *Os determinantes sociais e as determinações sociais em saúde*, traz uma abordagem de alguns teóricos, como Garcia (1989) e Albuquerque e Silva (2014), entre outros, que discutem o conceito de saúde a partir do materialismo histórico marxista, contextualizando a saúde e a doença dentro do modelo de produção capitalista. Nos subtópicos *O surgimento do conceito de determinações sociais em saúde* e *Os determinantes sociais de saúde*, apresento, no primeiro, como as ciências sociais, com particular protagonismo de intelectuais latino-americanos, ao abordarem a dimensão coletiva na análise do processo saúde e doença, passaram a relacioná-la como produtora e reprodutora, tanto do adoecimento como da vitalidade, pela ligação do processo social com o biológico, numa perspectiva de determinação; no segundo, apresento os conceitos e o entendimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre determinantes sociais, bem como os modelos atualmente vigentes e utilizados por essa organização. Demonstro, também, as principais distinções entre esses modelos e a crítica do reducionismo e da fragmentação do social que promovem. Por fim, na última seção secundária dessa quarta seção, *A questão racial e a política de saúde*, apresento a trajetória dos movimentos sociais negros desde a década de 30 do século passado, até os dias atuais, na luta pela garantia de direitos aos negros brasileiros. Demonstro os principais marcos e conquistas dessa luta, desde a influência de tal movimento no período da reforma sanitária, até a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Por último, em *A temática racial na formação médica*, faço uma breve discussão sobre a questão racial nos espaços de formação profissional em saúde, em especial a medicina.

A sexta seção, *Delineamento metodológico do estudo*, subdivide-se em seis seções secundárias: na primeira, *O tipo de pesquisa*, apresenta-se brevemente o delineamento deste trabalho; na segunda, *Os participantes da pesquisa*, há o detalhamento do processo de escolha dos médicos de família participantes, os quais são apresentados no subtópico *Descrição dos participantes*; na terceira, *O cenário do estudo*, apresento o campo desta pesquisa, para seguidamente, em *Instrumento para coletas de dados*, apresentar brevemente o modelo de entrevista adotado nesta pesquisa; por último, em *A proposta de organização das informações*, apresento o caminho utilizado para o processamento e análise dos dados obtidos, explicando sucintamente o método Análise de Conteúdo proposto por Lawrence Bardin (2016).

A sétima seção, *Discussão*, é subdividida em outras seções secundárias de acordo com as categorias utilizadas para a realização da análise das entrevistas. Na primeira, *O cuidado*

essencial, trago a análise e as discussões a respeito do questionamento que foi feito aos participantes da pesquisa de como entendem e realizam o cuidado nos seus cotidianos de trabalho. Na segunda, *Equidade em Saúde*, apresento, da mesma forma, o produto da análise e a discussão do que os médicos de família compreendem por equidade, bem como as práticas de equidade em saúde que realizam. A terceira, *A dimensão racial da equidade em saúde*, é subdividida em outras seções secundárias: a primeira, *A abordagem da questão racial nos espaços de formação médica*, discute não só a investigação realizada junto aos participantes a respeito das experiências educacionais que trataram sobre a temática racial em seus espaços de formação profissional, bem como a importância atribuída por cada um a essa temática; a segunda, *O entendimento sobre raça e o quesito raça/cor nos formulários do SUS*, apresenta a discussão da compreensão dos profissionais a respeito do conceito de raça e do valor que atribuem ao quesito raça/cor dos formulários do SUS; a terceira, *Os determinantes sociais e as determinações sociais da saúde da população negra*, traz a discussão a partir da análise das respostas dos participantes sobre o que compreendem como determinação social da saúde da população negra que atendem; o quarto, *O Negro, o Branco e a promoção da equidade e/ou iniquidade racial em saúde*, por sua vez, é subdividida em outras duas subseções: a primeira, *O olhar branco sobre o negro e sobre si mesmo*, promove uma discussão a partir do que foi analisado das repostas dos profissionais sobre o que compreendem como negro e branco, dentro de um campo etnossemântico; a segunda, *A equidade racial em saúde pela perspectiva da branquitude*, apresenta a discussão a respeito da percepção dos médicos de família sobre o recorte racial na equidade em saúde bem como a análise realizada sobre as respostas à pergunta de se (e) como realizam, em seus cotidianos de trabalho, a equidade racial.

Na oitava seção, *Conclusões*, apresento uma síntese das principais conclusões obtidas ao longo da análise e discussão dos conteúdos das entrevistas.

2 ENTENDENDO RAÇA PARA RACIALIZAR O BRANCO

Embora o objeto desta pesquisa seja analisar as influências da branquitude em contexto específico, ou seja, dos médicos de família brancos nas suas relações cotidianas com sujeitos não brancos sob seus cuidados, julgo importante fazer o resgate da trajetória conceitual das categorias raça e cor, no sentido de trazer uma melhor compreensão dos significados da branquitude em uma sociedade racializada como a brasileira.

2.1 A COMPLEXIDADE DO PENSAMENTO RACIAL

Numa perspectiva epistemológica, a construção do conceito *raça* teve influência de diversas áreas do saber, indo da essencialização determinista da biologia a outras linhas de interpretação, como a cultural-antropológica e a sociológica, as quais se contrapõem à naturalização biologicista do termo, compreendendo raça como uma construção social. A complexidade que gira em torno da inexistência de um consenso referente à ontologia desse conceito poderia ser mitigada, a partir de uma análise cuidadosa de como foram construindo-se, na história das sociedades ocidentais e, particularmente, na brasileira, as ideias de negro e branco, assim como a da própria raça. Uma vez que reconhecemos que raça, branco e negro não são dados naturais, mas produtos de representações sociais que se articulam como ideias culturais, amplamente utilizadas ao longo do tempo como critérios de inclusão e exclusão social, podemos afirmar que tais conceitos funcionam como elementos ideológicos fundamentais da história do racismo (HOFBAUER, 2006).

De acordo com a pesquisa realizada por Hofbauer (2006), “*Uma história do branqueamento ou o negro em questão*”, até o fim da Idade Média, a inclusão ou exclusão social era fundamentalmente realizada a partir do critério de pertencimento ou não à religião cristã. A cristandade com seus dogmas religiosos influenciava e determinava o pensamento da sociedade, fazendo com que a realidade social se estruturasse em fundamentos maniqueístas. A concepção de mundo no período medieval cristão tinha como pilar o dogma segundo o qual a humanidade descendia de um único par, Adão e Eva. Tanto judaísmo como o islamismo, em período anterior ao medievo, partiam da premissa de origem única e comum da espécie humana. Dentro dessa lógica, todos os seres humanos, a despeito de quão longínquas fossem as terras que habitavam, bem como quão diferentes pudessem ser, tinham a possibilidade de receber a verdadeira fé, o que, em tese, fazia da conversão um caminho para a integração das diferenças.

No entanto, não se esperou a chegada do século XVIII para que essa teoria monogenista fosse questionada. Antes mesmo da descoberta de novos continentes, alguns pensadores colocaram em dúvida, de maneira especulativa e abstrata, o mito de uma terra povoada por Adão e por Noé. O espírito crítico humanista e a exegese protestante, associados à descoberta de novos continentes, foram fatores determinantes para o descrédito referente às genealogias bíblicas. Assim, com a chegada do século XVIII e, junto a ele, a emergência da “Ciência do Homem”, uma revolução geral das ideias permitiu a proposição de novas genealogias (POLIAKOV, 1974).

2.2 PRETO E BRANCO: COR NÃO É RAÇA

Ao longo da Idade Média, a partir da reinterpretação das genealogias estabelecidas no livro Gênesis do Antigo Testamento, foi-se tecendo paulatinamente uma ligação entre imoralidade, culpa, escravidão e cor preta. De acordo com Oliveira (2002), em Gênesis 9: 18-27, Noé, embriagado pelo vinho, adormeceu nu em sua tenda e foi flagrado despido por seu filho mais novo, Cam, pai de Canaã. Cam, por sua vez, advertiu seus irmãos Sem e Jafé, os quais, de costas, cobriram Noé com um manto, de forma a não olharem a nudez do pai. Noé, ao acordar da embriaguez e descobrir que Cam flagrara sua nudez, amaldiçoou Canaã a ser o último dos escravos dos irmãos de Cam.

Sendo Cam antepassado de Cuch e a África, “terra de Cuch”, chegava-se à conclusão de que o continente africano seria, portanto, a terra da maldição. Analogia defendida por diversos teólogos cristãos, entre os quais Pe. Antônio Vieira (1608-1697), em cujos sermões (XI e XXVII) dizia que “a África é o inferno donde Deus se digna retirar os condenados para, pelo purgatório da escravidão das Américas, finalmente alcançarem o paraíso” (OLIVEIRA, 2002, p. 63).

Segundo Oliveira (2002), na leitura das genealogias dos chamados descendentes de Noé, no Antigo Testamento, desvela-se um processo de “sacralização”, na medida em que os israelitas são elevados às categorias étnica e nacional de maior importância, quando comparadas às demais que existem na terra. Para esse autor, a Lista das Nações em Gênesis 10, acentua a importância dos descendentes de Sem, fazendo com que os demais filhos de Noé, no texto bíblico, ocupem uma posição de contraste diante da superioridade dos israelitas.

A relevância de tais apontamentos reside no fato de que, na medida em que uma história de salvação é construída numa perspectiva de hegemonia de um grupo étnico em oposição a outro, endossada pelo poder divino, torna-se tênue o limite entre uma análise pautada no

particularismo étnico pelo viés sacro e atitudes discriminatórias causadas pelo racismo (OLIVEIRA, 2002).

Hofbauer (2006) demonstra que tal fato serviu, durante séculos, como argumento ideológico que justificava não apenas a guerra, mas também a escravização de povos potencialmente cristãos. Essas conotações negativas da cor preta antecedem as Cruzadas, havendo registros desse período de representações iconográficas europeias, nas quais a cor preta, com significação teológica abstrata, simbolizava quase exclusivamente o mal e o condenável. Porém, nessa fase, tais conotações eram de conteúdo moral e religioso, não se referindo à cor da pele especificamente escura. A partir do século X, pensadores mulçumanos começaram a ligar a questão da cor não mais apenas à moralidade, mas às condições geográficas e climáticas.

Já no século XV, entre os nobres da realeza europeia, era símbolo de status e poder ter como servidores ou pajens negros africanos. A partir do século XVII, em contraposição à conotação negativa da cor da pele escura e diante da necessidade de distinção de todos aqueles que tinham as mãos ásperas e a pele queimada pelo sol, verificou-se um enaltecimento do ideal da cor branca. No intuito de alvejar a pele, diversos recursos eram utilizados, em especial pelas damas da corte, que, além de evitarem a exposição ao sol, faziam o uso de pomadas, purgativos, sangramento, etc. Nesse cenário, o serviçal que apresentava a pele escura tornava-se, de certo modo, o objeto contraste que enfatizava e enaltecia a cor branca dos nobres (HOFBAUER, 2006).

Segundo Hofbauer (2006), a diferenciação de grupos humanos pelas cores de pele ou critérios fenotípicos não tinha relação com a noção de raça. Somente com o passar do tempo e sob a influência de fatores econômicos e políticos, houve uma convergência do critério cor, ainda fortemente marcado pela herança das conotações morais e religiosas, com a categoria raça. Assim, até o século XVI, de acordo com o autor, esse termo foi utilizado inicialmente pela nobreza para referenciar e valorizar a integridade de sua linhagem, mais especificamente de sua patrilinhagem⁵. Ser de “boa raça” era pertencer a uma boa família, ter “sangue puro”, no sentido de uma metáfora à filiação, sem nenhuma conotação de valorização de características biológicas. Ainda nesse período, evidencia-se uma expansão do uso desse termo para além da realeza e dos bispos, abrangendo também os discursos de soldados corajosos, leigos e “profissionais legais”, considerados, nesse contexto, de “boa raça”, não por conta da genealogia, mas devido ao elemento virtude, pensado como qualidade que visava assegurar o bem-estar público.

⁵ Linha de descendência genealógica pelo lado paterno.

2.3 O NASCIMENTO DA RAÇA COMO IDEAL BURGUESES

Como já apontado, até a consolidação de uma burguesia mercantil na Europa no século XVII, os critérios de inclusão e exclusão social baseavam-se em fundamentos exclusivamente religiosos e morais. Com a emergência da ideia de Estado moderno, que trazia especificidades dentro de uma perspectiva de valorização do coletivo, seja na figura do soberano ou do povo, em detrimento das ideias puramente metafísicas, outros critérios de inclusão e exclusão começaram a desenvolver-se e impor-se. O homem, ao passar a ser considerado como parte integrante do mundo da natureza, estimulou a busca de critérios físicos naturais para determinar as características de um indivíduo, de um povo e de uma nação. O que abria as portas para a construção do moderno ideário filosófico que mais tarde transformaria o europeu no Homem Universal. Paralelamente à secularização da fé e da concepção de Deus, emergiam os valores burgueses que enalteciam a utilidade pragmática das coisas e das ideias, contribuindo para a mudança do mundo (HOFBAUER, 2006).

Para que se possa compreender como a raça ganhou relevância social, é fundamental a compreensão de como essa ideia de homem surgiu a partir de uma complexa e sofisticada construção filosófica, cujo liame foi o projeto iluminista de transformação social a partir do século XVIII. O homem do iluminismo deixou de ser tão somente aquele produto da cognoscência do século XVII, celebrado pelo cartesianismo, para transformar-se em objeto passível de conhecimento, fundamentado na observação de suas múltiplas facetas e diferenças. Do ponto de vista intelectual, foi o iluminismo que produziu as ferramentas necessárias para a classificação e, posteriormente, a comparação dos mais diversos grupos humanos a partir de diferenças físicas e culturais (ALMEIDA, 2018).

O iluminismo constituiu-se no fundamento filosófico das grandes revoluções liberais, as quais travaram guerras com as instituições absolutistas e com o poder tradicional da nobreza, tendo como pretexto, tanto instituir a liberdade, como libertar o mundo das trevas e do preconceito da religião. Esse ápice de reorganização do mundo se deu a partir das revoluções inglesa, americana e francesa, em que a composição filosófica do homem universal, dos direitos universais, e da razão universal mostrou-se essencial para a vitória da civilização, na longa transição das sociedades feudais para as sociedades capitalistas. Civilização que, no século seguinte, seria levada para outros lugares do mundo nos quais se encontravam os *primitivos*, desconhecedores dos benefícios da liberdade, da igualdade, do Estado de direito e do mercado. Empreitada civilizatória que resultou em um processo de destruição, espoliação e morte, conhecido como *colonialismo*, o qual foi justificado em nome da razão (ALMEIDA, 2018).

Segundo Achille Mbembe (2018), o colonialismo, como um projeto de universalização, tinha como finalidade “inscrever os colonizados no espaço da modernidade. Mas a sua vulgaridade, a sua brutalidade tão habitualmente desenvolva e a sua má-fé fizeram do colonialismo um exemplo perfeito de antiliberalismo” (MBEMBE, 2018, p. 175).

De acordo com Almeida (2018), com a Revolução Haitiana (1791-1804), o povo negro escravizado por colonizadores franceses rebelou-se diante do não cumprimento das promessas de liberdade e igualdade universais fundadas pela Revolução Francesa. O projeto liberal-iluminista, no qual se assentou tal revolução, desvelou sua frágil convicção porque não tornava todos os homens iguais e, muito menos, reconhecia todos os indivíduos como seres humanos. Os mesmos franceses que enalteciam a Revolução Francesa foram os que impuseram toda sorte de sanções e empecilhos à ilha caribenha, cujos reflexos reverberam até os dias atuais, resultante da ousada reivindicação.

Segundo Hofbauer (2006), foi somente a partir da disseminação dos ideais iluministas nos Estados Unidos e na Europa que houve um incentivo à burocratização da vida social, bem como a naturalização da questão das diferenças humanas, conferindo ao conceito de raça um caráter mais preciso. Embora os iluministas propalasse a ideia de que a igualdade deveria valer não apenas diante de Deus, mas fazer-se presente aqui na terra (o que questionava a legitimidade da escravidão), “o naturalismo implícito em relação à concepção das diferenças humanas abriria caminho para o desenvolvimento do determinismo biológico” (HOFBAUER, 2006, p.115).

Assim, a ideia de raça desenvolveu-se como um argumento estratégico cuja finalidade era justificar a persistência de divisões sociais marcantes dentro de uma sociedade que, ao mesmo tempo, proclamava sua crença na igualdade. Segundo Hofbauer (2006), o desenvolvimento da sociedade capitalista deturpou o universalismo iluminista, fazendo com que as desigualdades passassem a ser percebidas como “diferenças naturais”, visto que se petrificavam na cor branca as representações naturalizadas dos ideais burgueses.

No final do século XVIII e início do XIX, vivenciava-se no campo das ciências a tendência de se elaborarem métodos para classificar e categorizar o mundo natural. Tratava-se de uma alternativa mitigatória às incertezas que surgiram a partir da perda de poder explicativo dos dogmas religiosos. A natureza passava, então, a ser o princípio e o fim na busca da origem e da causa dos mais diversos fenômenos. Sendo o ser humano parte da natureza, era justo que os pesquisadores buscassem a utilização de técnicas já desenvolvidas pelas ciências naturais para analisá-lo. Surgiam os estudos antropométricos e a afirmação de paralelismos entre aspectos físicos e capacidades morais e mentais (HOFBAUER, 2006, p. 119).

Hofbauer (2006), em sua pesquisa historiográfica, demonstra que a primeira divisão do ser humano em espécies ou “raças de homens” é atribuída ao médico francês François Bernier (1625-1688), que ampliou o uso até então feito do conceito de raça, passando a aplicá-lo a grandes grupos humanos, atribuindo-lhes características que atualmente denominamos fenótipos. Porém, foi somente com o biólogo sueco Carl Lineu (1707-1778) que se iniciou uma classificação propriamente dita, estabelecida na obra *Systema Naturae*, a qual se transformou em uma importante referência clássica de trabalhos de sistematização em biologia, subdividindo o grupo *homo* em quatro categorias: *Europaeus albus*; *Americanus rufus*; *Asiaticus luridus*; *Afer niger*. Além do critério de classificação pela cor da pele, Lineu integrou às características físicas de cada subgrupo, dados que atualmente denominamos culturais, correlacionando-os a juízos morais. Em uma classificação evidentemente imbuída de uma diferenciação assentada em aspectos hierarquizantes, os *Europaeus albus* eram governados por leis, e os *Afer niger*, pela vontade arbitrária de seus senhores.

Numa obra mais tardia, Lineu intensificou ainda mais a distância entre os brancos legisladores e os negros escravizados, afirmando que, a partir do contraste entre ambos, seria impossível estabelecer a crença de que tinham a mesma origem. Tal proposição é uma evidência do quanto o confronto do macaco, do negro e do branco se constituía em um problema para os cientistas do século XVIII, que investiam, a partir de um narcisismo europeu, na criação de uma evidente fronteira entre o branco civilizado e o negro primitivo (POLIAKOV, 1974).

Segundo Poliakov (1974), a partir da conclusão de que os negros eram homens, o grande desafio da ciência era diferenciar devidamente os descendentes de Cam dos grandes símios. Destaque nessa tarefa teve Pierre Camper (1722-1789), anatomista holandês, que efetuou um trabalho de observação, comparando crânios de um europeu, de um calmuco⁶, de um negro e de um macaco. Acreditou ter conseguido estabelecer um ângulo facial de grandeza variável, que diminuía na ordem precitada, tendo o europeu o maior ângulo. Camper, com isso, inaugurou, de certa forma, as ciências da craniologia e da cefalometria, que se destacaram até metade do século XX, estabelecendo diferenças de inteligência entre negros e brancos a partir de medidas cranianas e encefálicas.

Na história das ciências, o nome de Pierre-Louis de Maupertuis (1698-1759) destacou-se também nas teorias raciais. Dissertou sobre o nascimento de crianças brancas no meio de

⁶ Povo nômade de origem mongol e seguidor da fé budista, os calmuco ou calmuques estabeleceram-se nas antigas terras Nogais, conhecidas hoje como Calmúquia. Recebeu esse nome desde o século XVII, quando chegou à desembocadura do rio Volga, proveniente das estepes da Ásia Central.

povos negros (um negro albino), afirmando que tal evento apenas poderia ser explicado por ser o branco a cor primitiva dos homens e que o negro era tão somente uma variável hereditária de muitos séculos, que não conseguiu apagar a cor branca de suas origens. Tal teoria do caráter recessivo da cor negra, por mais equivocada que tenha sido, antecipou efetivamente a genética mendeliana e as teorias das mutações, as quais foram retomadas por Georges-Louis Leclerc, conde de Buffon (1707-1788), que criou a “teoria das degenerações” (POLIAKOV, 1974).

Inaugurava-se, desse modo, no século XVIII, na Europa Ocidental, um movimento de ideias denominado racialismo, o qual, segundo Todorov (1993) desenvolveu-se a partir de cinco princípios fundamentais: a) os grupamentos humanos apresentariam características físicas comuns, e as diferenças encontradas em grupamentos distintos seriam uma evidência que comprovaria a noção de raça, havendo uma analogia com as diferenças das espécies animais, como a encontrada entre o cavalo e o jumento, que, embora não fosse suficiente para inviabilizar uma fecundação natural, deixaria, de maneira explícita e incontestável, marcada uma fronteira entre raças distintas – tal princípio era, portanto, contrário ao cruzamento inter-racial; b) haveria uma continuidade determinista entre o físico e o moral, predominando o primeiro sobre o segundo, de modo que as raças, para além de grupamentos humanos com características físicas comuns, compartilhariam igualmente características morais, determinadas pelas físicas; c) as ações e comportamentos dos indivíduos são condicionados pelo grupo racial de pertença; d) haveria a superioridade de algumas culturas sobre outras, de forma que a Europa representava o referencial de superioridade; e) o saber acumulado pela cultura superior determinaria proposições sobre uma política de harmonização do mundo e, para tal, a dominação ou eliminação das raças tidas como inferiores seriam plenamente justificáveis.

Seguindo na esteira do pensamento iluminista sobre o discurso racial, vários cientistas buscaram pesquisar e analisar as possíveis causas responsáveis pelo surgimento de variedades entre os seres humanos. Entre eles, Hofbauer (2006) trouxe como destaque Buffon, cujos pensamentos podem ser compreendidos como precursores da ideologia eugênica do branqueamento, que influenciou a elite intelectual brasileira no final do século XIX e início do século XX. Para Buffon, as variedades entre os seres humanos, também chamadas de raças, eram vistas como diferenciações substanciais, potencialmente transformáveis e reversíveis, frutos de um processo de degeneração de um suposto modelo originário, provocada por influências externas.

No que refere à cor da pele dos seres humanos, Buffon afirmava que o branco era a cor mais constante na espécie humana. Qualquer outra tonalidade de cor de pele seria uma variação

ou desvio da cor originária, consequência de influências climáticas, geográficas ou alimentares, de forma que “ser negro” era um estado acidental e potencialmente reversível. “Branquear-se” era uma questão de tempo e dependia fundamentalmente das condições climáticas favoráveis e das formas de sociabilidades adequadas, ou seja, cruzamentos com raças mais claras, acelerariam o processo de branqueamento (HOFBAUER, 2006).

Outra marca importante no pensamento de Buffon era uma crença em um progresso às avessas, na medida em que, segundo esse pensador, a humanidade estaria caminhando em seu processo evolutivo, rumo à degeneração. De acordo com Gerbi (1996), Buffon percorreu as teorias da variabilidade das espécies – não as teorias sobre o progresso do imperfeito ao perfeito, do inferior ao superior – que tratavam de uma degeneração das espécies, de seu possível enfraquecimento em circunstâncias ambientais adversas. Tal determinismo do pensamento de Buffon pode ser demonstrado pela análise que realizou do continente americano, a partir da qual concluiu que o homem americano, por ser dominado pela natureza, não teria alcançado o patamar do desenvolvimento europeu (TODOROV, 1993).

Não restam dúvidas de que tal discurso tinha um peso político para a época, visto que o raciocínio de Buffon defendia a prática de escravizar negros considerados como “selvagens”, “decaídos” e “degenerados”, objetivando trazê-los de volta à civilização cristã. Esse autor defendia que o Ocidente teria a obrigação moral de encurtar a distância entre a civilização e a vida selvagem (HOFBAUER, 2006).

Outro iluminista cujo pensamento conjugava concepções climáticas com defesa da escravização de africanos, apontado na pesquisa de Hofbauer (2006), foi Charles Louis de Secondat, barão de Montesquieu (1689-1755). Em seu tratado *Do espírito das Leis* (1748), Montesquieu, embora tenha apresentado uma argumentação referente aos valores modernos do indivíduo livre, enfatizando a oposição da escravidão a esses valores, utilizou de suas teorias para justificar a influência do clima na explicação das diferenças entre os seres humanos. Os povos nórdicos seriam mais fortes, mais corajosos, mais honestos e, sobretudo, teriam um maior apreço pela liberdade. Assim, Montesquieu, ao atribuir características de superioridade aos brancos nórdicos substancialmente diferentes dos negros, possibilitava medir, com pesos diferentes, a instituição da escravidão.

Além de Buffon e Montesquieu, outros iluministas apresentavam atitudes ambíguas com relação ao sistema escravista. Se, por um lado, lutavam em seus países de origem contra todas as forças políticas e econômicas que dificultavam a emergência de uma sociedade burguesa, fundamentada nos princípios de igualdade e liberdade para todos os homens, por outro, esses mesmos intelectuais frequentemente apoiavam a exploração de povos ultramar e submissão

colonial, visto que essa política sustentava a ascensão e o fortalecimento do poder burguês em resistência às forças do velho regime (HOFBAUER, 2006).

Tal pensamento cientificista, que ressaltava a condição de desigualdade entre os seres humanos e as sociedades das quais faziam parte, tinha como referencial comparativo a sociedade europeia branca, compreendida como o expoente do desenvolvimento das sociedades humanas. Nesse sentido, o etnocentrismo começava a ocupar espaço na construção do pensamento intelectual daquela época, como afirma Todorov:

Consiste em, de maneira indevida, erigir em valores universais os valores próprios à sociedade a que [se] pertence. O etnocêntrico é, por assim dizer, a caricatura natural do universalista: este tem por aspiração ao universal, parte de um particular que se empenha em generalizar; e, tal particular, deve forçosamente lhe ser familiar, quer dizer, na prática encontra-se em sua cultura. (...) o etnocentrismo, portanto, tem duas facetas: a pretensão universal de um lado; o conteúdo particular (mais frequentemente nacional) de outro (TODOROV, 1993, p. 21-22).

Dentro dessa lógica, a perfectibilidade humana passou a ser um objeto de desejo das sociedades europeias, para as quais o progresso social representava o caminho inexorável para a ratificação de uma hegemonia civilizatória. Assim,

Do momento em que a ideia do progresso se transfere, como força imanente, para a história, levando o homem necessariamente do menos perfeito para o mais perfeito, está-se em pleno progressismo social, raiz de todas as ideologias revolucionárias e reformistas de hoje. São seus elementos constitutivos: a) a ideia de que o progresso técnico e científico é irreversível e necessário; b) a ideia de que esse mesmo progresso acarretará, por via de consequência, o aperfeiçoamento inevitável do homem e das sociedades humanas como um todo. As filosofias sociais dominantes do século XIX absorvem essa tradição e impulsionam a concepção de progresso social (RIOS, 1986, p. 996).

No século XIX, então, surgiu o espírito positivista, que transformou as indagações sobre as diferenças humanas em questões científicas, fazendo com que o homem passasse de um objeto filosófico para um objeto da ciência. Particularmente, a biologia e a física passaram a servir de modelos explicativos da diversidade humana, das quais nasceu a ideia de que características biológicas – determinismo biológico – ou condições climáticas e/ou ambientais – determinismo geográfico – explicariam as diferenças morais, psicológicas e intelectuais entre diferentes grupos humanos (ALMEIDA, 2018).

No final do século XIX, entre 1860 e 1890, notadamente a partir da obra *A origem das espécies* (1859), do naturalista britânico Charles Darwin (1809-1882), surgiu o conceito de

evolução. Darwin realizou um estudo comparativo entre as espécies aparentadas que viviam em diferentes regiões, criando uma teoria que explicava como se dava a evolução por meio da seleção natural e sexual. Tal obra abriu caminho para que outros intelectuais da época, a partir de modelações ancoradas nas teorias biológicas da evolução, tentassem formalizar o pensamento social. Nasceram, nesse momento, as teorias do evolucionismo social ou cultural, que visavam à descoberta e à exposição das sequências ou estágios de crescimento sociocultural humano, desde suas formas originais até os tempos atuais, considerados ponto máximo do progresso humano (CHAVES, 2003).

O pensamento evolucionista partia do princípio de que o desenvolvimento da sociedade e da humanidade seguia um caminho linear, com uma direção única, das formas mais rudimentares de organização para as mais complexas. Tal ideia, ao colocar a Europa no topo evolutivo, considerava as culturas menos evoluídas como pertencentes a fases anteriores do desenvolvimento humano. Para tanto, os pensadores evolucionistas, utilizando-se de técnicas e procedimentos das ciências biológicas, faziam comparações entre as sociedades, a partir de critérios que estabeleciam o maior e menor nível evolutivo, tendo, naturalmente, a sociedade ocidental europeia como referência de desenvolvimento (CHAVES, 2003).

Segundo Chaves (2003), Hebert Spencer (1820-1903), autor da célebre frase “sobrevivência do mais apto”, pode ser considerado o fundador do racismo científico, visto que em seus trabalhos categorizou hierarquicamente os povos em superiores (os europeus) e inferiores (indianos e indígenas). Fez também uma classificação das sociedades que promovia diferenciações econômicas: as industrializadas, devido às suas formas de organização e divisão do trabalho, eram consideradas civilizadas e mais evoluídas; as demais, tidas como primitivas e cujos membros incapazes de alterar artificialmente suas condições de existência, eram consideradas homogêneas.

Assim, um terreno fértil favoreceu, na década de 1870, o desenvolvimento do darwinismo social, especialmente no Reino Unido, América do Norte e Europa Ocidental. Tratava-se de transpor as teorias naturalistas propostas por Darwin às sociedades humanas, a partir das quais os conceitos de luta pela existência, bem como a sobrevivência dos mais aptos, reforçariam a instalação, por parte dos Estados, de uma doutrina seletiva que pudesse justificar não somente a hegemonia dos europeus e seus descendentes, mas, sobretudo, o movimento imperialista de dominação e aniquilação dos povos não europeus.

Segundo Hannah Arendt:

O darwinismo [social] devia sua força especialmente ao fato de seguir o caminho da antiga doutrina da força [o direito de subjugar outros povos pela força] (...). O esmagador sucesso do darwinismo resultou também do fato de ter fornecido, a partir da ideia de hereditariedade, as armas ideológicas para o domínio de uma raça ou de uma classe sobre outra (ARENDDT, 1976, p. 84-85).

Outro pensador de grande respeito no século XIX, no que diz respeito ao racionalismo e ao evolucionismo social, foi Hippolyte-Adolphe Taine (1823-1893). Ele era defensor de um determinismo integral, que partia do pressuposto de que nada acontecia por acaso e que a realidade era construída por mecanismos estáveis e identificáveis, sendo três fatores decisivos para o comportamento humano: a raça, o meio e a interação entre esses dois aspectos (TODOROV, 1993).

Segundo Todorov (1993), embora Taine defendesse o materialismo e o cientificismo, recusava o universalismo e o humanismo, não acreditando na unidade do gênero humano:

O homem não existe, apenas os homens, em sua diversidade histórica e geográfica; os grupos humanos são tão diferentes entre si quanto as espécies animais e vegetais. Ele afasta-se, aqui, portanto, não apenas de Rousseau, mas também de Diderot, que ainda acreditava numa natureza humana universal, para juntar-se a Voltaire, partidário da poligênese. (...) Com relativismo e renúncia à unidade do gênero humano, que encontrarão em Taine sua fonte de inspiração (TODOROV, 1993, p. 132).

De acordo com Schwarcz (1993), Taine não acreditava na missão civilizadora da Europa em outros continentes nem que os povos pudessem ser civilizados. Defendia a importância do indivíduo perante o grupo e sua raça: “Em suas análises, o autor invertia o arbítrio dos filósofos das Luzes ao enxergar o indivíduo enquanto resultado imediato do grupo constituidor” (SCHWARCZ, 1993, p. 63).

Joseph-Arthur de Gobineau (1816-1882), embora não tenha trazido nenhuma inovação quanto às questões raciais, promoveu uma sistematização de todas as concepções vigentes na época sobre raça e tinha uma visão pessimista quanto ao futuro da civilização. Ele era partidário da hierarquização dos grupos humanos de acordo com critérios únicos. Como Taine, advogava que os povos inferiores não poderiam ser civilizados, a não ser pelo processo miscigenatório com as raças superiores, correndo-se o risco de degeneração dessas últimas (SILVEIRA, 2000).

Segundo Hofbauer (2006), no início do século XIX, o termo raça começava a fazer parte do vocabulário corrente dos europeus, constituindo-se no paradigma preferencial para conceituar grupos humanos. Tal propagação acontecia a despeito da ausência de precisão conceitual, por pouco investimento dos cientistas da época na busca por melhores definições.

De meados do século XIX ao seu final, as classificações raciais baseavam-se em um ideário biológico e, como já citado anteriormente, nas concepções evolucionistas. A raça era compreendida como determinante da constituição física e mental do ser humano, sendo, portanto, essencializada na categoria biológica.

Nesse período, de acordo com Skidmore (2012), ao mesmo tempo em que a escravidão retrocedia no mundo em consequência das mudanças econômicas e das pressões sociais, as teorias sistemáticas de diferenças raciais inatas difundiam-se amplamente no ocidente. O racismo, definido na época como uma teoria pseudocientífica, postulava a inferioridade inata e permanente dos não brancos, ganhando espaço e reconhecimento no campo científico, bem como aceitação por parte dos líderes culturais e políticos nos Estados Unidos e Europa. No decurso do século XIX, três escolas destacaram-se na teorização racista:

1- Escola etnológica-biológica: teve início nos Estados Unidos, nas décadas de 1840 e 1850. Tinha como linha de pensamento a poligenia, ou seja, a crença de que as raças humanas tinham sido criadas na forma de diferentes espécies. Etnógrafos “comprovavam” suas teorias poligênicas por meio de indícios de que as raças humanas sempre exibiram diferenças físicas, e estas estariam acompanhadas por outras, tidas como culturais, que justificariam a superioridade intelectual e moral do branco em relação aos não brancos.

2- Escola histórica: também surgiu nos Estados Unidos e foi representada por Arthur de Gobineau (1816-1882). Baseava-se em evidências históricas que comprovavam a existência das diferenças físicas permanentes entre os seres humanos, e essas diferenciações evidenciavam uma superioridade intrínseca da raça branca. Na Inglaterra, nomes como Thomas Arnold, Robert Knox e Thomas Carlyle apontavam a história como os triunfos sucessivos das raças criativas, das quais se destacava a anglo-saxã. Tal escola ajudou a disseminar na Europa a ideia de que a raça era o fator central na história e inaugurou o arianismo, que postulava o nível de supremacia civilizatória alcançado pelos arianos (ou anglo-saxões) e o destino desses ao controle do mundo.

3 – Escola Darwinismo Social: embora diferisse em aspectos importantes da escola etnológica-biológica, eram conciliáveis. Ainda que, do ponto de vista científico, as teorias de Darwin descartassem a hipótese poligênica por defender o processo evolucionário a partir de apenas uma única espécie, o darwinismo social, ao considerar a evolução um processo de sobrevivência dos mais aptos, supunha ser lógico que as diferentes raças humanas tivessem passado por um processo semelhante. As raças superiores tinham predominado, condenando as inferiores a desaparecerem.

2.4 AS TEORIAS RACIAIS (RACISTAS) ESTRANGEIRAS E A INFLUÊNCIA NA CONSTRUÇÃO DO PENSAMENTO RACIAL (RACISTA) BRASILEIRO DO FINAL DO SÉCULO XIX A MEADOS DO SÉCULO XX

As ideias propostas por essas três escolas, bem como os demais pensamentos raciais racistas produzidos na Europa e América do Norte influenciaram conjuntamente todos os intelectuais brasileiros que, no final do século XIX, dedicavam-se a pensar seriamente a questão racial. O Brasil, como toda a América Latina, mostrava-se extremamente submisso e vulnerável às teorias racistas que chegavam do exterior. Fato natural, visto que tais teorias constituíam uma parte essencial da civilização europeia, a qual recebia a adoração incondicional da elite intelectual latino-americana no final do século XIX e início do XX (SKIDMORE, 2012).

Para esta pesquisa em especial, considerando a influência dos fatos históricos na construção de identidades racializadas que contribuíram para a estruturação do racismo na sociedade brasileira, penso ser importante abordar a trajetória das teorias racistas junto à elite intelectual brasileira da época, bem como seus desdobramentos no cenário das relações raciais.

Para esse intento, faz-se primeiramente importante enfatizar algumas particularidades que envolviam os integrantes da elite intelectual brasileira naquela época. No século XIX, as grandes áreas do saber, como medicina, direito e engenharia civil, diferentemente do que hoje observamos no que diz respeito à formação acadêmica, apresentavam abertura e diálogo com outros campos de saber. Nesse sentido, de acordo com Corrêa (1998), nos contextos formativos, não era raro encontrar advogados, médicos e engenheiros que também exerciam o papel de literatos e historiadores.

Tal fato permite a compreensão de como, por exemplo, Euclides da Cunha (1866-1909), engenheiro civil, a partir de relato jornalístico e testemunhal, ter sido autor de um dos maiores clássicos da literatura brasileira – *Os sertões*. Ou ainda, Sílvio Romero (1851-1914), bacharel em direito, que atuava em várias áreas das ciências humanas, ter sido também crítico literário e produzido várias obras de folclore e história. Da mesma forma, Nina Rodrigues, que, embora de formação médica, escreveu sobre direito, história, política, antropologia e etnologia. Essa amplitude na formação acadêmica fazia com que esses intelectuais apresentassem uma proximidade no que se referia ao corpo das teorias estudadas. Por outro lado, havia, também, especificidades na forma de apropriação individual do referencial teórico que chegava do estrangeiro (CORRÊA, 1998).

Outra característica importante comum à intelectualidade brasileira do início do século XIX era a necessidade de pertencimento a determinados círculos intelectuais institucionalizados, nos quais havia não somente estímulo para as produções acadêmicas, pela

possibilidade de interlocução, mas, sobretudo, ressonância delas no meio letrado. Fato que comprova o caráter elitista do meio intelectual da época, visto que tais círculos, com raras exceções, eram compostos majoritariamente pela elite nacional (SCHWARCZ, 1993).

Esse caráter restritivo e excludente, no entanto, não parecia ser um problema para a elite intelectual, visto que havia um consenso quanto à descrença da participação popular no que se referia aos rumos a serem tomados pelo país, onde as principais decisões eram de responsabilidade exclusiva das camadas dirigentes e das elites. Tal consenso pode ser flagrado na fala de Alberto Torres:

Os povos têm sido moldados à semelhança de seus chefes, de seus padres e de seus sábios. É erro imputar aos pobres, na crítica dos acontecimentos sociais, a responsabilidade dos desvios da evolução e esperar deles a iniciativa de reformas e movimentos reparadores. O corpo alimenta; não inspira, nem dirige, o cérebro (TORRES, 1982, p. 116-117).

Ainda de acordo com Torres (1982), havia outro ponto comum no discurso dessa elite intelectual, que era uma reorganização da sociedade brasileira com vistas a se consolidar um projeto nacional, numa perspectiva de progresso futuro dentro de uma lógica de ordem. Entretanto, se, por um lado, havia consenso com relação à necessidade desse projeto, por outro, ficava evidente a discordância quanto aos rumos e propostas a serem seguidos, particularmente com relação à questão racial.

Alberto Torres, segundo Munanga (2019), foi um importante intelectual que promoveu uma inflexão na discussão sobre a formação da nacionalidade e da identidade brasileiras, visto que para ele a diversidade racial não se constituía como um obstáculo, já que nenhum dos povos contemporâneos que atingiram uma nacionalidade moral, política e social era fruto de uma homogeneidade racial. Para Torres, o problema nacional “não está na diversidade racial, mas sim na inadequação entre a realidade do país e as instituições tomadas de empréstimo das nações antigas, o que resulta na alienação da realidade nacional” (MUNANGA, 2019, l. 1024, *E-book* Kindle).

Outro intelectual discordante das teorias racistas da época foi o médico Manoel Bomfim (1868-1932), que partiu da análise das causas históricas para tentar compreender o atraso do Brasil e da América Latina. Para Bomfim, a justificativa para tal atraso assentava-se na herança colonial, cujo caráter ibérico, em todo processo de colonização, diferentemente da que aconteceu na América do Norte pelos ingleses, teve, no sul das américas, uma característica predatória (MUNANGA, 2019).

Skidmore (2012) demonstra que à medida que os brasileiros tomavam conhecimento das teses raciais surgidas na Europa, mais se afirmava a inferioridade dos índios e dos negros, o que se acentuou na virada do século XIX para o século XX, quando a elite intelectual, demonstrando explicitamente sua preferência pela cultura francesa, começou a aproximar-se de autores racistas como Gustave Le Bon (1841-1931) e Georges Vacher de Lapouge (1854 - 1936). A elite brasileira aceitou como fato histórico a teoria da superioridade ariana, e alguns escritores brasileiros endossaram a tese de degenerescência latina ao propalarem, em suas produções, descrições dos portugueses como predispostos à imprevidência, à imoralidade e à indolência, o que os diferenciava dos demais europeus.

A crença na superioridade racial branca permitia aos brasileiros reforçarem a tese de que os negros nunca haviam construído uma grande civilização. Amparada por informes ingleses e de outros países europeus, a elite intelectual reforçava a ideia de que os negros restringiam-se a estruturas sociais primitivas com as quais os governadores coloniais brancos precisavam se envolver. Outra influência marcante naquele período era o darwinismo social, que apontava, também, uma possível explicação para a situação nacional, a qual em toda parte evidenciava o prestígio da cultura e da ciência “civilizada”, em oposição frontal ao africano (SKIDMORE, 2012).

De acordo com Skidmore (2012), era comum que intelectuais, políticos e autoridades importantes manifestassem suas opiniões racistas no final do século XIX e início do XX. Em 1914, por exemplo, um autor, utilizando o pseudônimo de João Grave, fez uma declaração dizendo que a raça latina estava exaurida de fluido vital. Um crítico literário, Alcides Bezerra, dizia que os homens do Norte eram superiores às raças latinas no que se referia às faculdades práticas e aos invejáveis predicados psíquicos. Hermann Soares, que apontava como grande problema o acasalamento dos colonizadores com os indígenas e com a raça negra, sendo esta desprestigiada de inteligência e caráter, compreendia a mistura de raças como um perigo para a segurança do país, devido ao aumento do nível de degenerescência, que ocorria na proporção direta da multiplicação do número de mestiços.

Posteriormente, Soares passou a ser um dos apoiadores do ideal do branqueamento no Brasil. Advogava que o *homem de cor* poderia se elevar, a partir de um processo de aculturação promovido pela força civilizada da raça branca, sendo que, para isso, o número de pessoas a serem embranquecidas culturalmente não poderia ser maior que a capacidade civilizadora. Não ofereceu, no entanto, nenhuma explicação ou aprofundamento para tal proposição (SKIDMORE, 2012).

2.4.1 O ideário do branqueamento no Brasil como prática social

A realidade da sociedade brasileira no final do século XIX era potencialmente distinta da americana e, por razões óbvias, a perder de vista da europeia. O Brasil, ao contrário do que ocorria nos Estados Unidos, não apresentava uma barreira de cor institucionalizada, de forma que já se constituía em uma sociedade multirracial. Diferentemente do que se percebia na sociedade norte americana, na qual prevalecia o sistema de duas castas (brancos e negros), por aqui havia uma terceira casta social bem reconhecida – a mulata. Não existia, como nos Estados Unidos, uma tradição de confinar os não brancos à marginalidade, por meio de leis específicas que impediam o ingresso dos negros na ordem econômica e social daquele país. Nesse sentido, como os mestiços brasileiros constituíam uma categoria social já numerosa, a sociedade brasileira não tinha como utilizar o pensamento racista para consolidar um sistema semelhante ao norte americano. Desse modo, aceitar que ela fosse descrita como degenerada ameaçaria um status social bem estabelecido, inclusive no que se referia a não poucos membros da própria elite (SKIDMORE, 2012).

Segundo Skidmore (2012), os textos de Sílvio Romero (1851- 1914), crítico literário, juiz, político e importante referência da elite intelectual do final do século XIX e início do XX, reconheciam a sociedade brasileira como caracteristicamente mestiça. Porém, influenciado por Gobineau, Amon, Lapouge e Chamberlain, afirmava que os povos louros do norte da Europa eram superiores a outros grupamentos humanos. Sílvio Romero anunciava em seus estudos a fórmula para melhorar o Brasil, que consistia em aumentar a imigração de alemães, os quais deveriam ser espalhados por todo o país, de forma a assimilarem a cultura brasileira, como aceitar a autoridade do governo nacional. Além disso, em 1912, endossou uma versão extrema da teoria da degenerescência do mulato, afirmando ser esse produto bastardo e infecundo depois da segunda ou terceira geração.

Por outro lado, evidenciando, segundo Hofbauer (2006), uma certa incoerência no uso dos conceitos e nas suas linhas de argumentação, Romero afirmava que para consolidar no Brasil um estado de direito, era essencial que se investisse no que, para ele, eram os dois principais fatores de igualização da sociedade – a democracia e o mestiçamento. Com isso, o mestiço passou a ser então um elemento positivo dentro de uma perspectiva de homogeneização do país. Entretanto, Romero sempre deixou evidente a sua predileção pela raça branca, cuja imposição deveria ser o objetivo final. Para tal intento, dizia serem condições fundamentais, de um lado, a extinção do tráfico africano, bem como o desaparecimento dos índios e, de outro, o estímulo à imigração europeia para o Brasil.

Munanga (2019) aponta que, contrariamente à ideia postulada por Romero sobre a existência futura de um tipo racial único, que constituiria a nacionalidade brasileira, Euclides da Cunha se opunha à tal possibilidade de homogeneização, visto que para ele era impossível atingir tal intento, seja pela grande heterogeneidade racial do povo brasileiro e das influências dela advinda, seja pelo meio físico, seja ainda pelas diversas especificidades de situações históricas. Para Euclides da Cunha, o mestiço é quase sempre um “desequilibrado, um decaído, sem a energia física dos ascendentes selvagens e sem a atitude intelectual dos ancestrais superiores” (MUNANGA, 2019, l. 953 - *E-book* Kindle). Euclides da Cunha avaliava de forma distintiva o povo de Canudos⁷, que para ele era uma comunidade biológica e culturalmente uniforme e homogênea, visto que se constituía racialmente do cruzamento de portugueses e índios e construiu-se dentro das mesmas condições históricas e geográficas. Entretanto, embora considerasse os sertanejos superiores aos mulatos, tal superioridade não os eximia de comportamentos que os caracterizavam como degenerados (MUNANGA, 2019).

De acordo com Skidmore (2012), a tese do branqueamento da sociedade brasileira se fundamentava no pressuposto da superioridade branca. De acordo com tal teoria, a miscigenação estava produzindo uma população mais clara, em parte porque os genes brancos eram mais fortes e em parte porque as pessoas escolhiam parceiros mais claros, o que foi reforçado naturalmente pelo intenso processo de imigração europeia. Outro pressuposto era de que a miscigenação não gerava necessariamente degenerados e poderia forjar uma população mestiça saudável, que iria paulatinamente se tornar mais branca, tanto física quanto cultural. Essa teoria recebeu a aquiescência científica do médico João Batista de Lacerda (1846-1915), que, em 1911, apresentou-a no Congresso Universal das Raças de Londres, sendo o único representante da América Latina⁸.

Havia também, nesse período, o incentivo à ideologia do branqueamento por parte de alguns visitantes estrangeiros que passaram pelo Brasil. Como exemplo, Skidmore (2012) cita o relato de Pierre Denis, publicado em 1909, o qual dedicou um capítulo às “populações negras”. Descrevendo-as como “indolentes” e inferiores, econômica e moralmente, era taxativo

⁷ Canudos, também conhecido como Arraial de Canudos, no sertão da Bahia, era, no final do século XIX, uma comunidade autônoma liderada pelo religioso Antônio Conselheiro. Foi palco de uma guerra que ocorreu de 7 de novembro de 1896 a 5 de outubro de 1897 e que expôs a realidade de um Brasil de muitas faces, bem como de um incipiente Estado Republicano, o qual via como afronta tanto a pregação religiosa de Antônio Conselheiro, que era distinta da católica, quanto a resistência do povo por ele liderado contra investidas políticas e econômicas do Estado que ameaçavam a autonomia da comunidade (BORIS, 1995).

⁸ Na seção em que discuto sobre o pensamento racial dos médicos brasileiros do final do século XIX e início do século XX, aprofundo sobre as ideias de João Batista de Lacerda.

no diagnóstico da inferioridade negra e da falta de influência desse segmento sobre os destinos do país. Afirmava também que os negros não se multiplicavam conforme o que era esperado de sua raça, cuja característica era a extrema fecundidade, precariedade na higiene e excesso de alcoolismo.

Theodore Roosevelt (1858-1919), presidente dos Estados Unidos da América de 1901 a 1909, foi outro visitante estrangeiro que teceu elogios à ideologia do branqueamento. Tendo realizado uma expedição científica com o coronel Rondon ao interior de Mato Grosso, de 1913 a 1914, o ex-presidente americano escreveu para a revista *Outlook* um artigo, republicado, após tradução, na primeira página do *Correio da Manhã*, falando sobre o desaparecimento do negro brasileiro. Nele destacou que o negro seria gradualmente absorvido pela raça branca, especialmente após um período de migração da população europeia, o que resultaria numa diluição do sangue negro, o qual seria um elemento insignificante diante do sangue de toda a nação (SKIDMORE, 2012).

A ideologia do branqueamento na sociedade brasileira foi adequadamente ajustada e assimilada por ela, visto que a mesma era constituída de uma vasta população chamada de mulata, na qual estavam inseridos diversos representantes das camadas sociais, que iam desde prestigiosas figuras da sociedade, para as quais o termo mulato somente era permitido nos espaços de maior intimidade, até o cidadão comum ou subcidadãos, como os criminosos (SKIDMORE, 2012).

Nascimento (2016) diz que esse produto de sangue misto, conhecido como mulato, pardo, moreno, homem de cor, etc., nasceu na história da sociedade brasileira a partir do estupro da mulher negra pelos homens brancos da sociedade dominante. Crime de violação e subjugação sexual perpetrado como prática normal ao longo das gerações.

Embora fosse um contrassenso a generalização das diversidades físicas apresentadas pela mestiçagem no termo mulato, essa referência foi apropriada pela sociedade brasileira, que utilizava essa denominação de maneira ampliada e irrestrita, o que constituía uma parte essencial do pensamento racial dos brasileiros. Esse pensamento, embora influenciado pelas teorias racistas europeias, formou-se a partir do descarte de dois de seus pressupostos principais: o caráter inato das diferenças raciais e a degeneração dos mestiços (SKIDMORE, 2012).

O mulato brasileiro, por situar-se entre a Casa Grande e a Senzala, prestou serviços importantes para a classe dominante. Durante o período da escravidão, como figura de

confiança dos senhores, exercia, entre outras funções, a de capitão-do-mato⁹ e feitor. Com o passar do tempo, foi alçado ao símbolo da “democracia racial” brasileira e nele depositado a esperança de se superar a ameaça racial representada pela ascendência africana. O mulato, passou a ser, então, o primeiro passo para o branqueamento sistemático da população brasileira, que tinha como objetivo fim a liquidação da raça negra no Brasil (NASCIMENTO, 2016).

Assim, buscava-se o refinamento de uma solução para o problema negro brasileiro, o que culminou no investimento, por parte do governo provincial, na utilização de dinheiro público para financiar o recrutamento de mão de obra imigrante europeia. No final do século XIX, o ideal do branqueamento – facilmente observado nos discursos de importantes abolicionistas e cientistas brasileiros – traduziu-se em medidas políticas concretas. No congresso, além da discussão de medidas que estimulassem a imigração europeia, também eram apresentados projetos que propunham a proibição da imigração de africanos e asiáticos (SKIDMORE, 2012).

A orientação predominantemente racista da política imigratória constituiu-se, portanto, em um instrumento básico para a efetivação do ideário de branqueamento no país. Tais leis eram inspiradas no pressuposto da inferioridade da população brasileira, devido à sua constituição genética contaminada pelo sangue africano. Pressupostos firmemente amparados pelas teorias científicas, que forneciam suporte ao racismo arianista, visando erradicar o negro.

De acordo com Nascimento (2016), o objetivo estabelecido pela política imigratória desde o século XIX foi o desaparecimento do negro através da salvação do sangue europeu. Esse objetivo perdurou como ponto central da política nacional durante o século XX. Nascimento cita a seguinte declaração do político e historiador João Pandiá Calógeras realizada em torno de 1930:

A mancha negra tende a desaparecer num tempo relativamente curto em virtude do influxo da imigração branca em que a herança de Cam se dissolve. Roosevelt tinha observado com exatidão que o futuro nos reserva uma grande alegria: a feliz solução de um problema inçado de tremendos, mortais, problemas – os problemas de um possível conflito entre as duas raças (NASCIMENTO, 2016, p. 86).

⁹ Capitão-do-mato ou capitão-da-entrada-e-do-assalto eram termos atribuídos à função dada aos homens pobres e livres que viviam para resgatar escravizados em fuga. O posto foi disseminado por toda a América Portuguesa, especialmente a partir do século XVIII, tendo em vista o crescimento dos quilombos em todo o território. Tratava-se de uma milícia especializada, cuja principal função era a caça e recaptura de escravos fugidos e a destruição dos Quilombos. Função, portanto, que fazia parte da estrutura da sociedade escravocrata. Capitão-do-mato por Ana Luíza Melo de Andrade. Disponível em: <https://www.infoescola.com/historia/capitao-do-mato/>

Não são poucos os exemplos que demonstram esse caráter essencialmente racista das leis de imigração nos tempos pós-abolição. Um decreto de 28 de junho de 1890, por exemplo, determina 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” (NASCIMENTO, 2016, p. 86).

Segundo Skidmore (2012), foram mais de 3,5 milhões de imigrantes (italianos, portugueses, espanhóis, alemães) que, entre 1871 e 1920, tomaram residência no Brasil. Em várias oportunidades, no período de 1921 a 1923, a Câmara dos Deputados teve como pauta de discussão leis que proibiam qualquer entrada no Brasil dos indivíduos da raça negra. Ainda no Estado Novo, quase no fim de seu governo ditatorial, Getúlio Vargas justificaria a assinatura do Decreto Lei nº 7967 de 18 de setembro de 1954, que estimulava a imigração europeia da seguinte forma: “a necessidade de preservar e desenvolver na composição étnica da população, as características mais convencionais da sua ascendência europeia” (NASCIMENTO, 2016, p. 86).

Entre os anos de 1920 e 1930 houve a consolidação no Brasil do ideal de branqueamento, como sua aceitação implícita pelos formadores de opinião e críticos sociais. Nesse momento, o discurso não era mais de que a raça não fazia diferença e que a questão, portanto, deveria ser ignorada. Ao contrário, os escritores, de modo geral, diziam que o Brasil estava embranquecendo cada vez mais, de forma que o problema estava sendo resolvido (SKIDMORE, 2012).

Segundo Hofbauer (2006), a continuidade do exercício do poder patrimonial-escravista ocorreu exatamente a partir de um suporte ideológico fundamentado nessa crença de que era possível uma metamorfose da cor de pele (da raça). Ao mesmo tempo em que a implantação de direitos civis, como a liberdade individual e igualdade diante da lei, eram obstaculizados pelas relações patrimoniais hierárquicas, a ideologia do branqueamento trazia em si um enorme potencial de resistência contra qualquer tentativa de essencializar os limites de cor e/ou de raça. O ideário do branqueamento, ao induzir negociações pessoais e contextuais das fronteiras e das identidades dos envolvidos, constituía-se em uma prática social que contribuía não somente para encobrir o teor discriminatório embutido nessa construção ideológica, mas também para abafar uma reação coletiva. Assim, tal ideologia promovia e promove uma cisão entre aqueles que poderiam (e podem) organizar-se em torno de reivindicações comuns, fazendo com que as pessoas procurassem (e ainda procurem), numa sociedade racialmente hierarquizada, apresentar-se como o mais brancas o possível.

No período da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) houve, segundo Skidmore (2012), uma mudança de contexto no debate sobre o desenvolvimento do Brasil, deslocando a discussão

da temática racial para outra que privilegiasse a mobilização nacional. A elite passava a utilizar a avaliação da capacidade do país em despertar e mobilizar um sentimento de objetivo coletivo da população, como indicativo de progresso. Mas, por outro lado, ao olhar atentamente para essa população que deveria ser mobilizada, inevitavelmente a questão racial passou a ser novamente ponto de discussão.

Na primeira década do século XX, o interior brasileiro era constituído basicamente por pessoas analfabetas, subnutridas, doentes e vivendo em condições de miserabilidade. Esse cenário fez com que Miguel Pereira (1871-1918), pioneiro do movimento sanitarista brasileiro, tenha se referido ao país como “um imenso hospital”. Em 1914, a maior parte da elite já tinha uma explicação racista para esse fato. Nesse ano, Monteiro Lobato (1882-1948) começou a publicar artigos de jornal abordando a temática do atraso da agricultura brasileira, enfatizando a indolência e a ignorância do caboclo, natural do interior do estado, de provável sangue indígena e para o qual deu o nome fictício de Jeca Tatu¹⁰. Lobato era incisivo ao caracterizar em seus ensaios o caboclo como sujeito letárgico, supersticioso e ignorante, “que existe a vegetar de cócoras, incapaz de evolução, impenetrável ao progresso” (SKIDMORE, 2012, p. 253).

Em 1918, quando a coletânea de ensaios e contos de Monteiro Lobato intitulada *Urupês* foi republicada, retomando essa caracterização depreciativa do caboclo brasileiro, ela recebeu críticas, causando celeumas, o que evidenciava a mudança de atitudes da elite intelectual pelo deslocamento do pensamento da questão racial para a do objetivo coletivo. Alguns críticos acusaram-no de depreciação de outros brasileiros, ao retratar em seus contos e ensaios, de forma generalizada, problemas que eram específicos do interior paulista. Rui Barbosa, que se candidatou à presidência da República em 1918, fez sua crítica dizendo que o Jeca Tatu não correspondia ao brasileiro típico, aproveitando desse momento como pretexto para atacar o governo em seu fracasso em melhorar as péssimas condições sociais e econômicas do país (SKIDMORE, 2012).

Segundo Skidmore (2012), nesse período, o Brasil estava mergulhado em intensos debates sobre as verdadeiras causas do atraso no interior do país. Muitos defensores de políticas públicas de saúde e de educação diziam que a explicação estava nas doenças e no analfabetismo e não na origem racial ou no caráter inato, como a figura do caboclo, que Monteiro Lobato procurava retratar. Fato que veio a ser comprovado pela publicação, em 1916, de um estudo encomendado por Oswaldo Cruz, em 1912, aos médicos Belisário Pena (1868-1939) e Artur

¹⁰ Jeca Tatu é um personagem criado por Monteiro Lobato em sua obra *Urupês*, que contém 14 histórias baseadas no trabalhador rural paulista. Simboliza a situação do caipira brasileiro, abandonado pelos poderes públicos às doenças, ao atraso econômico, educacional e à indigência política.

Neiva (1880-1943), que viajaram ao interior da Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás, inventariando as condições sanitárias que encontravam. A conclusão era que o homem do interior, o sertanejo, constituía-se em um repositório das mais diversas doenças, sendo, portanto, enfraquecido pela desnutrição.

Em 1918, o presidente Venceslau Brás (1868-1966) criou o Serviço de Profilaxia Rural, porém os Congressistas reformistas queriam um Ministério de Estado e fundaram a Liga Pró-Saneamento do Brasil para levar adiante a campanha. A partir disso, foram desenvolvidos projetos de saúde pública em outras capitais estaduais, como Recife e Porto Alegre. Monteiro Lobato, então, diante da contestação dos defensores da saúde pública à sua presunção de que o Jeca era a causa da miséria em que vegetava, mudou de posição e se engajou de forma entusiástica na campanha de saúde pública. A essência da mudança de posicionamento de Lobato ficou expressa em sua frase: “Jeca não é assim: está assim”. E no livro intitulado *Problema Vital*, publicado em 1918 pela Sociedade Eugênica de São Paulo e pela Liga de Pro Saneamento do Brasil, havia uma fábula chamada de “*Jeca Tatu: a ressurreição*”, que contava a história do Jeca que, após curado por um médico itinerante, trabalhou arduamente, fez sua lavoura progredir e tornou-se saudável e feliz, viajando pelo mundo (LIMA; HOCHMAN, 1996; SKIDMORE, 2012).

Pelo fato de Jeca Tatu não ter, ao menos na concepção geral, sangue africano, a campanha de saúde pública, que visava resgatar o homem doente do interior, não gerou um debate do problema étnico brasileiro. Independente da realidade, o Jeca Tatu era visto como um branco retrógrado, em última instância com a possibilidade de sangue índio. O retrato pejorativo que dele foi feito colocava-o como vítima irrecuperável de defeitos intrínsecos. Ou seja, ao Jeca eram imputados estigmas deterministas muito semelhantes aos determinismos raciais comuns no período anterior a 1914. Nas palavras de Thomaz Skidmore: “embora ele fosse visto como parcialmente indígena, a campanha revisionista atacava um elemento da teoria racista dominante: a ideia de que o indígena era inferior ao branco” (SKIDMORE, 2012, p.258). No entanto, dessa forma, a questão da herança étnica africana ficou totalmente invisibilizada.

Como já falado, até 1930, houve pouco investimento por parte da intelectualidade brasileira nos estudos etnográficos e na sociologia dos africanos e de seus descendentes brasileiros. Exceção foi Silvio Romero, que organizou uma coleção riquíssima do folclore afro-brasileiro, e Nina Rodrigues, que deu início a um ambicioso projeto de documentação de sobrevivências afro-brasileiras na Bahia, mas que foi interrompido por sua morte em 1906. Nesse mesmo ano, João do Rio (1881-1921) fez uma edição de estudos sobre os costumes religiosos afro-brasileiros no Rio de Janeiro. Por fim, o intelectual baiano Manuel Querino fez

uma publicação sobre uma série de costumes afro-brasileiros. Todavia, todos esses trabalhos foram incursões isoladas e sem continuidade, o que realmente evidenciava a falta de interesse em se pesquisar ou analisar a presença africana ou afro-brasileira no país (SKIDMORE, 2012).

Exceção a esse padrão de desinteresse se deu também com o antropólogo Edgar Roquete-Pinto (1884-1954), que seguiu a tradição de seus predecessores do Museu Nacional, instituição que tinha como foco de atenção de suas pesquisas, o índio. Roquete Pinto preocupava-se sobremaneira com as condições de miserabilidade do homem do interior e questionou as premissas racistas da antropogeografia. Afirmava que o negro brasileiro, na medida em que recebesse condições de vida e educação satisfatórias, poderia alcançar patamares sociais como os alcançados pelos negros norte-americanos (SKIDMORE, 2012).

Segundo Skidmore (2012), em 1911, Roquete-Pinto forneceu as estimativas sobre a população do Brasil (50% de brancos) para que João Batista de Lacerda pudesse refutar aqueles que o acusaram de subestimar a branquidão relativa do país. Embora concordasse totalmente com as teorias do branqueamento da sociedade brasileira, Roquete-Pinto acreditava que o investimento verdadeiro não deveria ser direcionado a esse ideário, mas, sobretudo, à educação, a qual deveria ser voltada para os brancos, como também para os não brancos. Roquete-Pinto foi um crítico à obra de Euclides da Cunha, especialmente no que se referia à ideia de triunfo das raças fortes da doutrina neodarwinista¹¹ e da degenerescência dos mestiços. Segundo ele, a recente capacidade de luta mostrada por soldados negros que haviam combatido na Europa, durante a Primeira Guerra Mundial, demonstrou o quanto os discursos referentes à nossa inferioridade étnica eram sem sentido.

Em 1928, Roquete-Pinto fez a seguinte predição diante dos membros da Academia Brasileira de Letras, como demonstra Skidmore:

O que o Brasil tem de mais interessante neste momento histórico é o esforço da sua gente para constituir-se de vez, plasmando-se no sangue e no meio, na derradeira arrancada para alcançar, ao mesmo tempo, a sua própria formação e a conquista final do seu território. Esse espetáculo (...) há de ser, no futuro (...), a surpresa e maravilha do mundo (SKIDMORE, 2012, p. 265).

¹¹ Doutrina que promove a combinação entre a teoria da evolução das espécies por meio da seleção natural criada por Charles Darwin, a genética, como base para a herança biológica, de Mendel, e a genética populacional. Assim, a origem de variação em uma população é atribuída aos processos genéticos probabilísticos da mutação e da recombinação, enquanto mudanças na frequência das características ao longo do tempo são atribuídas à seleção natural, levando ao processo reprodutivo diferencial. Disponível em: <http://fep.if.usp.br/~profis/arquivos/ivenpec/Arquivos/Orais/ORAL169.pdf>

Assim, nesse período, iniciou-se uma adesão de certos escritores brasileiros à tese do culturalismo puro, que dispensava tratamento favorável à herança africana. Um dos nomes a liderar tal mudança foi o médico baiano Artur Ramos (1903-1949), responsável pela publicação de livros e artigos que traziam como temática a cultura afro-brasileira, baseados em materiais coletados por Nina Rodrigues. Ramos foi fundador da Sociedade Brasileira de Antropologia e Etnologia em 1941 e participou, também, dos Congressos Afro-brasileiros realizados em Recife e Salvador, em 1934 e 1937, respectivamente. Neles foram apresentadas teses que iam, desde aspectos mais diversos da cultura afro-brasileira, até culinária e a presença africana no país (SKIDMORE, 2012).

Destaque nesse cenário teve, também, Gilberto Freire (1900-1987), que em suas obras realizou interpretações otimistas do caráter nacional, sempre baseado numa interpretação positiva da história da miscigenação no país. Ao mesmo tempo ressurgiam na Europa argumentos essencialmente hereditários, utilizados pelo nazismo alemão, a fim de degradar judeus e negros. A elite brasileira encontrava-se entre essas duas posições, tendo como pano de fundo para as discussões das políticas de imigração e crítica social a suposição de que os brasileiros estavam no caminho sem volta do branqueamento (SKIDMORE, 2012).

De acordo com Skidmore (2012), Freyre foi uma das principais figuras para a redefinição da identidade racial brasileira e passou a ter grande impacto a partir da publicação, em 1933, de seu livro *Casa-grande & senzala* – história social do mundo da agricultura escravista no Nordeste nos séculos XVI e XVII, época em que a economia açucareira representava a base da sociedade multirracial no Brasil. Nessa obra, o referido autor descreve de maneira penetrante as relações entre as famílias dos fazendeiros e seus escravos. A partir de um *ethos* totalmente patriarcal, a obra atenta para os diversos meios a partir dos quais o africano e o mulato influenciaram o estilo de vida da aristocracia agrícola, em aspectos singulares, como alimentação, vestuário, costumes sexuais, entre outros. Seu segundo livro, *Sobrados e Mucambos*, em 1936 – uma análise da confluência urbano-rural do século XVIII e início do século XIX, segue a mesma linha metodológica e o mesmo estilo do primeiro livro.

Gilberto Freyre, em *Casa Grande & Sensala*, desconstruiu a afirmativa tão disseminada de que várias gerações de produção de miscigenados havia causado um dano irreparável ao Brasil. Segundo ele, era exatamente essa mistura étnica brasileira que se constituía em um patrimônio inestimável para nossa história cultural. Dessa forma, tentou demonstrar com seu trabalho, as contribuições importantes que os indígenas e os negros ofereceram para a construção sócio-histórica do Brasil. Assim, apresentou para o grande público o novo conhecimento do país sobre as dimensões raciais de seu passado, especialmente pelas

influências alimentares saudáveis e no estilo de vestuário mais prático, que herdamos de índios e negros. Também chamou a atenção para uma alta civilização africana, criada por méritos próprios, e que tinha, no negro africano, seu representante legítimo. Assim, Freyre também ofereceu uma explicação racional da sociedade multirracial em que as raças que a constituíam, ou seja, europeia, africana e indígena, poderiam ser tidas como de igual valor (SKIDMORE, 2012).

Outro ponto de bastante destaque para o sucesso popular do livro de Freyre foi a narrativa sobre a história social da sociedade patriarcal brasileira, baseada no regime de monocultura escravista e que dominou o país até a segunda metade do século XIX, sendo responsável pelos vícios sociais de nossa população. Nesse sentido, a análise acadêmica do caráter nacional realizada por Freyre oferecia, pela primeira vez, uma mensagem abertamente otimista a partir da qual os brasileiros poderiam orgulhar-se de sua civilização tropical única e etnicamente misturada. Segundo o autor, “as consequências indesejáveis da miscigenação não se radicavam na mistura de raças propriamente dita, mas na relação doentia entre senhor e escravo em cujo âmbito ocorria a miscigenação” (SKIDMORE, 2012, p. 267-268).

No entanto, a despeito da repercussão positiva obtida pelas obras de Gilberto Freyre, de acordo com a fala de Skidmore:

O efeito prático desse trabalho, porém, não foi produzir o igualitarismo racial. Ao contrário, reforçou o ideal do branqueamento, pois mostrava vividamente que a elite (basicamente branca) ganhava valiosos traços culturais decorrentes do contato íntimo com o africano (e, em menor medida, com o índio) (SKIDMORE, 2012, p. 268).

Segundo Hofbauer (2006), Gilberto Freyre, em *Casa-Grande & Senzala* inaugurou um mito de origem de uma nova nação nos trópicos a partir do qual se criaram os alicerces da ideia de que existe, incontestavelmente, uma “cultura brasileira” produzida a partir da fusão de diferentes “raças/culturas”, as quais seriam a essência de uma nova nação. Freyre, ao descrever a “Casa-Grande” e a “Senzala”, enquanto instituições complementares de um projeto maior, fundamentava a famosa ideia de “democracia racial”. Ideia esta que foi tomando força, na medida em que nas análises *freyrianas* não cabiam questionamentos a respeito das relações de poder, conflitos de interesse ou ainda temas como exploração econômica. Até nas situações históricas mais evidentes de violências representadas pelos excessos de punições cometidas pelos senhores de escravos (“sadismo dos senhores”), Freyre criou um valor complementar a partir do qual trazia para o escravo a corresponsabilidade pela violência recebida (“masoquismo de escravo”).

Assim, a “mestiçagem” na obra de Freyre ocupou um lugar central na argumentação por representar uma espécie de ponte, cuja função seria superar os desajustes entre negros, brancos e índios, viabilizando, com isso, a formação da nação ou cultura brasileira. Na análise de Freyre, como uma prova da tão postulada convivência harmoniosa entre as raças surge o mestiço a quem era atribuído um poder democratizante, pelo seu dinamismo racial, que contribuiria sobejamente para tornar a sociedade mais branca (HOFBAUER, 2006).

Se, por um lado, Freyre em suas obras concedeu um espaço às “contribuições culturais” das “raças (culturas) atrasadas” na origem de uma nova nação, por outro, não restam dúvidas sobre o entendimento do autor a respeito da direção que o desenvolvimento racial (cultural) deveria ter: “do negro a branco, ou a moreno, ou a caboclo” (HOFBAUER, 2006, p. 251).

Segundo Nascimento (2016), Freyre cunhou eufemismos raciais a fim de racionalizar as relações de raça no Brasil. Como exemplo, destaca-se o termo *morenidade*, que ele insistiu em usar, não como uma forma lúdica de referenciamento aos mestiços, mas sim de uma proposta cujo objetivo era o desaparecimento físico e espiritual do descendente africano, por meio do processo de embranquecimento da pele e cultura negra. Tal pensamento era uma sofisticada espécie de racismo de perversão absolutamente intrínseca à sociedade brasileira. Posteriormente, cunhou o termo *metarraça*, que significaria o além-raça. Diante do desenvolvimento demográfico, haveria, então, a “morenidade metarracial”, base da consciência brasileira, oposta aos conceitos criados pelo arianismo e negritude, os quais, segundo Freyre, tinham conotação racista.

Ao identificar que o valor das análises *freyrianas* não estava em promover o igualitarismo racial, mas principalmente para reforçar o ideal de branqueamento, Nascimento (2016) aponta que as obras de Freyre foram de total inutilidade aos interesses do negro brasileiro:

De fato, tanto o paternalismo quanto o neocolonialismo e o racismo que permeiam a obra de Gilberto Freyre são mais perniciosos que todo o seu elenco de eufemismos. Batizados estes de *morenidade*, *metarraça* ou qualquer outro nome que sua imaginação possa fantasiar, a farsa de Gilberto Freyre se desarticula na condição de seu próprio raciocínio e de suas próprias palavras; pois o paladino das mestiçagens etnoculturais afirma que estas ocorrem entre os brasileiros sem que signifique repúdio à predominância de valores culturais europeus na formação brasileira (NASCIMENTO, 2016, p. 52).

Outro intelectual de destaque na discussão do branqueamento nesse período, como já citado anteriormente, foi Arthur Ramos (1903-1949), antropólogo e médico formado pela Faculdade de Medicina de Salvador, onde estudara Nina Rodrigues. O objetivo dos estudos

antropológicos de Ramos era exatamente o resgate dos trabalhos pioneiros de Rodrigues a respeito dos descendentes africanos no Brasil, oferecendo a esses estudos premissas teóricas mais modernas. Embora, em *O negro brasileiro* (1934), ele tenha buscado novas orientações teóricas na psicanálise e nas teorias da “mentalidade pré-lógica”, de Lévy-Bruhl, rejeitando as teses acerca da superioridade e inferioridade das raças, ainda mantinha uma concepção de cultura que não se distinguia substancialmente das ideias evolucionistas a respeito da civilização. Com isso, Ramos fazia distinções hierarquizadas a partir de estágios mais avançados ou atrasados em aspectos como religião, cultura, sobrevivência religiosa primitiva entre os povos cultos, etc. Por fim, de acordo com Hofbauer, Ramos reconhecia que:

[...] grande parte da população brasileira é dominada por um modo de pensar e de se relacionar com a realidade que se diferencia do modelo ocidental europeu. Não duvida, porém, que a “verdadeira cultura”, concebida como uma espécie de força civilizatória intrínseca à humanidade, conquistará também este país (HOFBAUER, 2006, p. 254).

Nesse sentido, Ramos, mais do que repensar ou romper com as concepções raciais arcaicas, apenas procurava reajustá-las com a substituição do termo raça por cultura. Ainda que esse autor tenha procurado superar “determinismos biológicos”, sua concepção de aculturação continuava ainda atravessada e sujeitada à ideia de imposição das “forças civilizatórias”. Ramos defendia que, numa situação de contato entre duas ou mais culturas, a mais adiantada tenderia a suplantá-la mais atrasada (HOFBAUER, 2006).

Por fim, segundo Hofbauer (2006), Ramos foi de grande importância para a fundamentação do ideário da “democracia racial”¹² no Brasil por ter atribuído tratamento diferenciado das raças a uma espécie de continuidade do velho sistema colonizador português, responsável por uma cultura miscigenada no Novo Mundo. Descrevendo o Brasil como uma sociedade sem muitos preconceitos de classe e de raça, Ramos seria o primeiro a utilizar o termo “democracia racial” para enaltecer a experiência brasileira, diferenciando-a das formas de discriminação racial dos Estados Unidos e do “racismo alemão”.

Fica evidente que a trajetória da construção do pensamento racial pela elite intelectual brasileira influenciou a tecitura da complexa trama das relações raciais no Brasil. A forma como negros e brancos são socializados em uma sociedade racialmente hierarquizada recebe influência direta das inúmeras representações que foram construindo-se ao longo da história,

¹² Democracia racial, a rigor, significa um sistema racial desprovido de qualquer barreira legal ou institucional para a igualdade racial, e, em certa medida, um sistema racial desprovido de qualquer manifestação de preconceito ou discriminação (DOMINGUES, 2004).

por ela sendo determinadas e também determinando-a. A identidade racial branca, compreendida como um constructo sócio-histórico, inexoravelmente é determinada, em grande medida, por aquilo que todas as teorias raciais, ao serem amplamente propaladas e introjetadas na sociedade, produzem no senso comum. Investir nessa problematização ancorada no histórico de produções acadêmicas que tentaram criar um conceito de raça é aumentar o espectro de possibilidades reflexivas sobre temática tão complexa e controversa ainda nos dias de hoje.

2.5 AS FACES DA BRANCURA: A IDENTIDADE RACIAL BRANCA

A compreensão da dimensão racial na constituição de nossa sociedade tem sido objeto de estudo em diversas áreas de produção de conhecimentos. Fato que traz, devido à complexidade envolvida na temática, um esforço de se repensarem as análises tidas como clássicas e, junto a elas, categorias e conceitos que necessitam de avaliações mais aprofundadas, por serem essenciais para o entendimento das relações raciais (SILVA, 2017).

Nesse sentido, esta pesquisa traz a branquitude como um dispositivo analítico a partir do qual analiso o pensamento racial de médicos de família brancos, numa perspectiva, como demonstra Silva (2017), de se tentar apreender as subjetividades desses sujeitos em contextos aparentemente não racializados, mas que produzem a hierarquia racial numa sociedade estruturalmente racializada.

Para a realização das discussões das categorias que emergiram nesta pesquisa e para que o conceito de branquitude seja melhor compreendido, optei por realizar uma breve abordagem dos principais elementos que se apresentam nos estudos críticos da branquitude. Da mesma forma, julgo relevante apresentar um sucinto histórico do surgimento dos estudos críticos da branquitude, que se deu, segundo Silva (2017), a partir da percepção de que era essencial contextualizar o papel da identidade racial branca como elemento ativo nas relações raciais de sociedades marcadas pelo colonialismo europeu.

Tal percepção nasceu da reflexão de alguns intelectuais, como Du Bois (1920; 1935), Frantz Fanon (1952), Albert Memmi (1957), Steve Biko (1978) e Alberto Guerreira Ramos (1978), os quais, em contextos sócio-históricos distintos, enfatizaram os efeitos de uma política de colonização e de racismo na produção das subjetividades tanto dos negros quanto dos brancos (CARDOSO, 2010; 2017). Assim, as pesquisas desses intelectuais passaram a desestabilizar a norma de que, nos estudos das relações raciais, apenas os negros eram tidos como objetos privilegiados, passando o branco também a ser tematizado (SILVA, 2014).

Na década de 1990, inúmeros intelectuais iniciaram uma reflexão sistemática sobre os fenômenos da branquitude e seus efeitos, difundindo esse tema por diversos campos do conhecimento, entre os quais direito, arquitetura, geografia, antropologia, psicologia, sociologia, tornando o branco um objeto de análise para a compreensão da dinâmica das relações raciais (WARE, 2004). O objetivo desses acadêmicos que se dedicavam a estudar a branquitude era, segundo Henry A. Giroux (1999),

[...] acumular uma quantidade substancial de conhecimento, explorando o significado da análise da branquitude como uma construção social, cultural e histórica. Esse trabalho se caracterizou por várias tentativas para situar a branquitude como uma categoria racial e analisá-la como um *locus* de privilégio, poder e ideologia. Além disso, esse trabalho procurou examinar criticamente de que modo a branquitude, como identidade racial, é experienciada, reproduzida e tratada pelos homens e mulheres brancos que se identificam com suas pressuposições e valores (GIROUX, 1999, p. 101).

Existe um consenso por parte dos pesquisadores de que a branquitude é um conceito fluido que, ao sofrer as influências dos diversos contextos sociais e históricos, vai modificando-se. No entanto, as diversas pesquisas voltadas para esse tema identificam características recorrentes, o que não subtrai a complexidade desse fenômeno e, conseqüentemente, a dificuldade para sua definição (SILVA, 2017).

A branquitude, portanto, é entendida como a identidade racial do branco. Concebida como um constructo ideológico de poder e produzida em um contexto do projeto moderno de colonização europeia, tem como importante característica a não marcação, ou seja, o silenciamento, por parte do branco, dos privilégios materiais e simbólicos provenientes da pertença à cor branca (BENTO, 2002; SCHUCMAN, 2012; STEYN, 2004).

Objetivando promover uma melhor compreensão desse conceito, Frankenberg (2004), a partir dos resultados de suas pesquisas, constrói um quadro de “marcação” da branquitude com oito elementos estruturais:

1. A branquitude é um lugar de vantagem estrutural nas sociedades estruturadas na dominação racial;
2. A branquitude é um ponto de vista, um lugar a partir do qual nos vemos e vemos os outros e as ordens nacionais e globais;
3. A branquitude é um *locus* de elaboração de uma gama de práticas e identidades culturais, muitas vezes não marcadas e não denominadas como nacionais ou normativas, em vez de especificamente raciais;
4. A branquitude é comumente redenominada ou deslocada dentro das denominações étnicas ou de classe;
5. Muitas vezes, a inclusão na categoria branco é uma questão controversa e, em diferentes épocas e lugares, alguns tipos de branquitude são marcadores de fronteira da própria categoria;
6. Como lugar de privilégio a branquitude não é absoluta, mas atravessada por uma gama de outros eixos

de privilégio ou subordinação relativos; estes não apagam nem tornam irrelevante o privilégio racial, mas modulam ou modificam; 7. Branquitude é produto da história e é uma categoria relacional. Como outras localizações raciais, não tem significado intrínseco, mas apenas significados socialmente construídos. Nessas condições, os significados podem parecer simultaneamente maleáveis e inflexíveis.⁸ O caráter relacional e socialmente construído da branquitude não significa, convém enfatizar, que esse e outros lugares raciais sejam irrealis em seus efeitos materiais e discursivos (FRANKENBERG, 2004, p. 312-313).

Tais estudos tentam dar subsídios para a compreensão das construções sócio-históricas e das forças contemporâneas que sustentam a branquitude nas sociedades modernas, bem como as representações que constituem e determinam a identidade racial branca. Assim, sendo a branquitude produto de uma construção social, a produção acadêmica sobre esse tema estrutura-se numa perspectiva de se elaborarem estratégias antirracistas que possam tentar neutralizar ou mitigar, nessa identidade, características opressoras e, conseqüentemente contritas, ressignificando o próprio lugar do branco nas sociedades racistas (WARE, 2004).

Partindo dessas primeiras considerações sobre a branquitude, é importante reafirmar a relevância do quesito cor no processo de construção da identidade racial branca, visto que, ao longo da história da humanidade, a coloração da pele adquiriu diversos significados que influenciaram sobremaneira na estruturação do pensamento racial branco. Durante séculos, como bem detalhado na primeira seção deste trabalho, ela permaneceu fortemente ligada às questões de ordem religiosa e moral, servindo como critério de inclusão e exclusão social, o qual, apenas com o passar do tempo, foi desafiado e substituído pelo que se denominava racismo científico. Neste, a partir especialmente da biologia, ideias mais naturalizadas a respeito das diferenças humanas mantiveram a binaridade com enaltecimento e supervalorização da cor branca em detrimento da não branca.

Tais pensamentos e ideias que atribuíam significados valorativos à cor da pele podem ser observados na dinâmica das relações raciais na sociedade brasileira, a qual, a despeito da multiplicidade observada na classificação racial, consequência do processo de miscigenação, tem as desigualdades sociais agrupadas em brancos e não brancos. Comprovação de que, “apesar das diferentes cores com as quais os brasileiros se autoidentificam, os acessos às oportunidades sociais obedecem a uma lógica hierárquica bipolar” (SCHUCMAN, 2014, p. 94).

Nesse sentido, os estudos da identidade racial branca procuram desvelar o poder simbólico da branquitude como significante da corporificação do privilégio, o que ocorreu a um custo imensurável para os não brancos e, em certa medida, para os brancos, apontando para a construção de projetos políticos que visem investigar as possibilidades futuras de

desconstrução desse *status quo* em que a branquitude se encontra nas sociedades racializadas (WARE, 2004).

Para esta pesquisa, interessa-nos o que Cardoso (2010) discute ao imergir na complexidade de uma identidade não homogênea e que se modifica no decorrer do tempo e espaço, demonstrando que o consenso está no que se refere ao fato de a branquitude ser um lugar de privilégios simbólicos, subjetivos, objetivos, que colaboram para a construção social e reprodução do racismo. De acordo com o contexto, ser branco significa ser e estar no poder.

Segundo Cardoso (2017), a branquitude pode ser categorizada em uma identidade racial branca crítica e uma acrítica. A crítica seria aquela pertencente ao indivíduo ou grupo de brancos que são conscientes de seus privilégios materiais e simbólicos e, conseqüentemente, desaprovam publicamente o racismo. A branquitude acrítica geralmente está relacionada aos grupos e indivíduos brancos que coadunam com o ideal de supremacia racial branca e, com isso, de forma silenciosa ou explícita, não desaprovam os pensamentos e comportamentos racistas.

Tal discussão, por contextualizar essas características da branquitude, faz-se essencial quando objetivamos implicar o branco na problemática das relações raciais, especialmente no que tange à sua suposta invisibilidade dentro de tais relações. Invisibilidade que, segundo Cardoso (2017), é delegada bem mais à falta de percepção sobre os privilégios inerentes à pertença ao grupo branco, do que à inexistência de percepção do sujeito branco como ser racializado.

Nessa perspectiva, Miranda (2017) criou uma diferença conceitual entre invisibilidade e neutralidade relacionada à branquitude, apontando como invisibilidade a inconsciência, que pode ser variável da situação de privilégios, bem como um posicionamento passivo de acomodação diante dos mesmos, o que leva a uma ausência de autocrítica com conseqüente colaboração para manutenção dos padrões de privilégios. Já a neutralidade seria a consciência constante do lugar de privilégios, com um posicionamento ativo, dissimulado e intencional a respeito dos mesmos, tendo a ausência de autocrítica como a motivadora para a manutenção de uma zona de conforto.

Logo, a invisibilidade pode ser considerada relativa a uma fase, de modo que diversas situações podem colaborar para o despertar reflexivo do sujeito branco a respeito de seus privilégios materiais e simbólicos. O autor destaca como caminho para esse despertar reflexivo do branco o convívio com pessoas negras, compreendido como condição essencial para a emergência de uma autocrítica a respeito de tais vantagens, visto que as mesmas se evidenciam

na relação direta com a negritude, para a qual tais benefícios historicamente foram negados (MIRANDA, 2017).

As diferenças sociais estruturais entre brancos e negros, nas quais os primeiros são detentores de vantagens e os segundos de prejuízos acarretados pela concessão de privilégios aos brancos que retroalimentam práticas racistas no cotidiano, corroboram a construção identitária negativa dos negros em nossa sociedade. Segundo Jesus (2017), essa negatividade das subjetividades individual e coletiva de negros e negras, a negação de direitos e a descaracterização da discussão racial são resultantes do privilégio da branquitude, na medida em que esta se apresenta como a base principal para a manutenção da estrutura racista, impondo perdas simbólicas e concretas nesse processo de inferiorização e marginalização dos negros.

Assim, verifica-se que a construção sócio-histórica da branquitude nas sociedades racializadas, como a brasileira, constituiu-se enquanto padrão de normalidade, a partir das representações que são produzidas a respeito dessa identidade racial e do consequente processo de disseminação de tais representações entre as diversas gerações e classes sociais.

2.6 RACISMO ABJETO: PRECISAMOS FALAR SOBRE ELE

Realizada essa incursão no processo de construção ocidental do conceito de raça, apreendendo-o em suas especificidades e intencionalidades, faz-se primordial, para a validação das análises propostas por esta pesquisa, adentrar no terreno árido do racismo, alvo de silenciamentos, negações e resistências, particularmente pelo branco, e em especial o branco brasileiro.

Vivemos ainda sob a influência do mito da democracia racial, a despeito das inúmeras evidências empíricas que comprovam não apenas a existência do racismo, mas, sobretudo, que ele é estrutural na formação da sociedade brasileira. Para nós brancos, a aproximação com o legado histórico da escravidão e com a responsabilidade pela produção e manutenção do racismo e das desigualdades raciais representa o desvelamento de um pacto, nem sempre consciente, porém sempre presente, com o ideal da supremacia racial branca. Ideal abjeto tão naturalizado, que, por assim o ser, torna o privilégio branco investido de uma suposta isenção, que se materializa em uma série de discursos defensivos diante de qualquer tentativa de implicação com a questão.

O mais comum desses discursos é que, no Brasil, a desigualdade é reflexo de mecanismos discriminatórios de classe, e não uma consequência direta do racismo. Outra explicação para as desigualdades raciais é que estas são resultantes de características

geográficas desfavoráveis, já que os negros são mais propensos a residir em áreas com poucos recursos. Justificativas frágeis que não sustentam o fato de que tais desvantagens de recursos se devem a uma diversidade de fatores, tais como condições históricas de vida, educação, riqueza, acesso a certos círculos sociais, capital social e autoestima. Portanto, a realidade imposta a negros e negras historicamente quanto à escassez de recursos nada mais é do que o resultado direto do que se conhece por racismo, embora seja considerado um fenômeno complexo,

É uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam (ALMEIDA, 2018, p. 25).

O racismo, portanto, surge nas sociedades ocidentais a partir do momento em que a chamada “ciência moderna”, ao tornar o homem o seu objeto de estudo, criou uma ideologia que postulava uma diferença imanente entre os seres humanos, a partir da qual os brancos europeus ocupavam o ponto mais alto dessa hierarquia, constituindo-se como referência inquestionável de superioridade civilizatória. Assim, as supostas diferenças entre brancos e negros foram traduzindo-se em oportunidades distintas na aquisição de bens materiais e simbólicos, posições desiguais na hierarquia social, na segregação territorial dos negros e nas desigualdades de direitos. Essas diferenças e desigualdades estruturaram e possibilitaram o processo de colonização europeia, a escravidão e a expansão do capitalismo.

Faz-se importante para esta pesquisa fazermos uma distinção entre racismo, preconceito racial e discriminação racial. Esses conceitos inter-relacionam-se, sendo os dois últimos determinados pelo racismo, como também determinantes para que ele se produza: “O preconceito racial é o juízo baseado em estereótipos acerca de indivíduos que pertençam a um determinado grupo racializado, e que pode ou não resultar em práticas discriminatórias” (ALMEIDA, 2018, p. 25). Já a discriminação racial é compreendida como uma forma de tratamento diferenciado orientada a membros de grupos racialmente identificados. Nesse sentido, a discriminação tem no poder o seu requisito essencial, visto que, sem ele, não há possibilidade de atribuições de vantagens ou desvantagens por conta da raça. Ela pode, portanto, como nos aponta Almeida (2018), ser direta, quando há um repúdio ostensivo contra indivíduos ou grupos, motivado pela condição racial, ou indireta, quando a situação específica de determinados grupos raciais é absolutamente ignorada ou sujeitada a regras de neutralidade que desconsideram as desigualdades raciais e diferenças sociais.

Tais considerações são importantes porque o racismo, embora se materialize como um ato discriminatório ou mesmo um conjunto desses atos, precisa ser definido em seu caráter sistêmico, a partir do qual processos de condições de subalternidade e privilégios passam a fundamentar as relações entre grupos raciais distintos, não somente no campo das relações interpessoais cotidianas, mas também no político, econômico e jurídico.

Isso posto, a análise de fenômeno tão complexo não pode ficar circunscrita ao seu caráter individual a partir do qual o racismo é reduzido a uma questão ética ou psicológica de determinado indivíduo ou coletividade, os quais, a partir de motivações preconceituosas, agiriam de maneira discriminatória contra determinados grupos raciais. Embora isso, de fato, também ocorra, faz-se importante a calibração do olhar para essa questão, visto que por esse ângulo individualista “não haveria sociedades e instituições racistas, mas tão somente indivíduos racistas que agem isoladamente ou em grupos” (ALMEIDA, 2018, p. 28).

Para este estudo, mais do que essa dimensão individual, interessa-me a concepção institucional, na qual o racismo é tratado como resultado do funcionamento das instituições, cuja dinâmica de atuação propicia a aquisição de privilégios para o grupo racial hegemônico (no nosso caso o branco) e desvantagens para os considerados inferiores e destituídos de poder (não brancos). Segundo Almeida (2018), as instituições representam a materialização das formas sociais (mercadoria, dinheiro, Estado, direito) que coordenam comportamentos que tanto orientam a ação social, como a tornam possível, visando a uma estabilidade do sistema social. Tal estabilidade somente será garantida quando as instituições absorverem e normalizarem os conflitos e antagonismos inerentes à vida social, estabelecendo normas e padrões que orientam as ações dos indivíduos:

[...] é no interior das regras institucionais que os indivíduos tornam-se sujeitos, visto que suas ações e seus comportamentos são inseridos em um conjunto de significados previamente estabelecidos pela estrutura social. Assim, as instituições moldam o comportamento humano, tanto do ponto de vista das decisões e do cálculo racional, como dos sentimentos e preferências (ALMEIDA, 2018, p. 30).

Nesse sentido, o racismo institucional ampara-se na tese de que os conflitos raciais também são parte das instituições e que as desigualdades raciais são produzidas não somente pela ação isolada de determinados grupos ou indivíduos racistas, mas sobretudo por serem as instituições constituídas por grupos hegemônicos, que se utilizam de regras institucionais para impor seus interesses políticos e econômicos. Portanto, segundo Almeida (2018), o racismo institucional tem o poder na centralidade das relações raciais, numa perspectiva de dominação.

Os detentores desse poder são aqueles que dominam a organização política e econômica da sociedade, que, ao institucionalizarem seus interesses, impondo a ela regras, padrões de conduta e certas racionalidades, legitimam e tornam naturalizado o seu domínio.

Segundo Foucault (1999), o século XIX foi marcado por um fenômeno fundamental: uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo. Ele denominou tal fenômeno de biopoder, que consiste em um conjunto de mecanismos que permitem inserir as características biológicas fundamentais da espécie humana em uma estratégia de poder, visando à regulação dos corpos para o controle político e econômico da sociedade. Tratava-se, segundo ele, da “estatização do biológico”. Assim, tal poder incide sobre a vida, visando ao seu cotidiano, bem como ao seu incansável melhoramento, à multiplicação e à incitação. No entanto, as transformações assistidas pela civilização ocidental a partir da emergência do biopoder, cujo propósito era aperfeiçoar os processos vitais, não significaram o extermínio ou neutralização das batalhas e genocídios que as acompanharam. De acordo com o Foucault (1999), na era do biopoder, a morte de alguns garantia a sobrevivência e existência de todos. A equivalência de vida e morte, encontrada na base do biopoder, explicaria a emergência e manutenção de fenômenos como o racismo de Estado. Logo, esse racismo poderia ser compreendido como:

O meio de introduzir afinal, nesse domínio da vida de que o poder se incumbiu, um corte: o corte entre o que deve viver e o que deve morrer. No contínuo biológico da espécie humana, o aparecimento das raças, a distinção das raças, a hierarquia das raças, a qualificação de certas raças como boas e de outras, ao contrário, como inferiores, tudo isso vai ser uma maneira de fragmentar esse campo do biológico de que o poder se incumbiu; uma maneira de defasar, no interior da população, uns grupos em relação aos outros (FOUCAULT, 1999, p. 304).

Essa, então, seria a primeira função do racismo: tratar a espécie, subdividir a espécie em subgrupos, que serão as raças, fazendo censuras nesse contínuo biológico a que se dirige o biopoder. Por outro lado, teria uma segunda função, que seria “permitir o estabelecimento entre a minha vida e a morte do outro, de uma relação que não é mais relação militar e guerreira de enfrentamento, mas uma relação do tipo biológico” (FOUCAULT, 1999, p. 305). Assim, com o desaparecimento das espécies inferiores, dos indivíduos anormais, a vida, de uma forma geral, se torna mais sadia numa perspectiva de purificação (FOUCAULT, 1999).

A importância de tal ideia, segundo Foucault (1999), está no fato de que tirar a vida de outrem só é admissível no sistema de biopoder, caso tal imperativo de morte não se deva à vitória dos adversários políticos, mas tão somente à eliminação de perigo biológico e ao fortalecimento, entendido como consequência direta dessa eliminação, da própria espécie ou da

raça. A raça e o racismo, são, em última instância, condições de aceitabilidade para se tirar a vida em uma sociedade de normalização. Em outras palavras, condição para que se possa exercer o direito de matar. Direito este que deve ser compreendido não apenas como o assassinio direto, mas, sobretudo, de outras formas indiretas de se tirar a vida: o fato de expor a morte, aumentando naturalmente o seu risco, ou tão somente a morte política, a expulsão, a rejeição, etc. Fato secularmente vivenciado pelo segmento não branco da população brasileira.

Com isso, compreende-se o vínculo que se estabeleceu entre a teoria biológica do século XIX e o discurso do poder. Segundo Foucault (1999), o evolucionismo darwinista, com todos os seus conceitos, passou a ser naturalizado, não apenas como uma transcrição biológica do discurso político, mas, sobretudo, como uma forma de se pensarem e justificarem as relações de colonização europeia, a escravidão, a criminalidade, os fenômenos da loucura, a história das sociedades com suas diferenças de classe, etc. (FOUCAULT, 1999).

Tal fato, pela visão de Foucault (1999), permite a compreensão do porquê de o racismo ter-se desenvolvido nessas sociedades modernas, que se estruturaram no biopoder, em que o direito à morte era requerido. Em última instância, economia do biopoder justificava e legitimava o genocídio colonizador, segundo o princípio de que a morte do racialmente inferior, representaria o fortalecimento biológico de uma raça superior, o que facilitaria o funcionamento do Estado para o exercício de seu poder soberano.

O racismo, portanto, por ter sido uma potente estratégia de dominação das sociedades ocidentais modernas, acabou por se constituir em um produto da própria estrutura de tais sociedades. Para além de uma patologia social ou de um desarranjo institucional, ele é uma decorrência do modo “normal” como se constituem e se organizam as relações políticas, econômicas e jurídicas. Por assim ser, ele é estrutural. Assim, comportamentos individuais e processos institucionais racistas são derivados de uma sociedade na qual o racismo é elemento estruturante do processo social.

A partir dessa perspectiva do racismo como processo estrutural, pode-se, também, compreendê-lo como processo político, visto que o caráter sistêmico de discriminações que influencia a organização das sociedades depende diretamente de um poder político que viabilize a discriminação sistemática de grupos sociais inteiros. Esse aspecto político, de acordo com Almeida (2018), materializa-se em duas dimensões: a primeira compreendida como institucional, visto estar o Estado na centralidade das relações políticas das sociedades contemporâneas, utilizando de regulações jurídicas e extrajurídicas; e a segunda ideológica, na qual o Estado, a despeito das fraturas causadas pelo racismo, sexismo e divisão de classe, cria narrativas que intencionam a unidade social.

Na dimensão institucional somente o Estado pode criar meios repressivos, dissuasivos ou persuasivos para que o racismo e a violência por ele engendrados sejam incorporados às práticas cotidianas. E na dimensão ideológica, o Estado e outras instituições sociais, como parte do aspecto político e do exercício de poder, criam discursos que alimentam o imaginário social de uma unificação ideológica. O que é cotidianamente reforçado e disseminado não somente pelo Estado, mas pelas escolas, universidades e meios de comunicação de massa.

Almeida (2018), a partir dessas considerações a respeito da “politicidade do racismo”, traz uma importante contribuição para que se compreenda um recurso defensivo muito utilizado pela branquitude, quando convocada a refletir sobre sua responsabilidade na produção e manutenção do racismo. Muito frequentemente, brancos, ao serem confrontados com a questão racial, utilizam o argumento do racismo reverso, que seria aquele dirigido a eles pelos negros. Tal proposição é um equívoco, visto que membros de grupos racialmente minoritários podem até ter comportamentos preconceituosos e discriminatórios, entretanto nunca terão possibilidade de impor desvantagens sociais, seja direta ou indiretamente, a outros grupos raciais majoritários no que tange à hegemonia do poder.

Outro aspecto importante trazido por Almeida (2018) é a análise do racismo enquanto processo histórico. A especificidade da construção do racismo como estrutural está intimamente relacionada à peculiaridade com que cada sociedade é formada, considerando uma trajetória que é singular e que dará às formas sociais (economia, Estado e direito) particularidades que somente podem ser compreendidas mediante uma análise das experiências históricas determinantes na formação social. É nesse sentido que a formação dos Estados Nacionais contemporâneos é compreendida como projeto político, em que as classificações raciais foram essenciais para a definição de hierarquias sociais, bem como para a legitimidade na condução do poder estatal no que se refere às estratégias econômicas e de desenvolvimento. Tal fato é comprovado pelas distintas formas de classificação racial. No Brasil, por exemplo, a definição racial negra, além de características físicas de ascendência africana, é também determinada pelo pertencimento de classe demonstrado na capacidade de consumo e circulação social.

3 O OLHAR SOBRE O PODER DA MEDICINA MODERNA

A opção de trazer para este trabalho de pesquisa um suporte teórico que analise o surgimento da medicina moderna nas sociedades ocidentais assenta-se principalmente em dois pontos: o primeiro refere-se ao fato de que, para se ter uma adequada compreensão dos princípios que orientam a medicina, faz-se importante o entendimento dos processos que a levaram a transformar-se em uma prática social; e o segundo é que tal processo está intimamente relacionado com o surgimento de uma sociedade regida pelo biopoder e pela biopolítica, a partir dos quais se estruturou o capitalismo, sustentado pelo racismo e alimentado pela supremacia racial branca.

Embora não esteja no escopo desta pesquisa esquadrihar as teorias dos processos que culminaram no surgimento da medicina moderna, farei uma breve incursão na temática, a partir das referências de Michel Foucault (1926-1984), já que ele desenvolveu, a partir de seus métodos arqueológicos e genealógicos¹³, reflexões críticas de como historicamente se entrecruzam as relações entre o saber e o poder (ALVES; *et al.*, 2019).

3.1 O NASCIMENTO DA CLÍNICA OCIDENTAL

Foucault priorizou a transição histórica do período clássico à modernidade, particularmente na passagem do iluminismo para o século XIX, quando se deu a ascensão da Ciência como produtora de verdades, fundamentada nos pressupostos metodológicos positivistas e empiristas. O saber, portanto, de acordo com Foucault (1990), deveria ser provável para que pudesse ser reconhecido, devendo possuir um objeto passível de observação, experimentação e análise.

Em sua obra *O Nascimento da Clínica*, Foucault (2008) buscou compreender o surgimento da racionalidade anátomo-clínica, que fundamentou a consolidação do saber médico na modernidade, para o qual o principal objeto investigativo era representado tanto pela doença como pelo corpo adoecido. Para ele, o nascimento da clínica se deu no final do século

¹³ O método arqueológico foi descrito por Foucault em 1969, no livro *Arqueologia do Saber*. O método teve como ponto de partida a história das ideias, à qual é atribuída a tarefa de penetrar nas disciplinas existentes, tratá-las e reinterpretá-las – é a disciplina dos começos e dos fins, da descrição das continuidades obscuras e dos retornos, da reconstituição dos desenvolvimentos na forma linear da história. A descrição arqueológica, por sua vez, abandona os postulados e procedimentos da história das ideias na tentativa de fazer uma história inteiramente diferente daquilo que os homens disseram. Na tentativa de responder a como os saberes apareciam e se transformavam, procura estabelecer a constituição dos saberes, privilegiando as interações discursivas e sua articulação com as instituições (AZEVEDO; RAMOS, 2003).

XVIII, período em que a medicina passou por um processo de transformação da organização de seus pressupostos, conhecimentos e práticas, fundamentados no empirismo positivista, que a alçou ao glorioso patamar de Ciência.

Assim, a doença e o corpo doente passaram a ser conjurados em benefício de um conhecimento assentado em um olhar positivo. De acordo com Foucault (2008), no espaço da clínica, onde corpos e olhares se entrecruzavam, o conhecimento a respeito do sofrimento, restrito à subjetividade dos sintomas, foi inserido em um discurso redutor e objetivante. A ciência médica, amparada pelo poder soberano do olhar empírico, tornava o espaço da experiência permeável tão somente à evidência dos conteúdos visíveis. Segundo esse autor, isso criou a possibilidade de uma experiência clínica, pelo direcionamento de um olhar que perscrutava a doença, conferindo a ela objetividade.

Tal mudança estrutural, menos do que transformações refinadas de seus conceitos e técnicas, ou pelo abandono do antigo arcabouço teórico e dos velhos sistemas, deu-se pela modificação de uma certa configuração linguística que compunha o discurso médico. Os conceitos, objetos e métodos passaram por uma variação semântica que os subsumiram a uma discursividade racional conveniente e pertinente ao modelo científico, de forma que o sujeito portador de uma doença foi objetificado e incorporado ao discurso médico. Tal fato promoveu uma mutação essencial no saber médico na passagem do século XVIII, seja pela possibilidade de reorganização dos conhecimentos médicos, seja pela criação de um discurso sobre a doença (FOUCAULT, 2008).

Assim, no século XVIII, surgiu na sociedade europeia um mercado médico voltado para clientelas privadas, para as quais eram ofertadas intervenções medicamente qualificadas, a partir de uma clínica centrada em exames, diagnósticos e na terapêutica individual. Com isso, naturalmente, houve o aumento de uma demanda por parte de indivíduos e famílias, por cuidados especializados. Tal processo de medicalização culminou no surgimento da medicina do século XIX, período em que a doença passou a ser compreendida como problema político e econômico das coletividades, para as quais era imputada a responsabilidade de resolução, bem como do surgimento de uma política de saúde (FOUCAULT, 2010a).

Foucault (2010a) aponta que, até o final do século XVII, na Europa, o deslocamento dos problemas de saúde em relação às técnicas de assistência era praticamente inexistente, de modo que os encargos coletivos da doença eram, majoritariamente, realizados pela assistência aos pobres. Exceção se fazia a determinadas situações específicas, nas quais se utilizavam de medicalização compulsória e que não estavam correlacionadas organicamente com as técnicas assistenciais. Tais exceções ocorriam nas regras que eram aplicadas em épocas de epidemias, nas medidas tomadas em cidades consideradas pestilentas e nas quarentenas que eram instituídas em alguns grandes portos.

Entretanto, fora desses casos, a medicina-serviço estava economicamente assegurada por fundações de caridade e institucionalmente era exercida de forma restrita em organizações leigas e religiosas. Tais organizações se propunham desde à distribuição de alimentos e vestuário e ao recolhimento de crianças abandonadas, até à vigilância e sanções de pessoas categorizadas como “maus elementos”. Do ponto de vista técnico, a parte desempenhada pela terapêutica na época clássica era limitada ao funcionamento dos hospitais e restringia-se à ajuda material e ao enquadramento administrativo. A doença era apenas um dos elementos que caracterizava o pobre necessitado, merecedor de hospitalização. Outros fatores como a idade, a impossibilidade de encontrar trabalho e a ausência de cuidados, concorriam com as enfermidades na política e na economia complexa dos socorros (FOUCAULT, 2010a).

Segundo Foucault (2010a), já no século XVIII, observou-se o fenômeno do deslocamento progressivo dos procedimentos de assistência, o qual se deu a partir de críticas de economistas e administradores da época, que, ao reexaminarem o modo de investimento e capitalização das fundações, verificaram que estas mobilizavam somas importantes para o cuidado de indivíduos “ociosos”, que, dessa forma, permaneciam fora dos circuitos de produção. Tal fato levou a um processo de esquadrinhação da população mais carente, destinatária da caridade, com o objetivo de categorizá-la em distinções funcionais: quais eram os bons e os maus pobres; quem eram os ociosos voluntários e os desempregados involuntários; os que podiam fazer um determinado trabalho e os que não podiam. Assim, em certa medida, tentava-se tornar a pobreza útil, seja fixando-a ao aparelho de produção, seja tentando aliviar, o máximo possível, seu peso para a sociedade. Inaugurava-se, nesse período, o início do problema específico do adoecimento dos pobres e sua relação com o trabalho, bem como a necessidade de produção nas sociedades capitalistas ocidentais.

É importante ressaltar também outro aspecto, que é o surgimento, na mesma época, da saúde e do bem-estar físico da população em geral como um dos objetivos fundamentais do poder político. O interesse desloca-se do apoio a uma parcela particularmente frágil da população para a busca de possibilidades de se elevar o nível de saúde do corpo social em seu conjunto. Seria de responsabilidade dos diversos aparelhos de poder encarregar-se dos corpos, não somente para deles exigir o serviço de produção ou extorquir as rendas, mas para ajudá-los a garantir sua saúde (FOUCAULT, 2010a).

Assim, segundo Foucault (2010a), a medicina do século XVIII ganhou uma súbita importância, na medida em que os procedimentos mistos de assistência foram decompostos e delimitados em sua especificidade econômica. Com isso, o problema da doença dos pobres se inscrevia no problema geral da saúde e bem-estar das populações e se transformava em um objetivo político assegurado, ao lado das

regulações econômicas, pela “polícia do corpo social”. Tal transformação ancorou-se nos efeitos econômicos e políticos do grande crescimento demográfico do ocidente europeu no século XVIII e da necessidade de coordená-lo e de integrá-lo ao desenvolvimento do aparelho de produção, bem como controlá-lo mediante dispositivos de poder mais adequados e rigorosos.

Concomitante ao surgimento de uma nova racionalidade médica na Europa, no século XVIII, a “nosopolítica”¹⁴, sob a prescrição de novas regras, passou, então, a ser submetida a um novo nível de análise, de maneira mais explícita e sistematizada. No entanto, isso não se traduziu, naquele período, em uma intervenção uniforme do Estado na prática da medicina. À proporção que a saúde e doença emergiam no corpo social como problemas que requeriam, em certa medida, um encargo coletivo, a “nosopolítica” não representava apenas o resultado de iniciativas verticais de organização e controle dos aparelhos de Estado, mas também produto de questões de origens e direções múltiplas, cujo estado de saúde da população era um objetivo geral (FOUCAULT, 2010a).

Com a ascensão do capitalismo industrial, a sociedade disciplinar passou a deslocar seu foco de atuação da organização da territorialidade para os corpos individuais e individualizantes, com o objetivo de deles extrair maior produtividade e força, bem como, ao mesmo tempo, gerar docilidade, potencializando competências e minimizando os riscos de resistências. Diferentemente do que ocorria com a sociedade de soberania dos séculos XVII e XVIII, cujo interesse era a submissão absoluta dos súditos ao poder do soberano, na sociedade capitalista industrial interessava a captura dos indivíduos, seus corpos e trajetórias, numa perspectiva de construir mecanismos disciplinares que percorressem o corpo individual e o coletivo, a fim de gerir equilibradamente a própria vida, extraindo dele irrestrita submissão política (FOUCAULT, 1990).

O corpo individual, o corpo máquina foi, essencialmente, o primeiro polo dessa gestão da vida, a qual buscava considerar o indivíduo ao nível do detalhe, aumentando suas forças, multiplicando aptidões e produzindo efeitos individualizantes. Essa manipulação meticulosa do corpo majorava suas energias em termos econômicos de utilidade e, ao mesmo tempo, diminuía-as em termos políticos de obediência. A vida, então, entrou em um maquinário do poder que a articulava e a recompunha, individualizando corpos que deveriam ser constantemente vigiados, utilizados, adestrados e, eventualmente, punidos. Esse poder

¹⁴ Nosopolítica, de acordo com o filósofo francês Michel Foucault, é o termo que expressa uma associação entre as instâncias do poder estatal europeu, no século XVIII, as quais se dirigem às questões da saúde da população e à emergência da compreensão das doenças como problemas políticos e econômicos. A nosopolítica resulta da conjugação da questão saúde/doença produzida pelo poder político e econômico, de maneira que a medicalização do social passa a ser um programa de intervenção estatal fundado em práticas micropolíticas de administração da vida (ZORZANELLI; CRUZ, 2018).

disciplinador forjou uma mecânica própria que visava acompanhar o homem-corpo desde o seu nascimento até sua morte, por meio das escolas, das fábricas, dos asilos, dos hospitais, etc. Isso promovia uma capilarização desse poder em todas as instâncias da sociedade, anotando, esquadrinhando, deslocando, utilizando e vigiando os indivíduos em todos os momentos de suas vidas (FOUCAULT, 2007).

Nessa nova modalidade de poder, de acordo com Foucault (2010a), o governo passa então a ser definido como uma maneira de dispor das coisas, conduzindo-as em favor do bem comum, isolando-se problemas específicos da população, desenvolvendo suas forças produtivas e gerindo de forma racional os indivíduos e seus fenômenos próprios.

Na passagem do século XVIII para o século XIX surgiu, então, o esboço de um projeto de uma tecnologia da população, de forma que esta se tornou o objetivo final do governo, no sentido de aumentar suas riquezas, sua duração de vida, sua saúde e produtividade, por meio de técnicas específicas que agiam diretamente sobre os indivíduos e suas relações com o meio: campanhas que atuaram diretamente sobre o biológico, permitindo que a produtividade fosse aumentada; controle sobre as taxas de natalidade e morbidade; sobre o tempo de sobrevivência; sobre as fronteiras e sobre a produção de alimentos. Mecanismos estes que buscavam prolongar e acentuar a existência humana de forma calculada, ou seja, uma gestão racionalizada – da política e da economia – sobre a vida (FOUCAULT, 2010a).

Nessa perspectiva, como enfatiza Foucault (2010a), os corpos individuais e coletivos surgiram como portadores de novas variáveis: não mais apenas como ricos ou pobres, válidos ou inválidos, fortes ou fracos, mas, sobretudo, se seriam mais ou menos utilizáveis, mais ou menos suscetíveis a investimentos rentáveis. Nesse ponto, os traços biológicos de uma população passaram a configurar-se como elementos pertinentes para uma gestão econômica, o que impôs a necessidade de organizar junto à população um dispositivo para assegurar tanto a sua sujeição quanto o constante aumento de suas utilidades.

A política médica que se delineou no século XVIII, em todos os países da Europa, teve como desdobramento a organização da família, mais especificamente do complexo família-filhos, como consequência primária da medicalização dos indivíduos, com vistas à saúde do corpo social. Ela foi o veículo para a construção de uma ética da boa saúde, bem como de sua articulação com um controle coletivo da higiene e uma técnica científica de cura, assegurada tanto pelas demandas individuais e familiares, quanto por um corpo de médicos qualificados recomendados pelo Estado. Os médicos ensinavam aos indivíduos as regras fundamentais de higiene, que deveriam ser respeitadas em benefício da própria saúde, bem como em respeito a dos outros, como incitavam tratamento em caso de doença (FOUCAULT, 2010a).

Os direitos e os deveres dos indivíduos concernindo à sua saúde e à dos outros, o mercado onde coincidem as demandas e as ofertas de cuidados médicos, as intervenções autoritárias do poder na ordem da higiene e das doenças, a institucionalização e a defesa da relação privada com o médico, tudo isto, em sua multiplicidade e coerência, marca o funcionamento global da política de saúde do século XIX, que entretanto não se pode compreender abstraindo-se este elemento central, formado no século XVIII: a família medicalizada-medicalizante (FOUCAULT, 2010a, p. 201).

A medicina, então, mais do que um serviço de cura voltado para as doenças e doentes, assumia um lugar importante nas estruturas administrativas e na maquinaria de poder que, no século XVIII, cresceu sobejamente. O médico penetrava em diferentes instâncias de poder no campo administrativo, o que lhe permitia, desde a realização de grandes inquéritos sobre a saúde das populações, até atividades fixadas pelo poder delegado por determinados cargos. Assim, os conhecimentos agregados acerca da sociedade, das condições de saúde e doença da população, das condições de vida, de habitação, dos hábitos, todos somavam para a formação de um saber médico administrativo, que serviu de base para o surgimento da economia social e da sociologia do século XIX (FOUCAULT, 2010a).

Além disso, potencializava-se, cada vez mais, uma ascendência político-médica sobre uma população sujeitada a uma série de prescrições medicalizantes que diziam respeito não somente à doença e à saúde, mas às formas gerais de existência e de comportamentos. Havia uma regulação sobre a alimentação e a bebida, sobre a sexualidade e a fecundidade, sobre a maneira de se vestir, bem como sobre o habitat ideal. Esse excesso de poder de que se beneficiou o médico desde o século XVIII era comprovado na sua presença cada vez mais numerosa nas academias e nas sociedades científicas, junto aos representantes do poder, na tomada de decisões e de medidas autoritárias, bem como no papel de programadores de uma sociedade bem administrada - reformadores de política e economia no século XVIII (FOUCAULT, 2010a).

3.2 O BIPODER NA CONSTRUÇÃO DA RACIONALIDADE MÉDICA OCIDENTAL

No tópico anterior procurei delinear alguns marcos, que, segundo Michel Foucault, foram determinantes para o surgimento da medicina moderna nas sociedades ocidentais europeias. Tal processo foi deflagrado no século XVIII, tendo como fator primordial a transformação da racionalidade médica, que passou, a partir daí, a colocar o sujeito doente, sobretudo, o corpo adoecido, na centralidade de seus discursos, práticas e técnicas.

De acordo com Foucault (2008), as transformações ocorridas que culminaram com a chamada medicina científica, em particular a objetificação dos indivíduos adoecidos (com a

valorização de seus corpos como fundamento essencial para a ressignificação da clínica médica), foram potencialmente determinantes para o surgimento de uma nosopolítica estrategicamente importante para a solidificação do Estado moderno, bem como essencial ao incipiente capitalismo que começava a surgir no final do século XVIII e início do século XIX.

Isso posto, interessa-me nesse momento fazer algumas considerações, ainda sob a luz dos estudos de Michel Foucault, sobre a importância desse processo de ressignificação dos corpos dos sujeitos, realizado pela medicina no final do século XVIII, visto que, tal fato, para além de transformações na racionalidade médica, foi de essencial importância para o surgimento daquilo que Foucault (1999) chamou de “estatização do biológico” a partir do século XIX. Estratégia fundamental para a eficácia do que o referido autor denominou de biopoder:

Um dos fenômenos fundamentais do século XIX foi, e o que se poderia denominar a assunção da vida pelo poder: se vocês preferirem, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma estatização do biológico ou, pelo menos, uma certa inclinação que conduz ao que se poderia chamar de estatização do biológico (FOUCAULT, 1999, p. 285-286).

A partir do conceito de biopoder, Foucault (1999) procurou entender as práticas surgidas no ocidente moderno que tinham como finalidade a gestão e regulação dos processos vitais humanos. O poder sobre a vida instalava-se como uma forma de administrar populações, considerando sua realidade biológica fundamental. Pelo biopoder, estabeleceu-se, nas sociedades ocidentais, desde o século XVII, um processo intenso de construção de novos conhecimentos, leis e medidas políticas, os quais objetivavam o controle de fenômenos diversos, tais como a aglomeração urbana, transformação dos espaços territoriais, epidemias e organização liberal da economia.

A compreensão sobre o desenvolvimento desse conceito, portanto, para além de contribuir com um melhor entendimento a respeito de fatores que se fizeram estruturais na construção das sociedades ocidentais, auxilia na elucidação de práticas políticas contemporâneas bem como das influências que certos saberes, como os que fundamentam a racionalidade médica, têm na sociedade atual.

Foucault, no curso intitulado “Segurança, território, população”, realizado em 1978, conceitua biopoder como: “O conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais, vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder” (FOUCAULT, 2008, p. 3).

Porém, nas conferências realizadas pelo filósofo quatro anos antes, em 1974, no Instituto de Medicina Social da antiga Universidade do Estado de Guanabara, atual UERJ, Foucault, utilizando na época o termo “biopolítica”, dissertou sobre a hipótese, segundo a qual, com o advento do capitalismo no final do século XVIII e início do século XIX, assistiu-se não à privatização da prática médica, mas o contrário.

De acordo com Foucault (2010b), a medicina tornou-se uma estratégia biopolítica, visto que o capitalismo socializou o corpo como força de produção, força de trabalho. E o controle da sociedade sobre os indivíduos não se dá simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas inicia-se no corpo. Portanto, foram tanto o biológico quanto o somático os primeiros objetos de investimento social e político da sociedade capitalista.

Ao ser capturado como objeto de sofisticadas tecnologias políticas, o corpo tornou-se público e o público “somatocrático”, ou seja, “vivemos num regime em que uma das finalidades da intervenção estatal é o cuidado do corpo, a saúde corporal, a relação entre as doenças e a saúde, etc.” (FOUCAULT, 2010c, p. 171). Foucault (2010b) atribuía a medicalização da sociedade a quatro acontecimentos que contribuíram para o nascimento, do que denominou de medicina social na Europa do século XVIII.

O primeiro diz respeito a uma medicina de Estado e à Polícia Médica, que se desenvolveu, sobretudo na Alemanha, no começo do século XVIII. Ambas se relacionavam à necessidade do Estado moderno de atuar sobre a população, gerindo-a numa perspectiva de aumentar a sua potência, garantindo e aperfeiçoando o funcionamento estatal. Desenvolveu-se uma prática médica efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população, com a criação de programas, o que se chamou, pela primeira vez, polícia médica de um Estado (FOUCAULT, 2010b).

Segundo Foucault (2010b), a polícia médica foi instituída na Alemanha no final do século XVIII e começo do século XIX, e consistia em: a) um sistema complexo de observação da morbidade, a qual era mensurada pela contabilização dos dados fornecidos por médicos e pelos hospitais, bem como por registros do próprio Estado, dos diferentes fenômenos endêmicos e epidêmicos observados; b) um importante fenômeno de normalização da prática e do saber médico realizado pela corporação médica, que deliberava sobre a formação e a diplomação, surgindo, posteriormente, a ideia de normalização da profissão pelo Estado, tornando a medicina e o médico os primeiros objetos de normalização, antes de se aplicar a noção de normal ao doente; c) uma organização administrativa para controlar a atividade dos médicos, o que possibilitava ao Estado total conhecimento dos procedimentos realizados, das informações passadas aos doentes, de novas doenças surgidas, das formas de tratamento e do

esquadrinhamento médico da população, subordinando a prática médica ao poder administrativo superior; d) na criação de funcionários médicos nomeados pelo governo, os quais eram responsáveis por determinado território e pelas condições de saúde da população a ele adstrita. Aparece, nesse momento, o médico como administrador da saúde.

Essa medicina de Estado, segundo Foucault (2010b), apareceu antes da formação da grande medicina científica e não teve como objetivo a formação de uma força de trabalho adaptada às necessidades das indústrias que se desenvolveram nesse momento. Não era o corpo que trabalhava o assumido pela administração estatal da saúde, mas o dos indivíduos enquanto constituintes globais do Estado. Havia, nesse caso, uma espécie de solidariedade econômica política nessa preocupação da medicina de Estado.

O segundo acontecimento no desenvolvimento da medicina social foi representado pela França, em fins do século XVIII, onde surgiu uma medicina social sem suporte do Estado e que teve como característica o processo de urbanização, no qual se colocou o problema da unificação do poder urbano. Havia a necessidade de se constituir a cidade como unidade, de organizar o corpo urbano de modo homogêneo, dependendo de um poder único e bem orientado. Tal necessidade se deu primeiro por uma razão econômica, por ser a cidade o palco das relações comerciais e, segundo, uma razão política, pelo fato do aumento de uma população operária pobre que iria se tornar, no século XIX, o proletariado, o que poderia aumentar as tensões no interior da cidade (FOUCAULT, 2010b).

Segundo Foucault (2010b), a medicina urbana tinha, essencialmente, três grandes objetivos: a) analisar os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo que, no espaço urbano, poderia provocar doenças (os espaços de formação e difusão de fenômenos endêmicos e epidêmicos), representados principalmente pelos cemitérios; b) controle da circulação da água e do ar; c) distribuição dos diferentes elementos necessários à vida comum na cidade (fontes, esgotos, barcos bombeadores e barcos lavanderias).

Por intermédio da medicina social urbana, a prática médica entrou em contato com ciências extra-médicas, principalmente a química, o que muito contribuiu para a criação de um saber científico, de forma que a medicina se inseriu em um *corpus* de ciência físico-química (FOUCAULT, 2010b). Por ser muito próxima das comunidades, das cidades, dos bairros, a medicina urbana não se caracterizava como uma medicina de Estado, como também não era dotada de nenhum instrumento específico de poder, até mesmo porque a propriedade privada, na época, princípio sagrado, impedia que essa medicina fosse investida de um poder forte (FOUCAULT, 2010b).

O terceiro acontecimento, segundo Foucault (2010b), pode ser analisado pelo exemplo da Inglaterra, país em que o desenvolvimento industrial e, por conseguinte, o do proletariado, foi o mais rápido e importante, provocando o aparecimento de uma nova forma de medicina social, na qual os pobres foram problematizados como fonte de perigo médico no século XVIII. Tal fato se deu pela Lei dos Pobres, que consistia no controle médico da pobreza, ou seja, a partir do momento em que o pobre se beneficiava do sistema de assistência, era submetido a vários controles médicos. Fato importante na história da medicina social, visto que, se, por um lado, a assistência era controlada por uma intervenção médica que ajudava os mais pobres em suas necessidades de saúde, por outro, sua saúde era assegurada pelos ricos, aos quais era garantida a proteção contra fenômenos epidêmicos originários das classes desfavorecidas.

A medicina inglesa, diferentemente da urbana francesa e da medicina de Estado alemã do século XVIII, fundamentou-se, no século XIX, essencialmente no controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas (FOUCAULT, 2010b).

Ademais, Foucault (2010d) reconheceu como condição para o processo de medicalização social a transformação do hospital em instrumento terapêutico. Tal transformação se explica pelo aparelhamento do hospital com mecanismos disciplinares, os quais levaram à sua medicalização. Apesar de várias razões justificarem esse processo disciplinador do hospital – de ordem econômica, preço atribuído ao indivíduo, desejo de se evitar a propagação de epidemias –, foi a transformação do saber médico que permitiu que esse poder disciplinar fosse confiado ao médico. A formação de uma medicina hospitalar ocorreu, por um lado, pela disciplinarização do espaço do hospital e, por outro, pelo saber e pela prática médica.

Foucault retomará a discussão sobre o biopoder no curso “*Em defesa da sociedade*”, realizado em 1976, bem como no primeiro volume de *História da Sexualidade: a vontade de saber* (1976). Nesse momento, dedicando-se a investigar a configuração nas sociedades ocidentais de um poder que toma a vida como objeto de sua regulação, o filósofo analisou a transformação pela qual passou esse poder a partir do século XVII, em que se destacou a inclusão de processos biológicos nas operações do “poder soberano”.

De acordo com a teoria clássica da Soberania, o soberano é aquele investido de um poder que reside fundamentalmente no direito sobre a vida e a morte dos homens (FOUCAULT, 1999). A fim de assegurar sua defesa pessoal incondicional ou do território sob seu comando, ao soberano era permitido não só valer-se de seus súditos, mesmo que isso representasse seu aniquilamento, mas também exercer seu direito sobre a vida, podendo matar, enfim, exercer o direito de fazer morrer ou deixar viver (Foucault, 1999): “o direito de vida e de morte só se

exerce de uma forma desequilibrada, e sempre do lado da morte. O efeito do poder soberano sobre a vida só se exerce a partir do momento em que o soberano pode matar” (FOUCAULT, 1999, p. 286).

Foucault (1999) aponta que, no século XIX, houve uma grande transformação no direito político, a partir do qual o velho direito de soberania – fazer morrer, deixar viver – foi penetrado, perpassado e complementado por um direito novo, que se constituiu como um poder exatamente inverso ao primeiro: poder de fazer viver e deixar morrer. Tal transformação, naturalmente, não ocorreu de forma repentina, mas foi sendo gestada desde o século XVII, em que se viu surgir uma nova organização do poder: “O direito de morte tenderá a se deslocar ou, pelo menos, a se apoiar nas exigências de um poder que gere a vida e a se ordenar em função dos seus reclames” (FOUCAULT, 2010a, p. 148). Se outrora prevaleceu o princípio segundo o qual era legítimo provocar a morte ou deixar viver, agora, a equação se inverte, fazendo com que os mecanismos de poder, articulados à possibilidade de se deixar morrer, visem produzir a vida.

Nos séculos XVII e XVIII, surgiram técnicas de poder essencialmente centradas no corpo individual, que foram denominadas por Foucault (1999) como “tecnologia disciplinar do trabalho”:

Todos aqueles procedimentos pelos quais se asseguravam a distribuição espacial dos corpos individuais (sua separação, seu alinhamento, sua colocação em série e em vigilância) e a organização, em torno desses corpos individuais, de todo um campo de visibilidade. Eram também as técnicas pelas quais se incumbiam desses corpos, tentavam aumentar-lhes a força útil, através do exercício, do treinamento, etc. Eram igualmente técnicas de racionalização e de economia estrita de um poder que devia se exercer, da maneira menos onerosa possível, mediante todo um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações, de relatórios (FOUCAULT, 1999, p. 288).

A partir do século XVIII, surge outra técnica de poder que não tem como foco os corpos individuais, mas o homem como ser vivo, como espécie. Sem excluir a primeira, mas integrando-a e tendo-a como condição de existência, essa outra técnica modificou-a em parte, porém sem anular as técnicas disciplinares focadas no homem-corpo, por estarem em níveis e escalas distintas (FOUCAULT, 1999). Eis de maneira elucidativa a diferença entre essas duas técnicas de poder apresentadas pelo autor:

A disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige a multiplicidade dos homens, não na medida

em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. (FOUCAULT, 1999, p. 289).

De acordo com Foucault (1999), existem duas possibilidades de investimento desse poder: a primeira, sobre o corpo, tendo um caráter individualizante; a segunda, massificante, sobre o homem-espécie.

Depois da anátomo política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, surgiu, ao final do mesmo século, algo distinto a que Foucault (1999) chamou de biopolítica da espécie humana, caracterizada por um conjunto de processos: a proporção de nascimentos e óbitos, a taxa de reprodução e a fecundidade de uma população.

Foram exatamente esses processos de natalidade, mortalidade e longevidade que, na segunda metade do século XVIII, juntamente com problemas de ordem econômica e política, constituíram os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica, a qual, após identificação e análise desses fenômenos, propuseram intervenções sobre os mesmos (FOUCAULT, 1999).

Para Foucault (1999), para compreender a biopolítica, é essencial a atenção para três importantes pontos: a) o surgimento da população como um novo elemento significativo de foco dessa nova técnica de poder, e não mais apenas os indivíduos e a sociedade; b) a natureza dos elementos evidenciados nessa nova forma de exercício de poder, ou seja, fenômenos que somente fazem sentido quando considerados na perspectiva do coletivo, quanto de sua duração; c) a passagem dos mecanismos disciplinares para reguladores, como as previsões e a criação de estatísticas, objetivando intervir sobre as determinações dos fenômenos de abrangência global e não individual, necessitando, para isso, de mecanismos reguladores, que pudessem ter como domínio a população geral.

A conclusão de Foucault (1999) é que o poder disciplinar sobre o corpo e o poder regulador sobre as populações, embora distintos, não são excludentes, representando, ambos, duas tecnologias de poder sobrepostas, direcionadas, em última instância aos corpos, porém de maneiras diferentes:

Uma técnica que é, pois, disciplinar: é centrada no corpo, produz efeitos individualizantes, manipula o corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo. E, de outro lado, temos uma tecnologia que, por sua vez, é centrada, não no corpo, mas na vida; uma tecnologia que agrupa os efeitos de massas próprios de uma população, que procura controlar a série

de eventos fortuitos que podem ocorrer numa massa viva; uma tecnologia que procura controlar (eventualmente modificar) a probabilidade desses eventos, em todo caso em compensar seus efeitos. É uma tecnologia que visa, portanto, não o treinamento individual, mas, pelo equilíbrio global, algo como uma homeostase: a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos. Logo, uma tecnologia de treinamento oposta a, ou distinta de, uma tecnologia de previdência; uma tecnologia disciplinar que se distingue de uma tecnologia previdenciária ou regulamentadora; uma tecnologia que é mesmo, em ambos os casos, tecnologia do corpo, mas, num caso, trata-se de uma tecnologia em que o corpo é individualizado como organismo dotado de capacidades e, no outro, de uma tecnologia em que os corpos são recolocados nos processos biológicos de conjunto (FOUCAULT, 1999).

Dessa forma, como apontado por Foucault (1999), existem duas séries distintas e correlacionadas: a primeira, que se refere ao corpo, aos organismos, à disciplina e às instituições; a segunda, que trata da população, dos processos biológicos, dos mecanismos reguladores e do Estado. Nesse sentido, a medicina, como demonstra o referido autor, ocupa um lugar privilegiado, por consistir em uma técnica política de intervenção, produzindo efeitos de poder próprios, ou seja, promove simultaneamente, construção de saber e exercício de poder. Nessa perspectiva, a medicina, já no final do século XVIII, passou a ter uma nova função:

São esses fenômenos que se começam a levar em conta no final do século XVIII e que trazem a introdução de uma medicina que vai ter, agora, a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire, também, o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população. Portanto, problemas da reprodução, da natalidade, problema da mortalidade também (FOUCAULT, 1999).

Já no século XIX, o conjunto constituído pela medicina e higiene tornou-se elemento de fundamental importância, dado o vínculo que estabeleceu entre as influências científicas sobre os processos biológicos e orgânicos, ou seja, sobre a população e sobre o corpo, estabelecendo-se, concomitantemente, como técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios. Incidindo simultaneamente sobre o corpo e sobre a população, a medicina era considerada um saber poder que tinha efeitos disciplinares e reguladores (FOUCAULT, 1999). Tal transformação vivida pela civilização ocidental não significou, contudo, o extermínio ou neutralização das batalhas e genocídios que a acompanharam.

Como demonstra Foucault (1999), ao longo dos dois últimos séculos, os confrontos travados apresentaram crueldades sem precedentes, nos quais os massacres e extermínios ocorreram em complementariedade a um poder, que se empenhava em aperfeiçoar processos

vitais. Se no passado as guerras eram deflagradas a fim de resguardar o soberano, na era do biopoder, a morte de alguns passou a garantir a sobrevivência e a existência de todos (FOUCAULT, 1999). A equivalência de vida e morte, encontrada na base do biopoder, explica a emergência e manutenção de fenômenos como o racismo de Estado, tratado na seção anterior, em que discorro sobre as dimensões do racismo.

Percebe-se que, nesse complexo processo histórico de construção do biopoder e da biopolítica, a racionalidade médica moderna exerceu, desde o seu surgimento, inúmeras influências, auxiliando na criação e no fortalecimento das tecnologias indispensáveis ao exercício desses poderes, sendo, em grande medida, submetida à influência dos mesmos.

Dessa forma, ao longo do tempo e por mecanismos distintos, a medicina, por ter sido considerada uma eficiente técnica política de intervenção, com a instituição de ações disciplinares e regulamentadoras dos corpos individuais e dos fenômenos que incidiam sobre a população, foi adquirindo um status de privilégio nas sociedades ocidentais. Naturalmente, com isso, fortaleceu-se a racionalidade médica na construção e disseminação de saberes, práticas e condutas, investindo-se de um poder próprio, o qual é observado até os dias atuais.

4 A HISTÓRIA DA MEDICINA NO BRASIL

Refletir sobre a história da medicina no Brasil remete à concepção de Sayd (1988), para a qual a medicina, em uma perspectiva terapêutica, mantém continuidade com o passado no que se refere ao exercício prático da profissão médica. “O médico é, antes de tudo, um terapeuta. Nada mais óbvio e carente de novidade do que o exercício prático da profissão [...] a de servir. Nada mais surpreendente, nos dias de hoje, do que afirmar, na medicina, uma continuidade com o passado” (SAYD, 1998, p. 15).

Assim, perscrutar a história objetivando flagrar permanências, ao contrário de buscar efetivas rupturas, pode representar, para a ciência positivista moderna, intencionalidade de resistência ao *status quo* por ela estabelecido, visto que tal ciência, muitas vezes, investida de extrema ciosidade no que se refere ao progresso, acaba por negligenciar os erros de outrora.

4.1 O SURGIMENTO DE UMA RACIONALIDADE MÉDICA NO BRASIL NO FINAL DO SÉCULO XIX E INÍCIO DO SÉCULO XX

Em que medida o médico contemporâneo, a despeito de todos os avanços tecnológicos, é atravessado por subjetivações que foram sendo produzidas ao longo da história da medicina ocidental e, em particular, a brasileira? Que elementos constitutivos da emergência de uma racionalidade médica no Brasil, marcada, em seu processo de construção sócio-histórica, por influências indelévels do pensamento racial branco europeu, ainda podem estar presentes nos discursos e práticas de médicos brasileiros?

Com o intuito de melhor transitar entre essas perguntas, numa perspectiva de minimamente vislumbrar algumas respostas, optei, nesta seção, por dialogar com as duas principais vertentes históricas do saber médico brasileiro do final do século XIX e início do XX, que foram gestadas a partir da instituição das duas primeiras escolas médicas no Brasil: a Escola de Medicina da Bahia e a do Rio de Janeiro. Ambas representaram o final de um longo período de inexistência da medicina científica no Brasil colônia, revolucionando a assistência médica no país, servindo de alicerce para a produção científica de médicos da Bahia e do Rio de Janeiro, com a consequente construção e consolidação da racionalidade médica brasileira.

Nesse sentido, da trajetória dessas duas escolas médicas, tentei apreender: as influências teóricas raciais europeias; pontos comuns e de divergência; a correlação da prática médica e a antropologia; a atuação médica perante o Estado; a participação em disputas de poder; a construção de saberes e suas implicações sociais; e sobretudo elementos constitutivos de dada racionalidade que se desdobraram, a despeito do intervalo secular, em influências na prática médica atual.

De acordo com Schwarcz (1993), a medicina europeia no século XVIII transformava-se em atividade pública, tendo na figura do médico um instrumento da nação, cujo objetivo era cuidar da saúde dos corpos, ficando a cargo do clero o cuidado da saúde das almas. A profissão médica, com isso, passou a adquirir uma posição de destaque, não mais remunerada por ações individuais, mas pelo financiamento estatal direcionado a um trabalho que se configurava, também, como o de cientista e pesquisador, visto que as universidades passaram a ser responsáveis por uma formação médica.

Dentro desse contexto europeu de investimento científico na construção de uma racionalidade médica no século XVIII, exceção se fazia para Portugal, em cuja Universidade de Coimbra, onde se graduou a maior parte dos médicos que atuavam na metrópole e em suas colônias, a pesquisa e o trabalho empírico eram quase inexistentes. Tal anacronismo e ineficiências do ensino médico português reverberavam na colônia brasileira que, impedida por mais de trezentos anos de fundar instituições de ensino superior, ficava, no campo de cuidado à saúde, submetida aos problemas gerados pela falta de profissionais especializados e conhecimentos científicos atualizados (SCHWARCZ, 1993).

De acordo com Ferreira (2003), durante muito tempo, uma parcela significativa dos estudos sociológicos que se dedicaram a essa temática apontava que o processo de incorporação da medicina no Brasil não experienciou resistências socioculturais, particularmente pela inexistência de um saber chancelado pelo cientificismo com relação às técnicas de cura no período colonial. No entanto, a história desvela que, nesse período, diante de inexpressiva participação de médicos com formação acadêmica, era abundante o exercício de uma medicina fundamentada em três bases culturais distintas – a indígena, a africana e a europeia (portuguesa) –, de modo que nesse cenário, protagonizavam curandeiros, boticários, raizeiros, parteiras, benzedeiros, padres e os chamados “médicos práticos”¹⁵.

Até 1772, todas as atividades que se relacionavam com a “arte de curar” eram fiscalizadas pelos cirurgiões-mores do Reino¹⁶. Posteriormente, tais fiscalizadores foram

¹⁵ Médico prático é aquele que exerce a profissão de médico sem ter a formação acadêmica. Ele aprendeu a arte de curar com algum médico credenciado e se submeteu aos exames que o permitem atuar. Essa situação foi comum no século XIX no Brasil (FIGUEIREDO, 2005).

¹⁶ Em Portugal, o cargo de cirurgião-mor do Reino foi criado durante o reinado de Afonso III (1245-1279), mas só recebeu regulamento próprio em 25 de outubro de 1448, ficando responsável pela direção e fiscalização das artes físicas e cirúrgicas. A carta régia de 25 de fevereiro de 1521 separou e definiu as atribuições do cirurgião-mor e do Físico-Mor, cargo criado em 1430 cujas atribuições envolviam os negócios de higiene e saúde em todo o Reino e domínios ultramarinos. Seguiram-se novas regulamentações para o cirurgião-mor e o físico-mor, até os cargos serem extintos pela lei de 17 de junho de 1782, quando foi criada a Junta do Protomedicato, que assumiu e centralizou essas atribuições. O cargo de cirurgião-mor do Reino, Estados e domínios ultramarinos foi estabelecido pelo decreto de 7

substituídos pela junta perpétua Protomedicato, que era representada por deputados e enfermeiros diplomados em Coimbra. As atividades realizadas pelos “práticos” deveriam ser habilitadas com “cartas de autorização”, as quais previam poucos requisitos, como uma certificação de aprendizado do ofício junto a outro profissional, bem como um exame de qualificação realizado diante da junta, que, invariavelmente, aprovava todos os candidatos.

Diante da carência absoluta de médicos e cirurgiões, tais “práticos” não passavam de iniciantes, geralmente mestiços e analfabetos, sem posição de prestígio social, cuja atuação se amalgamava no meio de uma multidão de curandeiros, parteiras, dentistas e boticários. Tal fato retratava não somente a falta de profissionais médicos qualificados no Brasil, mas sobretudo as dificuldades em seguir a carreira médica, visto que os livros franceses tinham entrada proibida na colônia, além da grande dificuldade de acesso à biblioteca médica. Somando-se à ausência de vantagens profissionais, desconheciam-se a flora brasileira, o que, por vezes, ocasionava ineficácia terapêutica. Ressaltando que, até 1800, a profissão médica era absolutamente vedada aos brasileiros, não restando outra alternativa senão a prática ilegal (SCHWARCZ, 1993; TERRA, 2014).

Ainda assim, na sociedade colonial, em face da doença e da morte, a população exigia a presença do médico. Para o Rei de Portugal, a manutenção da vida na colônia era uma questão político-administrativa estratégica, de modo que indicava um indivíduo profissionalizado para assumir a função de médico na colônia, para garantir efetivamente a existência dos súditos, cuja função era expandir a colonização (TERRA, 2014). Entretanto, tal determinação real não significava, em última instância, o alcance de seu intuito, visto que era insuficiente o número de médicos qualificados para tal designação:

Na prática, cirurgiões, boticários e leigos assumiram o papel reservado exclusivamente aos doutores em medicina. A favor dessa subversão da ordem, estava também o fato de que a arte médica executada no Brasil pelos escassos médicos não se distinguiu radicalmente daquela exercida pelos populares. A medicina culta assemelha-se à medicina popular, na medida em que expunha uma concepção da doença e apregoava um arsenal terapêutico fundado numa visão de mundo em que coexistiam o natural e o sobrenatural, e experiência e a crença (FERREIRA, 2003, p. 102).

Somente no final do século XIX, iniciou-se o movimento de produção de um pensamento médico moderno no Brasil. Esse movimento foi deflagrado por transformações

de fevereiro de 1808, durante a estada da corte portuguesa na Bahia, tendo sido nomeado para o cargo o médico brasileiro José Correia Picanço, cirurgião da Casa Real e deputado da Real Junta do Protomedicato. Para maiores informações consultar: Cirurgião-mor do Reino, Estado e Domínios ultramarinos. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/dicionario-periodo-colonial/154-cirurgiao-mor-do-reino-estados-e-dominios-ultramarinos>

históricas específicas da sociedade brasileira, que necessitava da formulação de uma nação que se adequasse ao universo capitalista e, de maneira incipiente, criasse possibilidades para que a medicina brasileira, após séculos de ensino precarizado, alcançasse o patamar de uma ciência legitimada, a exemplo do que já ocorria nos países europeus (HERSCHMANN, 1994).

Schwarcz (1993) enfatiza que, com a chegada da família real e da corte portuguesa ao Brasil, em 1808, esse cenário de precariedade foi potencializado pela multiplicação de problemas higiênicos e sanitários. Esse contexto motivou a implantação, na própria colônia, de escolas promovendo a formação de profissionais que atuassem como cirurgiões, já que somente a Coimbra era dada a autorização para a formação da medicina clínica, mantendo o controle em todos os vastos domínios e reinos de Portugal. Sendo assim, em 18 de fevereiro de 1808, D. João VI, de passagem pela Bahia, criou a Escola de Cirurgia da Bahia e, em 02 de abril de 1808, criou a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro.

Em 1813, essas duas escolas passaram por uma reorganização, criando-se duas academias médico-cirúrgicas, uma na Bahia e outra no Rio de Janeiro, o que implicou maior institucionalização dos cursos médicos. O programa foi reformulado e ampliado, com a implementação de novas regras, destacando-se a que estabelecia o estatuto profissional dos alunos recém-formados, que previa aos aprovados nos exames do quinto ano a carta de “cirurgião aprovado”; aos alunos que desejassem repetir as disciplinas do quarto e quinto anos era concedida a graduação de “formados em cirurgia”, equivalente a uma espécie de bacharelado na área (SCHWARCZ, 1993).

Embora as duas academias diplomassem, ininterruptamente, novos cirurgiões, e embora tenham sido implementadas diversas melhorias na época, permanecia a carência desses profissionais, diante da crescente demanda por cuidados que se desenvolvia no Brasil. Dessa forma, esforços foram feitos no intuito de mitigar tal problema, tendo destaque o que foi realizado em 26 de agosto de 1830, quando o país, recém independente, ofereceu favores escolares aos universitários brasileiros que residiam em Coimbra, Paris e Montpellier, a fim de que retornassem ao Brasil (SCHWARCZ, 1993).

A despeito das diversas manobras utilizadas como tentativa de solucionar a carência de profissionais médicos no país, eram inúmeras as situações que desvelavam a precariedade das academias. De acordo com Schwarcz (1993), além da baixa assiduidade dos alunos e lentas, estes eram mal qualificados para a docência, ministrando aulas pouco didáticas, sem móveis e utensílios para as aulas regulares, e aqueles apresentavam aproveitamento insatisfatório. Tal fato alimentou o clamor pela reforma das academias brasileiras do Império, o que se, por um lado, foram criadas espelhando-se nas escolas portuguesas, por outro, reproduziam, em certa

medida, a falta de qualidade das escolas lusitanas, quando comparadas a outras instituições de formação europeia.

De acordo com Schwarcz (1993), o processo de consolidação da medicina no Brasil como prática diversa das até então praticadas pelos chamados práticos e pelos curandeiros, barbeiros e sangradores, levou à fundação, em 1829, da Sociedade de Medicina, organizada nos moldes da Academia Francesa. Teve como primeira incumbência analisar as diferentes propostas de reforma do ensino médico, culminando em um projeto transformado em lei em outubro de 1832, que transformou as academias médicos-cirúrgicas em “escolas” ou “faculdades de medicina”, as quais passaram a ter o direito de conceder o título de doutor em medicina, de farmacêutico e de parteiro.

Inicialmente, nessas faculdades houve a adoção dos regulamentos das escolas de Paris, fato modificado nos anos seguintes, quando nessas instituições passaram a vigorar novas regras e estatutos. No entanto, os avanços não foram suficientes para sanar os problemas de penúria e desorganização: os professores eram pouco preparados para as novas atribuições, transformados em doutores pelo decreto de 1832 e contratados por critérios nada científicos, muitas vezes seguindo a lógica da sucessão por laços de parentesco (SCHWARCZ, 1993).

Os primeiros quarenta anos das faculdades de medicina brasileiras foram marcados por um esforço de institucionalização em detrimento de um projeto científico original. Dessa forma, prevalecia a benevolência nos exames de certificação, mestres desqualificados para a função, verbas e dotações orçamentárias insuficientes, além de desrespeito por parte dos alunos (maioria oriundos da elite) em relação aos professores. Tal cenário veio a modificar-se somente a partir da década de 1870, quando começaram a surgir alterações no perfil e na produção científica das escolas de medicina nacionais, com publicações, organização de novos cursos e aglutinação de grupos de interesses (SCHWARCZ, 1993).

Segundo Herschmann (1994) e Terra (2014), a despeito das dificuldades relacionadas ao ensino da medicina, o médico brasileiro passou a ser associado a uma prática política específica. Com as modificações nas relações sociais que transformaram o contexto sociopolítico em fins dos oitocentos, a medicina no Brasil foi adquirindo contornos de uma medicina social, muito influenciada por correntes teóricas estrangeiras, passando a atuar como um instrumento de análise da sociedade, com ares de uma ciência do social, estando, portanto, independente das inúmeras limitações e contingências referentes ao estudo da medicina:

[...] vamos encontrar os médicos analisando os fatos sociais e avaliando os aspectos relativos à conduta moral. Vamos encontrá-los diagnosticando

problemas que não caberia à anatomia patológica comprovar. Veremos esses médicos reconhecendo, reproduzindo e reprogramando a realidade social que os cercava e que constituía a matéria de sua apreciação. Vamos flagrá-los em sua atividade conformadora da vida social, vamos caracterizá-los como um foco de emissão dos preceitos morais. Em outras palavras, vamos encontrá-los produzindo conhecimento sobre a dimensão coletiva da vida humana, firmando sua especialidade como espaço de uma ciência propriamente social (ANTUNES, 1999, p. 12-13).

Na medida em que a medicina brasileira começou a lançar seu olhar para a realidade social, desvelava-se uma nova compreensão e representação da sociedade, que, analogamente, era percebida como um corpo adoecido, sendo de responsabilidade do médico a intervenção com vistas a sanar seus males. O indivíduo, com isso, deixou de ser o primado da atenção para ceder espaço à coletividade, à nação contaminada, enfraquecida e carente de intervenção. Dessa forma, a população pobre e adoecida representava um grande laboratório humano a partir do qual os desvios expostos poderiam ser escrutinados, ensejando o surgimento da figura do médico político no Brasil (SCHWARCZ, 1993).

Schwarcz (1993) aponta que, nesse momento, nasceu a noção de higiene acoplada à ideia de sanear: enquanto aos médicos sanitaristas cabia a implementação de grandes planos de intervenção nos espaços coletivos, públicos ou privados, aos higienistas competia as pesquisas, bem como a atuação cotidiana no combate às epidemias e às doenças que mais assolavam a população. Entretanto, na prática, essa divisão entre sanitaristas e higienistas nunca existiu, sendo que ambos atuavam de forma indiscriminada.

No Brasil, as inúmeras e frequentes epidemias, desde os tempos coloniais, transformavam a higiene em tema primordial: tuberculose, febre amarela, varíola, lepra, peste, sarampo, febre tifoide, mal de Chagas, beribéri, malária, coqueluche, cólera e escarlatina são alguns exemplos de doenças infectocontagiosas que alarmavam os médicos especialistas. O objetivo não era tão somente a cura das epidemias, mas, sobretudo, evitar que novos surtos aparecessem a partir de um processo de saneamento, o qual invadia escolas, igrejas, portos e lares. Prescrevia-se desde hábitos alimentares, indumentárias e costumes, até modelos disciplinares no uso dos espaços públicos e educação higiênica nas escolas (SCHWARCZ, 1993; HERSCHMANN, 1994).

O contexto sanitário e sociopolítico teve grande influência nesse processo de transformação. O primeiro referia-se às epidemias de cólera, febre amarela, varíola, entre outras, o que destacava a missão higienista reservada aos médicos. O segundo foi decorrente da Guerra do Paraguai, a partir da qual afluíram em massa doentes e sujeitos com traumas oriundos das batalhas, que demandavam atuação imediata dos cirurgiões. Outra implicação sociopolítica foi o crescimento desordenado das cidades, aumentando a criminalidade gerando problemas referentes ao uso de álcool, à falta de

saneamento, além de doenças consideradas endêmicas entre certas populações de imigrantes. Esse cenário redefinia, então, a atuação médica no país, onde surgia tanto a figura do médico missionário, obstinado em sua intenção de cura e intervenção, como a do perito em medicina legal, cujo olhar recaía sobre o criminoso com suas degenerações (SCHWARCZ, 1993).

Com isso, iniciou-se a produção de um conhecimento médico determinado por princípios metodológicos e ideológicos próprios da época, que tinha como um dos objetivos diagnosticar fatores sociais atuantes na disfunção da ordem “natural” da sociedade. Nascia, então, uma racionalidade médica brasileira, que passava a compor uma elite intelectual, que muito contribuiu para as análises e interpretações dos fenômenos sociais. No entanto, o processo de construção histórica do pensamento médico no Brasil não ocorreu de maneira linear e isento de obstáculos, uma vez que seu desenvolvimento estava justaposto à sua história política, social e intelectual.

Tanto a Abolição da Escravidão (1888) quanto a Proclamação da República (1889) promoveram profundas influências na elite intelectual brasileira. Com o advento de um Estado Republicano ainda arraigado no conservadorismo, que determinava a imersão permanente da sociedade civil nos regionalismos rurais, despertou-se nos intelectuais a ideia de que o Estado deveria impor-se na formação da Nação e do povo, tido como atrasado política e intelectualmente. Para além da construção de um novo regime político, objetivava-se a conservação de uma hierarquia social secular, caracterizada pela oposição de uma elite de proprietários rurais contra uma grande massa de escravos e uma quase insignificante classe média urbana (SCHWARCZ, 1993).

O pensamento médico-político, utilizando-se do aporte teórico na análise do social promovida pela medicina social, não somente apoiou de maneira irrestrita os objetivos para a conclusão do Estado e para o estabelecimento de uma identidade nacional, como também auxiliou em inúmeras reflexões e sugestões sobre as possibilidades de construção de um Brasil moderno, a partir de uma perspectiva positivista do progresso:

Se é bello de contemplar-se o espetáculo singelo da caridade encarnada no médico que alivia padecimentos individuaes, não é menos o daquele que compenetrado do papel social da medicina política entrona para todos os lados seus beneficios alargando incomensuravelmente o circulo de suas atividades profissionais, que na escala da perfectibilidade dos sentimentos auxilia à sociedade em sua passagem do egoísmo para o althruismo. O medico moderno digno de seu nome e condição deve pratica-la plenamente no exercício da medicina política (GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1896, p. 398 apud SCHWARCZ, 1993, p. 202).

Nesse sentido, amparadas pelo paradigma da Medicina Social e dos ideais positivistas e evolucionistas, as análises sobre os males das sociedades modernas deslocavam-se das doenças

para o indivíduo, que era o receptáculo de uma patologia natural, individual e hereditária. A conformação racial do povo brasileiro passaria a representar, dentro da perspectiva do discurso médico-político amparado pela medicina social, o determinante de possibilidades e impossibilidades de um projeto civilizatório, capitalista e nacionalizante, que respondiam aos interesses de uma burguesia em transição (TERRA, 2014).

Assim, o objetivo era civilizar o povo, para que se pudesse criar uma identidade nacional capaz de garantir a ordem e o progresso numa perspectiva de atender aos interesses do capital internacional. Dessa forma, as produções teóricas da elite intelectual, composta por médicos, bacharéis e engenheiros, apontavam para uma intervenção social, almejada tanto pelo Estado, quanto pela elite econômica, de forma a garantir o monopólio do poder na nova nação (RIBEIRO, 2010).

De acordo com Corrêa (1998), em meados do século XIX, para a elite intelectual,

[...] pode ser considerada um dos momentos cruciais do debate entre a possibilidade da participação das massas na vida política do país e a reafirmação de sua exclusão. Não só os movimentos sociais de rebeldia mas também a crescente urbanização da sociedade pareciam também revelar um aumento e concentração de populações anteriormente menos visíveis, ou sob maior controle, populações que passava a ser necessário conhecer, além de controlar. Isto é, no momento mesmo em que se colocava as questões de cidadania e de nacionalidade na sociedade brasileira, tornava-se também um imperativo político definir mais claramente os critérios de inclusão/exclusão ao estatuto de cidadão nacional (CORRÊA, 1988, p. 33).

Isso posto, como o objetivo de um projeto de Estado burguês, para sanar tanto as doenças consideradas naturais quanto as morais, para as quais se delegava o suposto declínio produtivo da nação e seu atraso social, fazia-se mandatário a consolidação de políticas públicas e ações que pudessem enfrentar não só a doença, compreendida como antônimo de progresso, mas também a insipiência da população, sequestrada pelos conflitos patrimonialistas locais e submersa na conformação racial. Instituições como o Serviço Sanitário, o Instituto Bacteriológico e Vacinogênico, entre outros, amparados pelas produções científicas amplamente difundidas em revistas e periódicos médicos, eram responsáveis por tais ações (TERRA, 2014).

Schwarcz (1993) destaca duas revistas que, pela grande duração de suas publicações, tiveram significativa importância: a Gazeta Médica da Bahia e o Brasil Médico. Ambas, a despeito das diferenças internas e de temáticas, apresentavam características comuns: dedicavam-se a um intercâmbio de informações, sendo que da Bahia vinham os estudos sobre a medicina legal (sobre o crime e o criminoso), bem como ensaios sobre “alienação” e doenças

mentais, degeneração biológica, psicológica e social, particularmente a partir dos anos 20; na do Rio de Janeiro, eram produzidos textos sobre higiene pública, bem como sobre modelos voltados ao combate às grandes epidemias que infectavam a nação.

De acordo com Herschmann (1994), o viés higienista e a reforma social do meio foram objetos da medicina social do início do século XX na busca pelo desenvolvimento nacional e progresso. As ações eram efetivadas na intervenção estatal, particularmente por meio de campanhas de combate às epidemias, visitas de inspeção e fiscalização em diversos estabelecimentos e espaços públicos, vacinação, reorganização dos espaços urbanos, sendo estes, até o ano de 1910, alvos exclusivos de tais intervenções. Tais campanhas higienistas objetivavam fortalecer a ideia de prevenção, direcionada aos corpos dos indivíduos, numa perspectiva de regulá-los em nome da saúde. Higiene aqui é, portanto, uma atividade referente ao próprio indivíduo, “ao controle do seu corpo mais do que do meio ambiente. Coerentemente, há inúmeras prescrições da ordem da higiene individual [e acrescentaria moral] com vistas à manutenção da saúde na década de 1880 a 1890” (SAYD, 1998, p. 82).

Com efeito, as noções de higiene pública trouxeram naquela época uma percepção diversa da atuação médica. Diante do fenômeno das grandes epidemias, era tarefa dos novos pesquisadores médicos descobrir os antídotos que pudessem debelar as doenças quando irremediáveis, bem como pensar em estratégias para evitá-las. Assim, higienistas e saneadores incumbiam-se de diagnosticar e medicar o Brasil, considerado um país doente. Em 1885, em um dos primeiros quadros de demografia sanitária publicado pela revista *Brasil Médico*, mostrou-se uma incidência aterradora de moléstias infectocontagiosas, sendo que a tuberculose era responsável por 15% das mortes no Rio de Janeiro, seguida por febre amarela, varíola, malária, cólera, beribéri, febre tifoide, sarampo, coqueluche, peste, lepra e escarlatina. No total, tais doenças correspondiam a 42% das mortes registradas nessa cidade (SCHWARCZ, 1993; HERSCHMANN, 1994).

De acordo com Schwarcz (1993), não era, no entanto, a gravidade da situação de tais epidemias que constituía o elemento motivador para os médicos da época, mas as novas possibilidades que se apresentavam. A medicina mundial demonstrava avanços no eficaz combate às moléstias consideradas fatais, de forma que as “doenças tropicais” tornaram-se objeto de estudo preferencial e desafiador para os médicos cariocas. Nesse contexto, destacou-se a figura de Oswaldo Cruz, como do Instituto Manguinhos, que passou a ser considerado modelo de excelência para todas as instituições de pesquisa. A partir de Oswaldo Cruz e de alguns de seus seguidores, a exemplo de Carlos Chagas, conformou-se um ramo influente na medicina brasileira, alçando os médicos pesquisadores a um prestígio social que transcendia os

limites de suas especializações. Instalava-se, então, o fortalecimento de uma prática higienista, bem como novos projetos voltados à prevenção contra a disseminação das doenças, buscando evitar que a população, já enfraquecida e despreparada, fosse vítima de moléstias oportunistas. Assim, fortaleciam-se os projetos de saneamento, os quais ultrapassavam os limites estritos da medicina e propunham medidas diretas de intervenção social (SCHWARCZ, 1993).

A sociedade, compreendida nesse momento, segundo Schwarcz (1993), como um grande hospital da qual se esperava uma passividade absoluta, ficava sob a responsabilidade dos médicos para o planejamento das reformas urbanas, a divisão da população entre doentes e saudáveis e a administração de medicamentos em alta escala. Nessa época, em nome do bem geral da nação, foram ministradas grandes campanhas de vacinação, que foram objeto de inúmeras tensões e conflitos pelo caráter autoritário desse projeto de intervenção, o qual negava a liberdade individual em nome do conhecimento científico.

Construía-se e fundamentava-se um discurso radical baseado na prática médica, que deslocava sua atenção do indivíduo para o tratamento da comunidade. As campanhas eram impostas de forma abrupta, em caráter emergencial, desconsiderando a necessidade de instrução da população bem como a explicitação das medidas que seriam tomadas. Tais arbitrariedades levaram, em 09 de novembro de 1904, à conhecida Revolta da Vacina, na cidade do Rio de Janeiro, movimento deflagrado a partir da publicação do decreto, denominado “ditadura sanitária”, que regulamentava a aplicação obrigatória da vacina contra a varíola (SCHWARCZ, 1993; HERSCHMANN, 1994).

4.2 O PENSAMENTO MÉDICO RACISTA NA BAHIA E RIO DE JANEIRO NO FINAL DO SÉCULO XIX E INÍCIO DO SÉCULO XX: A DEGENERESCÊNCIA DE NEGROS E MESTIÇOS

Tendo sido a primeira instituição de formação médica oficialmente instituída no Brasil, em 1808, a Escola de Medicina da Bahia, transformada em Faculdade de Medicina, em 1832, deixou um precioso legado à medicina brasileira, tendo como seu principal expoente o médico maranhense Raimundo Nina Rodrigues, que, em 1889, iniciou sua carreira como professor adjunto da cadeira de clínica médica dessa faculdade (CORRÊA, 1988).

Mesmo antes de terminar o curso de medicina, em 1888, e ainda recém-formado, Nina Rodrigues, em seus primeiros trabalhos, enfatizava a importância do comportamento de grupos sociais, indo para além das análises de casos individuais. Tinha como interesse principal, não somente as doenças que acometiam os indivíduos, mas sobretudo todas as manifestações que pudessem caracterizar uma “patologia social”. Dessa forma, dedicou-se a estudar, desde os

hábitos alimentares que considerasse nocivos à saúde da população, até moléstias endêmicas. Já explicitava também, nessa época, a sua visão da raça negra como elemento patológico na composição da população. Seus trabalhos, nesse primeiro período (1886-1892), mostravam também uma característica que se manteria importante ao longo de sua trajetória: a intervenção na realidade social de seu tempo (CORRÊA, 1988).

Nina Rodrigues foi autor de inúmeros artigos publicados na revista médica baiana *Gazeta*, estabelecendo uma correlação da questão racial com a degenerescência e o adoecimento. O argumento era o estabelecimento da diferença entre as raças e a condenação da mestiçagem. Partindo dos modelos social-darwinistas, fazia uma leitura da realidade nacional, sobre a qual recaía a degenerescência, consequência direta da mestiçagem, sendo, portanto, objeto de condenação (SCHWARCZ, 1993).

Segundo Schwarcz (1993), na obra *O problema negro no Brasil* (1933), Nina Rodrigues trouxe para o campo da cientificidade o pensamento de que os grupos negros eram um impedimento para a civilização branca, representando um dos fatores importantes da inferioridade do povo brasileiro. Tal fato, segundo as pesquisas de Rodrigues, assentava-se no extremado processo de miscigenação.

Fica evidente, portanto, que a racionalidade médica baiana, naturalmente influenciada pelas ideias e estudos de Nina Rodrigues, pensava a nação mais em termos raciais do que pelas perspectivas econômicas e culturais. Com isso, as epidemias deixavam de ser analisadas e combatidas dentro de uma lógica de adoecimento coletivo, para ter status de uma condição que tanto promovia o distanciamento da almejada perfectibilidade branca quanto denunciava a fraqueza e a inferioridade biológica que prevalecia no país. Fato muitas vezes retratado nas revistas científicas, cujas publicações correlacionavam as doenças com a mestiçagem, a partir de relatos médicos e estatísticas e de imagens e fotografias que expunham a população mestiça, acometida pelas moléstias infectocontagiosas (SCHWARCZ, 1993).

De acordo com Schwarcz (1993), tal pensamento era tão naturalizado que, em muitas produções científicas dos médicos baianos, fazia-se uma correlação da epidemiologia com a questão racial, estabelecendo-se vínculos inusitados entre as doenças epidêmicas e as raças, que eram compreendidas como fatores condicionantes para tais moléstias. A sífilis, por exemplo, era entendida como sinal de degenerescência mestiça e, para que pudesse ser analisada em profundidade, era preciso uma análise não só do indivíduo, mas também da raça a que ele pertencia. Tal exemplo não representa um caso isolado dessa correlação; era uma tendência geral autores e médicos fundamentarem na questão racial suas especulações e diagnósticos referentes ao destino da nação.

Nina Rodrigues também inaugurou na Bahia, no final do século XIX, os estudos da Medicina Legal, tendo sido sua orientação teórica mais duradoura, especialmente após ter tomado conhecimento das obras de Lombroso e seu grupo de trabalho, bem como de Lacassagne e sua equipe, aos quais dedicou o seu primeiro livro e aos quais teria visitado pouco antes de morrer, em 1906 (HERSCHMANN, 1994; CORRÊA, 1998).

Segundo Corrêa (1998), desde meados do século XIX, a craniometria, a craniologia e a antropometria tornaram-se áreas específicas do conhecimento médico e começaram a definir a antropologia como ciência do homem, seja no sentido de humano, seja no sentido de masculino. Nos Estados Unidos, a chamada “Escola Antropológica Americana” formou-se em torno de Samuel George Morton (1799-1851), que fez um estudo sistemático de milhares de crânios humanos, recolhidos na América do Norte, Egito e América do Sul, sendo, posteriormente, medidos e pesados, para que pudessem subsidiar uma pesquisa comparativa das medidas cranianas de vários grupos humanos. Tal pesquisa ofereceu o suporte empírico necessário ao naturalista Louis Agassiz (1807-1876) para a comprovação de sua teoria sobre o poligenismo, segundo o qual haveria uma origem múltipla das raças humanas, contrariamente à teoria do monogenismo, segundo a qual a raça humana teria originado de um casal bíblico.

Na França, Paul Broca (1824-1880), fundador da Sociedade Antropológica de Paris, em 1859 e da Escola de Antropologia, em 1876, aperfeiçoou os métodos de medida craniana, a partir da criação de inúmeros instrumentos precisos – o craniômetro, o craniógrafo, o cefalógrafo, o estereógrafo – centralizando sua pesquisa na análise do cérebro, que na escola americana não era analisado. Seu prestígio científico foi indubitavelmente um dos responsáveis pela disseminação da relevância atribuída ao peso e ao tamanho do cérebro, tanto das mulheres, quanto das raças não brancas, como critério definidor seja da incapacidade intelectual, seja de outras incapacidades (CORRÊA, 1998).

Porém, entre esses médicos antropólogos do século XX, o nome mais conhecido foi, sem dúvida, o do italiano Cesare Lombroso (1836-1909), uma das grandes influências de Nina Rodrigues e responsável pela criação da antropologia criminal. Diferentemente dos demais, Lombroso não se limitou, dentro de seus estudos dos biotipos criminais, à pesagem e medida dos crânios nem da análise de seu conteúdo. Avançou na criação de uma taxonomia de traços faciais e corporais, denominados estigmas, os quais permitiam, segundo ele, a detecção daquilo que pudesse subsistir de nossos ancestrais primitivos nos homens e mulheres contemporâneos, induzindo-os ao crime e à loucura (CORRÊA, 1988).

Corrêa (1988) aponta que, a despeito do destaque no cenário científico da época, as teorias de Lombroso não passaram incólumes de críticas referentes ao determinismo estreito

que carregavam, o que levou Nina Rodrigues a incorporar outras perspectivas teóricas em seus trabalhos, porém sem abandonar a suposição básica das pesquisas do cientista italiano a respeito da hereditariedade e seus desdobramentos, apreendidos como fatos inegáveis, o que, em maior ou menor grau, era compartilhado por quase todos os cientistas da época.

Corrêa (1988) também destaca que a consequência mais significativa para essas pesquisas, desta nova concepção política e penal, foi o deslocamento da questão da responsabilidade:

A liberdade de vontade, a intenção de atuar conscientemente de determinada maneira, em determinada direção, deixava de ser relevante no julgamento de um ato ou na análise de um acontecimento, uma vez que o comportamento de cada um estava predeterminado pela sua pertinência a certas classes biológicas que, se foram pesquisadas e definidas em prisões e hospícios, acabaram por ser utilizadas para a sociedade como um todo. A questão da responsabilidade deixava de girar em torno do ‘livre arbítrio’ como chamada da escola clássica de direito, e passava-se a investigar quais as medidas de ‘defesa social’ mais adequadas para lidar com aquelas ameaças. A necessidade de calcular precisamente qual o grau de periculosidade – noção, como a do estigma, devida ao grupo italiano – real ou virtual de cada um, deu também uma nova relevância à figura do perito, o especialista nesse cálculo (CORRÊA, 1998, p. 91).

Nina Rodrigues, por sua vez, na definição da perícia médico-legal, invocaria como igualmente relevantes tanto as questões de evidência mais direta ou técnica, quanto as relacionadas à definição do estado psíquico de um acusado/paciente. Apesar da constante luta pela valorização da formação especializada do perito, este não era um especialista na acepção atual do termo. Diferentemente da França, onde, desde 1838, o perito médico estava incorporado ao procedimento penal, com a realização de autópsias ou exames toxicológicos, sendo o responsável pelo destino de criminosos loucos (CORRÊA, 1988).

Schwarcz (1993) aponta que, dentro dessa lógica, como o criminoso era um doente que se diferenciava dos demais apenas pelo tipo de moléstia, os médicos reivindicavam para si independência para o tratamento desses sujeitos. Tal reivindicação era encabeçada por Nina Rodrigues e sua incansável defesa da medicina legal e da necessidade de sua autonomia. A partir desse movimento, consolidou-se um processo de afirmação profissional, do qual naturalmente se depreendeu uma defesa da medicina legal como saber médico diferenciado, mas, principalmente, obteve-se a criação de uma identidade de grupo, com a mudança da imagem social dos médicos, cuja prática, por muito tempo, havia sido menosprezada.

De acordo com Schwarcz (1993), o desenvolvimento e a capilarização dessas teorias no início do século XX representaram fortalecimento dos modelos raciais de análise no campo da

medicina, a qual, a partir da utilização mais direta dos modelos darwinistas-sociais, adquiriu destaque no cenário médico nacional. Nesse novo campo, o objeto principal de análise não era mais a doença ou o crime, mas o criminoso.

Assim, a maior parte das pesquisas buscava relacionar a criminalidade com a degeneração, de modo que, objetivando identificar as raças, refletir sobre o atraso a elas relacionado e problematizar a fragilidade dos cruzamentos, os estudos de frenologia ou craniologia¹⁷ foram os primeiros a serem aplicados. No entanto, tais estudos eram válidos somente para a identificação das raças e análise de suas responsabilidades, sendo inadequados quando se referia à análise do criminoso, uma vez que, supostamente, apenas marcavam o estágio mental evolutivo do delinquente (SCHWARCZ, 1993).

A medicina legal, portanto, adquiriu ascensão na hierarquia social e estabeleceu uma ciência brasileira dedicada aos estudos da degenerescência racial, segundo a qual determinados estados tidos como patológicos (embriaguez, violência, epilepsia, amoralidade) serviam de comprovação dos modelos do darwinismo social e conseqüente condenação do cruzamento inter-racial, indicativo da imperfectibilidade gerada por uma hereditariedade mista. Assim, a partir de justificativas evolucionistas e da consciência da amplitude de atuação, os profissionais médicos partiram para a disputa de novos espaços de poder, entre os quais o até então reservado aos profissionais do direito (HERSCHMANN, 1994; SCHWARCZ, 1993).

De acordo com Schwarcz (1993), na ótica médica, com base em um projeto médico eugênico, objetivava-se curar um país enfermo, eliminando os fatores responsáveis pela degenerescência, a fim de que a população se restringisse a uma grupalidade próxima a uma possível perfectibilidade. Nesse contexto, estabeleceu-se uma oposição entre dois campos: se, por um lado, ao perito médico, caberia diagnosticar, restando ao profissional de direito tão somente o papel de assessor para pôr sob a forma da lei o diagnóstico do perito, por outro lado, as faculdades de direito postulavam que cabia aos juristas a criação de códigos legais, numa tentativa de unificação do país, reservando-se ao médico o papel de técnico com a função de auxiliar o bom desempenho dos profissionais da lei.

¹⁷ Frenologia ou craniologia surge a partir dos estudos de Franz Joseph Gall e de seu discípulo Johann Kasper Spurzheim (1776-1832), no final do século XVII e início do século XIX, cuja ideia era de que a conformação da caixa craniana, de acordo com seu tamanho e suas protuberâncias, indicava diferentes aspectos da personalidade do indivíduo (MACEDO, 2014).

Essa querela entre os intelectuais da área médica e do direito fez com que, no final do século XIX, os médicos multiplicassem suas críticas ao Código Penal brasileiro, por julgarem que este priorizava o crime e não o estado mental do criminoso, de maneira a igualar os seres humanos sem nenhuma distinção. Com isso, embasados nas teses de Nina Rodrigues, que defendia a impossibilidade de se julgar da mesma maneira raças com níveis de evolução distintas, a intelectualidade médica baiana fazia coro ao combater a ideia de que a igualdade era produto da criação dos “homens de lei”, desconsiderando qualquer embasamento científico (SCHWARCZ, 1993).

Segundo Hofbauer (2006), Nina Rodrigues negava que entre as civilizações inferiores (como a negra) houvesse uma consciência do dever e do direito formal, condição essencial para a aquisição de uma responsabilidade penal. Isso justificava a defesa de um tratamento diferenciado dos criminosos segundo seu grau de desenvolvimento racial.

Schwarcz (1993) enfatiza que tal percepção dos intelectuais médicos baianos será aprofundada a partir da década de 1920, com os estudos da medicina mental e da alienação. Nina Rodrigues, antes de sua morte precoce em 1906, deslocou sua atenção dos aspectos fisiológicos para as características psíquicas do comportamento humano, corroborando as ideias dos médicos dedicados à medicina legal, os quais defendiam sobremaneira a instituição dos “manicômios judiciários”. No entanto, tal defesa de uma medicina legal ajustada ao desenvolvimento das raças, ou a luta pela instalação de tais manicômios, não escondia o temor presente na época quanto ao futuro da nação. Afinal, tendo como fundamento as teorias poligenistas do darwinismo social, era natural a descrença no desenvolvimento de um país composto por raças subdesenvolvidas, como a negra e a indígena, fora os mestiços, que constituíam maioria absoluta em nossa população.

As concepções evolucionistas raciais de Nina Rodrigues fizeram-no sempre questionar a possibilidade de um desenvolvimento próspero do Brasil devido exatamente ao grande contingente de negros entre a população brasileira. Embora não tenha descartado radicalmente a possibilidade de alguma consequência positiva casual do processo de mestiçagem, Rodrigues manteve a radicalidade da ideia de que a raça negra seria sempre um dos fatores de nossa inferioridade enquanto povo (HOFBAUER, 2006).

Esse cenário de desesperança foi modificando-se no final da década de 1920, quando as teorias europeias passaram a dividir os mestiços em categorias de “bons” e “maus”, apontando que a degenerescência, produto da mestiçagem, não deveria ser compreendida como um fenômeno irreversível. Assim, as raças passaram a ser entendidas como passíveis de mutação e sujeitas a um processo contínuo de saneamento. Entram em cena as teorias eugênicas que

influenciaram a elite intelectual brasileira em geral e a médica em particular, rompendo, inclusive, com o radicalismo da Faculdade de Medicina da Bahia (SCHWARCZ, 1993).

Diante do estado de pessimismo e passividade instalado frente ao diagnóstico de inferioridade racial do Brasil, a construção de um ideal eugênico constituía-se no argumento central para a sobrevivência da nação. O objetivo era cuidar da raça branca e reverter o processo à total degeneração. Nessa lógica, apesar de permanecer o mal-estar relacionado à mestiçagem, o mestiço passava a ser objeto de uma possibilidade de saneamento ou regeneração (SCHWARCZ, 1993).

A preocupação dos médicos baianos, de acordo com Schwarcz (1993), instalava-se no segmento negro da população, considerado irremediavelmente enfermo. Sobre esse segmento, ao qual restava apenas a reprodução e condenado à progressiva decadência em virtude de sua própria inferioridade que o levaria à esterilidade e mortandade, deveriam recair medidas mais extremadas. Entre os mestiços havia também os considerados absolutamente enfermos – alcoólatras, loucos, epiléticos, doentes – para os quais a única solução seria o desaparecimento *darwinisticamente* esperado.

Em contrapartida, se, por um lado, as teorias eugênicas ajudavam a explicar a seleção natural e a extinção dos mais fracos, por outro, eram descartadas quando se tratava de pensar na perfectibilidade dos “bons mestiços” ou na homogeneização das raças, o que era incompatível com os modelos poligenistas. Dessa forma, a fim de garantir certa originalidade no caso brasileiro, percebeu-se uma adaptação dos modelos estrangeiros: as práticas eugênicas, no Brasil, promoviam uma condenação seletiva nos cruzamentos, poupando determinados seguimentos da população (SCHWARCZ, 1993).

Já os médicos cariocas passaram a ter a questão racial como objeto de análise somente após o movimento higienista, aproximando-se, com isso, dos interesses centrais da escola baiana. De acordo com Schwarcz (1993), para tais profissionais, as doenças teriam vindo da África, trazidas pelos escravos, ou da Europa e da Ásia, a partir da entrada de mão de obra imigrante. Havia, naquela época, um debate sobre a temática que opunha, de um lado, médicos que defendiam a noção de contágio e, de outro, aqueles que advogavam a ideia de infecção. De qualquer forma, o que ficava evidente era uma certa concepção que vinculava a doença a determinadas raças imigrantes. Consenso, também, era o fato de que o nosso enfraquecimento biológico seria resultado da mistura racial.

Em consonância com os modelos autoritários de atuação empregados pelos médicos cariocas nas campanhas higienistas, Schwarcz (1993) aponta que eles inovavam tanto ao advogar a seleção eugênica da imigração, quanto ao oferecer seus serviços ao Estado para a

criação de estratégias limitadoras da entrada de novos imigrantes não europeus no país. Havia uma intenção, por parte dos médicos, de curar as raças, da mesma forma que conseguiram, em grande parte, curar as grandes epidemias. Assim, a ideia era tanto a recusa de imigração de determinados tipos de imigrantes que representariam o “mal que vem de fora”, como a implementação de medidas que visassem à situação interna do país, considerada degenerada.

Um dos nomes de destaque nessa linha de pensamento foi João Batista de Lacerda (1845-1915): médico de formação e, embora partidário das teorias de Spencer e de métodos de pesquisa como a craniologia, não muito diferentes das utilizadas por Nina Rodrigues, chegou a conclusões opostas às dele, em suas análises do povo brasileiro. Apesar de compreender a evolução do homem como produto de uma influência decisiva das “leis da natureza”, Lacerda afirmava que a inferioridade das raças atrasadas se devia, em primeiro lugar, ao mundo de seus valores – considerados mais primitivos do que os das raças adiantadas. Em virtude de sua crença em Deus, o cientista pensava que o cristianismo era o único elemento da evolução que podia impedir a opressão e a destruição dos povos inferiores pelos superiores e, dessa forma, manipular o destino da seleção natural. Logo, em seu pensamento, a primazia da fé cristã opunha-se à exaltação da “razão pura” (HOFBAUER, 2006).

Embora, como Nina Rodrigues, Lacerda compartilhasse da ideia de que, no Brasil, o longo contato dos negros com os brancos, tenha levado estes a terem seus dotes morais prejudicados, absorvendo vícios peculiares daqueles, sua esperança no ideário de construção de um novo país teve grande influência em suas considerações sobre o cruzamento inter-racial. Como diretor do Museu Nacional, Lacerda foi nomeado pelo presidente da República para representar o país no primeiro Congresso Universal das Raças, em 1911, em Londres, no qual apresentou sua tese de que os produtos do casamento entre branco e negro não constituíam uma raça própria em razão de sua pouca estabilidade, tendendo a retornar ao tipo branco ou preto. Portanto, o mestiço aparece em seus estudos como sujeito em vias de transformação em branco (HOFBAUER, 2006).

De acordo com Hofbauer (2006), diferentemente de Nina Rodrigues, cujo discurso privilegiava, de certa forma, a “raça pura” e demonstrava desprezo à mistura inter-racial, Lacerda enfatizava as qualidades do mestiço em relação ao negro, ressaltando que havia entre os mestiços, poetas, escritores, músicos, escultores, artistas de todos os tipos, médicos, engenheiros e artesãos. Afirmava que, a despeito de os mestiços fisicamente serem mais fracos que os negros, intelectualmente, apresentavam incontestável superioridade. Segundo Skidmore (2012), Lacerda chegou a tais conclusões a partir da descrição dos efeitos do processo histórico

de miscigenação entre africanos e europeus no Brasil, afirmando que, em virtude de tal fenômeno, em um século, mestiços e negros desapareceriam do território nacional.

Lacerda acreditava que dois fatores seriam determinantes para transformar o Brasil em um dos principais centros do mundo civilizado: o primeiro consistia na imigração de europeus e a conseqüente seleção sexual, a partir de casamentos com os brancos, que iria, naturalmente, clarear a população; o segundo seria o conseqüente desaparecimento do mestiço e, posteriormente do negro, ao longo desse processo. Aqui, também diferentemente de Nina Rodrigues, a diferença entre brancos e negros não ganha destaque na análise. Os africanos e seus descendentes são concebidos, igualmente, como uma raça própria, que, por meio “de sua contribuição à construção da sociedade brasileira, é transformada em elemento nacional e, dessa forma, absorvida pela dominante cor/raça branca” (HOFBAUER, 2006, p. 210-211).

Conforme nos diz Skidmore (2012), o documento de Batista de Lacerda, que expunha a extinção dos mestiços em um prazo de 100 anos, foi criticado por brasileiros que se incomodaram com uma estimativa cronológica muito longa. Procurando responder a essas críticas, em 1912 produziu um panfleto apresentando estatísticas fornecidas pelo professor de antropologia do Museu Nacional, Roquete-Pinto, cujo trabalho de levantamento de dados não oficiais demonstrava que a população branca, naquela época, já correspondia a 50% do total.

Em 1921, o presidente do estado de Mato Grosso fez concessões de terras a colonos e pioneiros, porém, ao ser ventilado pela imprensa que, entre esses colonos, haveria a possibilidade da vinda de negros dos Estados Unidos, a decisão foi imediatamente revogada. Afrânio Peixoto (1876-1947), médico e escritor, durante um debate público sobre tal medida e a conseqüente entrada de negros norte-americanos no estado de Mato Grosso, apostou: “trezentos anos, talvez, levaremos para mudar de alma e alvejar a pele; e, se não brancos, ao menos disfarçados, perderemos o caráter mestiço”. Frente à ameaça do influxo de um grande contingente de negros, interrogou: “teremos albumina bastante para refinar toda essa escória?... Deus nos acuda, se é brasileiro!” (NASCIMENTO, 2016, p. 88).

Nos anos de 1920, influenciado pelas teorias eugênicas, o olhar médico no Rio de Janeiro passou a dividir a população entre regeneráveis e não regeneráveis, aos quais eram impostas medidas absolutamente diversas a depender do grupo de pertença. Ao primeiro grupo – dos regeneráveis –, alvo de todas as atenções, investia-se na educação, incitava-o a casamentos desejáveis, bem como aos bons hábitos, estimulando-o a evitar as perversões, de forma que a nação era pensada pelos eugenistas como um corpo homogêneo e saudável, devendo, portanto, passar por um acelerado processo de mudança, com vistas a transformar a

população local mestiça, por meio da modificação de suas características físicas e morais, em exemplares representantes arianos (SCHWARCZ, 1993; HERSCHMANN, 1994).

Com relação ao segundo grupo de “doentes crônicos” – os não regeneráveis –, existiam posicionamentos distintos: alguns médicos, mais moderados, previam o seu desaparecimento natural pela degenerescência, que sucumbiria à superioridade genética, seja dos brancos puros ou dos regeneráveis; outros, mais radicais, viam na esterilização o único meio eficaz de ação. Para tais cientistas, familiarizados com os projetos eugenistas alemães, particularmente com a política restritiva adotada pelos Estados Unidos da América, que levou à aprovação da lei de imigração de 1924¹⁸, não haveria outra solução para o país senão medidas radicais de controle da população (SCHWARCZ, 1993).

Assim, de acordo com Schwarcz (1993), criando uma hierarquia mais rígida a partir de uma ótica eugênica, a medicina carioca, numa perspectiva de sombrear as estruturais desigualdades econômicas e sociais da sociedade brasileira, fez uma divisão do país entre capazes e incapazes, entre perfectíveis e degenerados, de modo que ele passou a ser entendido pelo viés racial, que explicava o sucesso político de alguns, os fracassos econômicos de outros, bem como as hierarquias sociais.

Na década de 1920, as faculdades de medicina da Bahia e Rio de Janeiro, embora por caminhos distintos, chegaram à conclusão de que, para se cuidar da nação, fazia-se emergencial cuidar da raça, cabendo aos médicos o privilégio da realização de tal tarefa. A despeito de percursos teóricos distintos entre essas duas escolas, ambas tinham um projeto de cunho social, assentado na imposição da visão médica sobre a sociedade, e ambas compartilhavam a adoção de um projeto eugênico para o país (SCHWARCZ, 1993; 2012).

De acordo com Schwarcz (1993), embora ambas as escolas de medicina compartilhassem do ideal eugênico, era justamente nesse aspecto que se localizavam diferenças relevantes: se, para a medicina baiana, a eugenia representou uma possibilidade de se atenuar o pessimismo que imperava sobre o futuro da nação, devido à crença na inexorabilidade da degenerescência causada pela miscigenação, para a faculdade carioca, o reconhecimento da eugenia representou a criação de novos espaços de atuação social para o médico. Este, habituado a liderar amplos programas higiênicos e campanhas de vacinação compulsórias, pôde, a partir da perspectiva de implementação de medidas eugênicas, encontrar uma forma de continuísmo dos projetos de inserção social. Tratava-se, em última instância, de mais uma

¹⁸ Lei de Imigração ou Lei Johnson-Reed de Imigração, de 1924, estabeleceu, pela primeira vez, restrições numéricas à imigração nos Estados Unidos da América. Para mais informações consultar NGAI (2008).

modalidade de controle, a partir da qual haveria a possibilidade de se prever a futura geração do país e de se eliminar a descendência não desejável.

Portanto, fica evidente que a ascensão do médico à condição de intelectual prestigiado do final do século XIX e início do século XX, bem como da medicina ao patamar de um saber científico passível de produzir a regeneração, marcou decisivamente o discurso construído sobre o Brasil a partir de então. Esses discursos tiveram como tema central a tensão entre “identidade nacional” e a superação da “limitação cultural” e do atraso, discursos estes que se constituíram no alicerce sobre o qual se assentaram as principais ideias que tentavam explicar a realidade nacional, a partir de um paradigma excludente e autoritário (HERSCHMANN, 1994).

5 UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

No intuito de avançar na investigação e problematização deste objeto de pesquisa, fez-se necessário contextualizá-lo no cenário histórico da construção da sociedade brasileira, a partir do qual sistemas de crenças e padrões culturais foram estabelecidos, fundamentando estruturas complexas que concorreram para a produção e manutenção de inúmeras desigualdades manifestas em diversas práticas sociais (LOPES, 2016).

Como o campo para a realização desta pesquisa foi a Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual se produzem as relações cotidianas dos médicos de família brancos com os sujeitos não brancos, usuários do sistema público de saúde, julgo importante iniciar tal contextualização histórica a partir de alguns apontamentos sobre a trajetória da saúde pública brasileira. Isso porque os avanços em termos de promoção da cidadania, bem como as dificuldades e limitações presentes no processo de construção das políticas sociais no nosso país têm influência nas formas como se tecem, em nossa sociedade, as desigualdades sociais em saúde.

A luta pela democracia e contra a ditadura militar entre os anos de 1970 e 1980 agregou-se à influência de reformas sociais implementadas ao longo do século XX em vários países. O objetivo era o “estado de bem estar social”¹⁹, o que, dentro de uma conjuntura política favorável no Brasil, viabilizou a construção de um projeto civilizatório, cuja proposta era a criação de políticas sociais que rompessem com o caráter excludente de nossa sociedade, garantindo o pleno direito de cidadania à significativa parcela da população vítima de profundas desigualdades sociais (NORONHA; SOARES, 2001).

A partir desse conteúdo ideológico, foi estruturado o movimento da reforma sanitária brasileira, tendo a saúde não como uma questão a ser resolvida pelos serviços médicos exclusivamente, mas como uma prioridade de política social a ser abordada nos espaços públicos sob a responsabilidade do Estado (GIOVANELLA, *et al.*, 2012).

O marco desse novo tempo, representando uma conquista indiscutível no campo da luta por condições dignas de saúde da população, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, cujo tema foi a saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado.

¹⁹Estado de bem-estar social, Estado-providência ou Estado social é um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado como agente da promoção social e organizador da economia. Nesta orientação, o Estado é o agente regulamentador de toda a vida e saúde social, política e econômica do país, em parceria com sindicatos e empresas privadas, em níveis diferentes de acordo com o país em questão. Cabe, ao Estado do bem-estar social, garantir serviços públicos e proteção à população (SCHUMPETER, 1908).

Apresentando propostas de reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor, tal conferência tornou-se uma importante referência histórica por ter subsidiado intensos debates, que resultaram na introdução da Seguridade Social na Constituição Federal de 1988 pela Assembleia Nacional Constituinte. A partir desse marco, a saúde passou a configurar-se como um direito universal, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual, a ser provido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (NORONHA; SOARES, 2001). Assim, o Brasil retomou o regime democrático ao trazer na Carta Magna, em seu artigo 196, o reconhecimento da

[...] saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Dessa forma, a materialidade da política de saúde deu-se pelas leis de nº 8080 e 8142, de 1990, que estabeleceram os princípios e diretrizes norteadores do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), entre os quais se destacam: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; integralidade da assistência; participação da comunidade e descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990).

Com isso, promoveu-se uma ruptura da linha divisória na história da saúde pública brasileira, que separava os que tinham direito restrito à assistência à saúde, por estarem inseridos no mercado formal de trabalho e contribuindo para a previdência social, do restante composto por desempregados e trabalhadores informais, para os quais o acesso à saúde era caracterizado pelo assistencialismo (PAIM, 2008).

A questão do direito à saúde surgia em um cenário onde eclodiam as lutas dos movimentos sociais, os quais traziam para o debate a tensão entre duas perspectivas distintas: de um lado, o esforço pela distribuição e garantia dos direitos e dos recursos necessários para a sua efetiva conquista e, de outro, a batalha pelo reconhecimento de diferenças historicamente construídas. Entrava na cena política a problematização sobre o combate às injustiças e desigualdades econômicas e sociais, as quais, por serem presumidas, foram positivadas e reafirmadas ao longo do tempo, tornando-se estruturais na sociedade brasileira e, portanto, de difícil dissolução (FRASES, 2012).

5.1 A TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A partir de meados da década de 1980, antes mesmo da instituição do SUS, iniciou-se, no Brasil, um movimento de investimento na atenção primária à saúde, a partir do desenvolvimento de experiências municipais esparsas e de integração universidades-serviços. Primeiramente houve uma tentativa de integração dos serviços de atenção individual da Previdência Social com os serviços públicos de saúde de estados e municípios, a partir de um programa de assistência médica previdenciária, que configurou as estratégias de Ações Integradas de Saúde (AIS) (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

De acordo com Pinto e Giovanella (2018), tais ações subsidiaram, após a promulgação da Constituição de 1988 e da instituição das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – Lei nº. 8080/90 e 8142/90 –, o desenvolvimento de ações e serviços de saúde que tinham como *locus* privilegiado os municípios. Inicialmente houve a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), particularmente na região nordeste do país (Ceará e Pernambuco) e, logo em seguida, o Programa de Saúde da Família (PSF), a partir do qual foram constituídas as chamadas equipes de saúde da família, formadas por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe deveria atuar dentro de um território definido e tinha sob sua responsabilidade até 4500 pessoas. Com o passar do tempo, esse número foi sendo reduzido (4000 e 3000) pelo entendimento da incompatibilidade entre uma boa assistência e a sobrecarga de demanda. Assim, renunciava-se o que seria uma Política Nacional de Atenção Básica no Brasil:

Gradativamente, essa política passou a refletir os anseios enunciados pela OMS, quando publicou o Relatório Primary Health Care Now More Than Ever convocando todos os governos a refletirem sobre a necessidade de pensar em mudanças que pudessem traduzir a integração entre os princípios da atenção primária à saúde e as expectativas dos cidadãos. Estas incluíam transformações na cobertura pública universal, na prestação de serviços reorganizados a partir das necessidades e expectativas das pessoas; nas políticas públicas que assegurassem comunidades mais saudáveis e na mudança de liderança, para um modelo mais inclusivo (PINTO; GIOVANELLA, 2018, p. 1905).

Com o passar dos anos e com a conseqüente expansão do PSF, foi necessária a organização de uma base do sistema de saúde, em que o PSF deixou de ser considerado um programa para ascender ao status de uma estratégia estruturante desse sistema. Assim, em 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 648, que instituía a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considerada o marco histórico para a consolidação

nacional e a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com vistas à organização da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2006). Posteriormente à sua implementação, a PNAB passou por duas revisões publicadas pelo Governo Federal, uma em 2011 (BRASIL, 2011) e outra em setembro de 2017 (BRASIL, 2017).

Com a descentralização do sistema público de saúde prevista na Constituição Federal de 1988 e orientada pelas LOS de 1990, os municípios brasileiros paulatinamente passaram a responsabilizar-se pela atenção à saúde de seus habitantes, o que se configurou em uma radical mudança do ponto de vista institucional, gerencial, político e financeiro. Tal processo de mudança fez com que cada município criasse uma estrutura gerencial, a partir de Secretarias Municipais de Saúde, cujas responsabilidades visavam à implantação de serviços, inclusive em territórios até então desprovidos de qualquer tipo de assistência à saúde. Além disso, essa municipalização implicava a participação dos municípios na contrapartida do financiamento do sistema.

Atualmente, a maioria dos 5570 municípios espalhados por todas as federações do país são, em certa medida, responsáveis não só pela atenção primária à saúde de seus habitantes, mas também, juntamente a outros da mesma região e em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, pela atenção especializada e hospitalar. Dessa forma, a atenção primária à saúde tem favorecido, por meio de suas estratégias no âmbito dos sistemas sanitários, tanto a melhoria das condições de saúde da população quanto a promoção da equidade, com vistas à maior eficiência dos serviços e menor custo.

A Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com Starfield (2002), fundamenta-se em quatro atributos principais e três derivados. Os principais são: a) acesso de primeiro contato: prevê tanto a acessibilidade como a utilização de um mesmo serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das emergências médicas; b) longitudinalidade: existência de uma fonte permanente de atenção ao longo do tempo, estabelecendo o contínuo do cuidado, bem como a relação de interpessoalidade intensa que possa expressar confiança mútua entre os usuários e os profissionais; c) integralidade: amplo leque de serviços disponíveis e ofertados pelos equipamentos constituintes da APS – ações de atenção integral, tanto no que tange à perspectiva biopsicossocial do processo saúde e doença, como também ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, inclusive para os casos de maior complexidade, que deverão ser devidamente referenciados para os outros níveis de atenção; d) coordenação: está diretamente relacionada à longitudinalidade, já que pressupõe a continuidade do cuidado, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, além do reconhecimento e da

adequada abordagem de problemas primeiramente diagnosticados em outros serviços, promovendo sua integração no cuidado global do paciente.

Os três atributos derivados da APS são: a) orientação familiar: refere-se à consideração do contexto da família na avaliação das necessidades individuais para uma atenção integral, seja no que tange ao potencial de cuidado dessa família, seja à ameaça que ela pode produzir para a saúde dos sujeitos; b) orientação comunitária: que se faz a partir dos dados epidemiológicos que permitem o diagnóstico das necessidades de saúde dos coletivos, sem, naturalmente, prescindir dos contatos diretos com a comunidade, a partir dos quais se realiza os planejamentos, bem como a avaliação conjunta dos serviços; c) competência cultural: diz respeito à adaptação das equipes e profissionais de saúde às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação (STARFIELD, 2002).

A partir desses atributos principais e derivados da APS, particularmente após a instituição da Portaria nº. 2488 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), foi fortalecida a PNAB, que aprovava essa política e estabelecia a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, da ESF e do PACS, processo que se assentou nos seguintes princípios orientadores:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011, p. 19).

Nesse sentido, a ESF, embasada nos princípios da APS e amparada pela PNAB, promove um tensionamento para a mudança do modelo assistencial, ainda profundamente

influenciado pelo paradigma biomédico hegemônico. Assim, ter uma equipe multiprofissional com função de porta de entrada preferencial da atenção na rede foi, sem dúvida, uma grande inovação, cujo objetivo é a garantia de maior efetividade pela possibilidade de coordenação do sistema de saúde.

5.2 O CUIDADO COMO UMA POLÍTICA SOCIAL

No ano de 2003, em um contexto de avanços e contradições que permeavam o processo de institucionalização das propostas elaboradas no movimento da reforma sanitária, foi concebida a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, conhecida como PNH, ou HumizaSus (SOUZA; MAURÍCIO, 2018). Tal política foi uma resposta, após avaliação do sistema público de saúde, à constatação do despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva individual da produção do cuidado, sobretudo na valorização dos campos pessoal, emocional, comunicacional e relacional.

Esse diagnóstico relacionava-se, principalmente, com os aspectos de precarização profissional devido à presença de modelos de gestão centralizados e verticalizados. Neles, os trabalhadores desapropriam-se de seu processo de trabalho, o que é agravado por uma graduação profissional centrada no aprendizado técnico e individualizado, resultando profissionais despreparados para uma assistência humanizada (SOUZA; MAURÍCIO, 2018).

Visando à inclusão de trabalhadores da saúde, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, o HumanizaSus parte do pressuposto de que a comunicação entre esses três atores do SUS produz desconforto, o que é considerado pela PNH uma força motriz para mudanças efetivas na produção da saúde. Nesse sentido, humanizar traduz-se em uma ação em que a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado é elemento essencial para a construção coletiva e compartilhada de novas formas de se pensar e fazer saúde (BRASIL, 2010).

Dessa forma, tal política tem como princípios: a) transversalidade: transformação das formas de relação e comunicação entre os atores implicados nos processos de produção da saúde, buscando diminuir as fronteiras que separam a diversidade de saberes, bem como as dos territórios de poder e dos modos pelos quais as relações de trabalho se instituem; b) indissociabilidade entre atenção e gestão: fazer com que os modos de cuidar não se dissociem das formas de gerir e se apropriar do trabalho, ou seja, inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos, tendo como fim a integralidade do cuidado e a integração do processo de trabalho; c) protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos

sujeitos e dos coletivos: o trabalho realizado numa lógica de produção de si e produção do mundo, abarcando as diferentes realidades sociais – econômicas, políticas, institucionais e culturais. Assim, quando operadas a partir da afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que compartilham responsabilidades nos processos de gerir e de cuidar, as mudanças na gestão e na atenção passam ser efetivas e fortalecidas (BRASIL, 2010).

Por fim, a PNH tem como diretrizes que orientam suas ações: a) acolhimento: compreendido como um valor das práticas de saúde, as quais devem sempre reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, requer, para isso, ser construído de forma coletiva, partindo sempre da análise do processo de trabalho e visando ao estabelecimento de relações de confiança, compromisso e vínculo entre todos os atores envolvidos; b) gestão participativa e cogestão: expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão; c) ambiência: criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas; d) valorização do trabalhador: dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho; e) defesa dos direitos dos usuários do SUS: incentivando o conhecimento desses direitos pelos usuários, assegurar que sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta; f) clínica ampliada: a partir da abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, considerar a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Com isso, combate-se a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia (BRASIL, 2010).

Ao colocar em perspectiva tais princípios e diretrizes da PNH, evidencia-se a necessidade de maiores reflexões sobre a maneira pela qual o cuidado tem sido compreendido e exercido nos diversos espaços de produção de saúde. Santos, Mishima e Merhy (2018) apresentam uma discussão sobre o modo de compreensão da produção da saúde, ainda ancorada em um modelo biomédico hegemônico que restringe o fazer em saúde a intervenções e procedimentos direcionados à cura e ao controle de sintomas, com consequente fragmentação e medicalização do cuidado. Para esses autores, o trabalho em saúde deve ser compreendido como uma prática social, imbuído de finalidades que sejam coerentes com um projeto de sociedade estruturado em concepções ampliadas de saúde, doença e cuidado, de maneira que o trabalho no campo da saúde seja transversalizado por tais concepções em uma dinâmica necessariamente dialética.

Desse modo, para que se privilegie um modelo orientado pela integralidade, é essencial considerar a subjetividade do “trabalho vivo em ato” na saúde, imerso nas redes de cuidado que se vão desenhando nos territórios a partir da utilização das tecnologias leves, as quais se caracterizam como práticas de acolhimento, escuta e diálogo, fatores essenciais para o exercício do autogoverno e da reaproximação do cuidado em saúde aos projetos de vida das pessoas (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). Segundo Franco e Merhy (2013), a produção subjetiva do cuidado é

[...] marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais, segundo certos critérios que são dados pelo saber, mas também e fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social (FRANCO; MERHY, 2013, p. 151).

Essa dimensão subjetiva do processo de trabalho se constitui, portanto, como um campo de força que mobiliza e configura um modo de produção, historicamente construído e “cujo núcleo operativo encontra-se no desejo processado inconscientemente, capaz de mover as pessoas na produção desse mundo, sendo por ele produzidas” (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018, p. 863). O cuidado, nesse sentido, é inseparável do âmbito do ser social e apresenta uma complexidade em suas múltiplas formas de ser praticado. É essencialmente uma atividade humana e, sob certas determinações sociais, implica a reificação dos sujeitos envolvidos nesse processo, o que demanda as estratégias de humanização do ato de cuidar (SOUZA; MAURÍCIO, 2018).

Tais apontamentos dialogam diretamente com o objeto desta pesquisa, na medida em que, no campo da saúde da população negra, as iniquidades raciais em saúde, reconhecidas como resultado da produção do racismo estrutural e institucionalizado em nossa sociedade, podem ser potencializadas pelos fatores que geram a distorção da compreensão e exercício do cuidado por aqueles que o praticam. Por essa razão, julgo ser importante uma melhor compreensão dessa dimensão do cuidado, motivo pelo qual farei a seguir um maior aprofundamento dessa temática.

5.2.1 O cuidado como ato político

Para que possamos refletir a respeito da produção do cuidado em saúde, sobretudo no que se refere à influência da branquitude de médicos de família nessa produção que acontece nas relações cotidianas do trabalho, julgo importante dedicar-me, mesmo que brevemente, à

exploração dessa temática para além do que se encerra no senso comum, dada a complexidade inerente ao processo de cuidar.

Leonardo Boff (2017) apresenta o cuidado não somente como um ato restrito a um momento de atenção, mas como uma atitude que envolve ocupação, preocupação e responsabilização numa perspectiva de envolvimento afetivo com o outro. Da atitude cuidadora se desdobra uma série de atos de cuidar, os quais podem estar localizados nos campos material, pessoal, social, ecológico e espiritual. Buscando o filósofo alemão Martin Heidegger (1889-1976), o autor analisa o cuidado para além do ato e da atitude, reconhecendo-o como “um modo-de-ser essencial, sempre presente e irreduzível à outra realidade anterior. É uma dimensão fontal²⁰, originária, ontológica, impossível de ser desvirtuada” (BOFF, 2017, 1.362 – *E-book* Kindle). Segundo o autor, o cuidado, sem o qual o humano deixaria de existir já que a ele é imanente, é um fenômeno que fundamenta as possibilidades de existência.

Partindo desse pressuposto, presente nas inúmeras experiências humanas, o cuidado molda nossa prática e se estrutura em nós, representando um modo de ser singular. Com isso, realidades essenciais, como o desejo, somente emergem como realização do humano a partir da dimensão do cuidado, já que nele estão profundamente enraizadas. Fato que naturalmente constatamos ao buscar, filologicamente, as duas significações existenciais relacionadas com a origem da palavra cuidado e que estão intimamente ligadas entre si: atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro; preocupação e inquietação, visto que o cuidador está envolvido e afetivamente ligado a esse outro, objeto do cuidado. Dessa forma, o cuidado estará sempre acompanhando o ser humano, já que este nunca deixará de amar e desvelar-se por alguém, nem deixará de preocupar-se com a pessoa amada e por ela inquietar-se (BOFF, 2017).

Embora a palavra “amar” esteja na centralidade dessa reflexão de Leonardo Boff sobre a imanência do cuidado no humano, julgo importante transcender os entendimentos atribuídos ao amor pelo senso comum, a fim de explorarmos outras possibilidades de significados que o “amar” pode adquirir como elemento motivador para a emergência desse cuidado, ou seja, como um modo de ser, uma forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo em relação a todas as coisas. Assim, amor pode ser compreendido como qualquer afeto que nos motive a explorar essa dimensão cuidadora que nos faz ser-no-mundo, “de existir, coexistir, de estar presente, navegar pela realidade e de relacionar-se com todas as coisas no mundo” (BOFF, 2017, 1. 1067 – *E-book* Kindle). Nesse jogo de relações, o ser humano vai construindo seu próprio ser, sua autoconsciência e sua própria identidade (BOFF, 2017).

²⁰ Referente à fonte, fontanal. Que dá origem; gerador, iniciador, originário. (MICHAELIS ONLINE)

Quando tal percepção sobre o cuidado é deslocada para o campo da saúde, em particular da medicina, observa-se o surgimento de tensionamentos e conflitos entre esse cuidado proposto por Leonardo Boff e aquele aprendido e praticado nos cotidianos dos exercícios profissionais em saúde. Isso porque essa dimensão cuidadora, compreendida como imanente ao ser humano, foi sendo ressignificada, no processo sócio-histórico de construção da medicina moderna, a partir de inúmeros agenciamentos resultantes de um novo paradigma científico sobre a assistência em saúde, como também de inúmeras subjetivações produzidas nos profissionais de saúde sobre esse processo de cuidado.

Segundo Luz (2004), até o Renascimento, por volta do século XVI, a concepção da medicina na cultura ocidental fundamentava-se na ideia de inter-relação entre os sujeitos, ou seja, naquilo que atualmente se denomina intersubjetividade. A partir dessa perspectiva relacional, certo sujeito, acometido por determinada doença, poderia ser curado por um “artesão” da medicina. A cura, portanto, era vista como produção de uma espécie de “arte médica”, apresentando um grande peso para a cultura daquele momento histórico. Com a paulatina ascensão da ciência no Ocidente, houve não propriamente uma ruptura, mas uma descontinuidade nessa concepção de medicina, em que a arte terapêutica foi, progressivamente, sendo subsumida pelo campo da racionalidade científica.

Até o final do século XVIII, o saber médico era determinado pela medicina clássica, que seguia, conforme proposto por Lineu (1707-1778), o modelo da história natural a partir da qual todos os seres vivos deveriam ser classificados em nome, teoria, gênero e atributos. Dessa forma, as doenças eram organizadas por taxonomia e compreendidas como entidades ideais, com suas características naturais próprias, ou seja, o adoecimento era resultado da inserção nos organismos vivos de “entidades patológicas”, desestabilizando-os e provocando as morbidades (BRANCO, 2018).

Desse modo, o diagnóstico era realizado a partir de um processo no qual a doença era decifrada, classificada e localizada em um quadro nosológico. Nesse processo, o doente deveria ser abstraído como um acidente na expressão da doença a ser decifrada, e o médico tinha sua atenção centrada não no corpo concreto do doente, mas em um dado sintoma que deveria ser situado em uma doença e, esta, dentro de um conjunto específico a partir do qual era possível reconhecer a configuração essencial da morbidade, bem como o momento certo de atuar sobre ela. O corpo do doente, portanto, era tão somente o repositório onde a doença singularizava-se. Dessa forma, a medicina clássica caracterizava-se por fundamentos demasiadamente abstratos, que promoviam uma dissociação entre a doença e o doente (BRANCO, 2018).

Michel Foucault (2008), como já explicitado na seção em que discorro sobre o nascimento da clínica no ocidente, demonstra como se deu a transformação da medicina clássica para a medicina moderna nas sociedades ocidentais. Essa transformação ocorreu a partir de uma ruptura que se processou no saber médico no século XVIII: menos pelo aprimoramento conceitual ou pela utilização de instrumentos técnicos mais potentes, ela se localizou particularmente em mudanças no nível de seus objetos, conceitos e métodos. A medicina moderna passou a ter um tipo de configuração que implicou o surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais, as quais exerceram profundas influências em aspectos essenciais da construção das sociedades modernas (FOUCAULT, 2008).

Segundo Foucault (2008), nos últimos anos do século XVIII, a medicina moderna marcou sua própria data de nascimento. Tal fato não se deu pelo abandono por parte da medicina, dos sistemas, das combinações heterogêneas ou incongruentes dos diversos elementos que dela faziam parte, ou da redescoberta dos valores absolutos do visível. Ocorreu, sobretudo, a partir da reorganização de um espaço manifesto que se desvelou diante do olhar médico, o qual, naquele momento, direcionava-se ao sofrimento humano: “No início do século XIX, os médicos descreveram o que, durante séculos, permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável” (FOUCAULT, 2008, p. 10).

Essa relação entre o visível e o invisível teve uma mudança em sua estrutura, promovendo o aparecimento, seja sob o olhar, seja na linguagem, de elementos que estavam dentro e fora do campo do domínio médico. O espaço de configuração da doença, bem como o de localização do “mal” no corpo passaram a ser superpostos em uma experiência médica que era pautada na anatomia patológica. A medicina, dessa forma, instrumentalizava-se por um olhar qualitativo e sensível à complexa comunicação entre a entidade patológica e o corpo (FOUCAULT, 2008).

De acordo com Foucault (2008), as dimensões da racionalidade médica passaram a penetrar no espaço da experiência, o qual passou a identificar-se tão somente com o domínio do olhar atento e da vigilância empírica de conteúdos visíveis: “O olhar não é mais redutor, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível. E, assim, torna-se possível organizar em torno dele uma linguagem racional” (FOUCAULT, 2008, p. 18). O sujeito passava, com isso, a ser objeto do discurso médico e, mais do que o abandono das teorias antigas e dos velhos sistemas, essa profunda reorganização criou a possibilidade de uma experiência clínica dentro de uma estrutura científica positiva. Tal fato promoveu uma mutação essencial no saber médico na passagem do século XVIII, seja pela possibilidade de reorganização dos conhecimentos médicos, seja pela criação de um discurso sobre a doença.

Esse processo de criação de uma nova racionalidade médica fez com que cuidadores reconhecidos como médicos, em vários países europeus, instituíssem e institucionalizassem suas práticas a partir da lógica de que o processo saúde e doença é localizado no corpo biológico. Este, ao ter uma “lesão” no seu nível mais basal, manifestará disfunções que serão flagradas pelos sinais e sintomas, possibilitando o acesso aos quadros lesivos patológicos (MERHY, 2007).

No início do século XX, o médico americano Abrahan Flexner (1866-1959), produziu o relatório *“Medical Education in the United States and Canadian: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching”*, resultado da coordenação de um processo de avaliação das escolas médicas nos Estados Unidos. Tal trabalho, para além da avaliação do ensino médico, reorientou a educação médica norte-americana, colocando-a no centro da pesquisa biológica e de seus paradigmas científicos, resultando numa clínica focada no corpo anátomo-fisiológico. A partir daí, toda promessa do cuidado e da cura no campo da saúde, passou a associar-se às ações consideradas científicas, voltadas para um corpo manipulado e pensado cientificamente (MERHY; FRANCO, 2015).

Estabelecia-se, portanto, a partir de uma profunda reorganização da estrutura da formação médica, uma referência mundial de como o processo de trabalho em saúde deveria ser. Ou seja, articulava-se a ideia de que uma competente intervenção científica sobre o corpo, tido como lugar e depósito de processos mórbidos, seria a melhor alternativa para se alcançar a cura das doenças. Com isso, criou-se o mito do profissional autossuficiente e cientista, para o qual os fatores socioambientais e o universo das subjetividades, que interferem potencialmente no processo saúde e doença, não eram considerados nas análises diagnósticas e terapêuticas. Assim, o trabalho médico, reduzia-se a um corpo biológico, subtraído do meio social e das relações e vivências constitutivas de sua história de vida, fortalecendo o modelo que se gestava, a partir do discurso da excelência da clínica (MERHY; FRANCO, 2015).

Esse paradigma biomédico, que se caracteriza pela centralidade na doença, classificada da mesma forma que outros fenômenos naturais e vista como algo independente da pessoa por ela acometida e de seu contexto social, ainda se faz hegemônico na produção do cuidado em saúde. A doença é determinada por um agente causal específico, que será o objeto de investigação do médico, para diagnóstico e terapêutica direcionados à remoção da causa ou diminuição dos sintomas. Para chegar a tal diagnóstico, o médico tem uma ferramenta intelectual, que é o método clínico conhecido como diagnóstico diferencial, no qual ele é um observador distanciado e a pessoa doente um receptor passivo (MACWHINNEY, 2010).

Construiu-se, com isso, um processo social, prático e discursivo que, ao longo do tempo, foi instituindo-se como forma hegemônica de se produzir o cuidado em saúde e de se compreender o processo de saúde e doença. Tal modelo, além de ter produzido (e ainda produzir) intensas subjetivações nos vários grupos sociais, formou os profissionais de saúde, em particular médicos e enfermeira(o)s, que contribuíram, segundo Merhy (2007), para conformação de uma sociedade medicalizada, a partir de um processo de mútua constituição entre as sociedades capitalistas europeias e essa nova forma de cuidar da saúde e da doença.

No entanto, a despeito da construção desse processo e de sua instituição como hegemônico, seja na forma discursiva, seja na prática, observam-se rupturas que promovem, em que pese a permanência das bases fundantes desse modelo, possibilidades de se compreender o campo do cuidado de maneira diferenciada. Assim ocorre com a medicina de família e comunidade, cujos princípios orientadores da especialidade fundamentam-se em um paradigma que busca romper com a lógica biomédica, a qual não abarca, em suas possibilidades resolutivas, problemas que não se encaixam dentro de um repertório de diagnósticos nosológicos, ou que formam um complexo que inclui a experiência com a doença e várias questões da vida cotidiana que influenciam na saúde.

Assim, de acordo com o *Manual de Medicina de Família e Comunidade*, de McWhinney (2010), essa especialidade médica adota o Paradigma Goldstein, em homenagem a Kurt Goldstein (1878-1965), um cientista, neurologista, psicólogo e pioneiro na abordagem holística da medicina. A essência desse paradigma pode ser entendida a partir do que nos fala McWhinney (2010):

Entender a pessoa como um todo, um ser integrado com sua história, um presente e um futuro em que se alinham um número infinito de realidades, relacionamentos sociais e desafios ambientais contra um pano de fundo de propensões genéticas. Nessa estrutura ontológica, os sintomas são considerados como uma manifestação dos organismos tentando alcançar uma nova adaptação às circunstâncias trazidas por uma doença ou acidente. Por vezes, essas adaptações podem ir muito além do problema ou doença original. Para entender por completo um complexo de sintomas, deve-se adotar uma visão holística. Observações meticolosas e o entendimento da pessoa em relação a si mesma são necessárias para o médico atender a pessoa ao longo de um período de caos até um novo equilíbrio (MACWHINNEY, 2010, p. 83).

É dentro dessa lógica que as práticas de cuidado devem ser produzidas pelo médico de família, afirmadas em termos de relacionamento e não por meio de doenças e tecnologias. A relação com o outro deve ser tecida a partir de um compromisso incondicional e precedendo qualquer experiência desse outro com a doença. Deve-se também alimentar o desejo de se

resolver qualquer problema, em especial os de ordem clínica não diferenciados, o que é potencializado pela possibilidade de relações duradouras com as pessoas e suas famílias, viabilizando acesso privilegiado à vida delas, sempre a partir de uma escuta qualificada e empática. No entanto, somente isso não significa a substituição paradigmática na prática médica, já que é fundamental que se estabeleça um novo método clínico centrado na pessoa (STEWART; *et al.*, 2010), e não na doença. Além disso, é essencial que esse novo método clínico seja, além de institucionalizado, sistematicamente investido de esforços para a sua manutenção nas práticas cotidianas de cuidado realizadas pelo médico de família (MCWHINNEY, 2010).

Embora seja esse o paradigma desejado para a prática da medicina de família e comunidade, observa-se que essa distinção não abala a base fundante do modelo biomédico, que segue gerando implicações para a conformação social do campo de práticas em saúde, inclusive levando outras racionalidades que operam no cuidado de forma pretensamente distintas a se assentarem no mesmo universo instituído pelo saber biomédico, produto do eurocentrismo e de relações de poder hierarquizadas, em que a branquitude, historicamente, exerce protagonismo na produção e manutenção desse modelo. Aqui, a medicina de família e comunidade não se faz exceção.

Nesse sentido, a medicina de família e comunidade, embora efetivamente seja compreendida como uma potente possibilidade de contraposição ao modelo biomédico, pelos princípios que a rege, ainda, nos cotidianos da prática, ações e discursos, revela-se sua vulnerabilidade frente às inúmeras forças que advêm das intencionalidades políticas, econômicas e sociais do paradigma biomédico. Fato constatado nos encontros com os médicos de família participantes desta pesquisa que demonstrei no momento das discussões.

5.2.2 A dimensão da equidade em saúde

A categoria equidade em saúde, tal como o cuidado, emerge neste trabalho como elemento de significativa importância para análise e discussão, seja por se encontrar na centralidade do objeto desta pesquisa e estar diretamente relacionada com a dimensão cuidadora, seja pela sua relevância, sobretudo em um cenário político e econômico, onde os retrocessos no campo de investimento e financiamento público da saúde ameaçam a sobrevivência do SUS.

Em um país cuja democracia está sendo solapada em seus alicerces, a descaracterização de nossa política de saúde como política social é um risco factível. Isso representaria a perda da saúde como um direito inerente à condição de cidadania, com consequente subtração da

possibilidade de participação plena e democrática dos sujeitos no universo político-social, o que só é possível quando nela estão inseridos como cidadãos (FLEURY; OUVÉRY, 2012).

Segundo Hannah Arendt (2010), a cidadania, por se constituir no “direito de ter direitos”, produz um espaço público de igualdade entre os indivíduos, tornando-os cidadãos. Em contrapartida, os direitos sociais, como o da saúde, por exemplo, marcaram a ampliação da cidadania nas sociedades modernas, na medida em que exigiram a intervenção do Estado, incorporando formas diferenciadas de apreensão do significado de satisfação de um nível decente de bem-estar e seguridade econômica e social. A cidadania, portanto, é orientada pelo princípio da igualdade, que se desdobra nos ditames universalistas de justiça, pautados em regras de distribuição, que, em última instância, tendem à homogeneização, como consequência da vontade geral. Assim, suprimem-se ou diluem-se as diferenças, o que, inevitavelmente, produz prejuízos indelévels a grupos de cidadãos menos favorecidos.

De acordo com Escorel (2001), a introdução do princípio da equidade, compreendido como um elemento de diferença dentro do espaço de igualdade da cidadania, é acompanhado pela seguinte evolução no universo dos direitos: primeira geração, que consistem nos direitos individuais; segunda geração, que consistem nos direitos sociais e econômicos; terceira geração, que diz respeito aos direitos difusos e coletivos – o caráter difuso engloba, portanto, interesses públicos ou privados e correspondem, devido à indiferenciação de sua titularidade, às necessidades comuns de um coletivo, podendo ser satisfeitas apenas na perspectiva comunitária.

No campo dos direitos sociais, a equidade tem sido utilizada tanto na sua expressão mais genérica quanto em seu sentido mais específico. Genericamente, busca estabelecer regras justas para a vida em sociedade, o que pode gerar uma confusão conceitual com o próprio sentido de justiça, na medida em que se aproxima da ideia e sentido de igualdade, compreensão mais comum no âmbito da saúde. Em seu caráter mais específico, a equidade pode ser apreendida como uma adaptação da norma geral a determinadas situações, visto que a aplicação literal de uma norma genérica pode produzir injustiças, exatamente por desconsiderar as especificidades envolvidas em casos particulares, individuais ou coletivos. Dessa forma, a equidade apresenta-se como produto de um julgamento e de uma intervenção situacional, pressupondo a inexistência de estrutura, normas, sistemas de leis ou conhecimentos que sejam perfeitos (CAMPOS, 2006).

Isso induz à reflexão de que a imensa variedade de situações singulares não pode ser contemplada pela totalidade de regras e valores estabelecidos por um certo sistema, mesmo que este seja legalmente imbuído de uma pretensa capacidade absoluta. Faz-se necessário também espaço de autonomia para os operadores desses sistemas, em permanente interação com os usuários, no sentido de atenuar, ou até mesmo transgredir e modificar o que é previsto nas

determinações normativas genéricas. Tal fato, em certa medida, ocorre no cotidiano de busca de equidade em saúde, em que há acúmulo empírico de evidências das lacunas existentes nas normativas gerais. No entanto, pelo caráter rígido das leis que ordenam o sistema de saúde, tais constatações pouco contribuem como indicações para um reordenamento que viabilize um aperfeiçoamento das normas institucionais.

As sociedades capitalistas têm, caracteristicamente, a coexistência de abundância e miséria, determinando as desigualdades, seja pela significativa diferença de renda entre pessoas, seja pela potencialização de tal desigualdade por outras distinções relacionadas às condições de vida, socialmente construídas, e que podem configurar-se como desvantagens históricas para determinados grupos sociais.

Nesse sentido, a análise do grau de injustiça relacionado a tais desigualdades talvez seja o critério avaliativo mais adequado para a promoção da equidade em saúde, visto que tal avaliação parte da identificação de dadas situações que colocam determinados coletivos populacionais em condição desvantajosa quanto à oportunidade de serem e se manterem saudáveis. Tais disparidades ou desigualdades, segundo Almeida (2002), por serem produtos da forma como a sociedade se organiza e por se configurarem como uma espécie de segregação, são denominadas iniquidades, termo que ganhou forma, estabelecendo-se como sinônimo de toda e qualquer “desigualdade injusta”, que deve ser permanentemente evitada ou combatida.

Para melhor compreensão conceitual, é importante fazer a distinção entre equidade/iniquidade e igualdade/desigualdade. Breilh (2010), ao correlacionar a equidade com classe social, afirma que a iniquidade se refere à categoria que expressa as relações e contrastes de poder construídas e instaladas numa formação social, sendo resultante da apropriação das condições de poder econômico, político e cultural, que, inexoravelmente, são interdependentes. Em contrapartida, desigualdade é o resultado da iniquidade e que manifesta uma injustiça na repartição de bens e serviços de uma sociedade. Portanto, a iniquidade é uma categoria explicativa, e a desigualdade uma materialização da iniquidade.

De acordo com Amartya Sen (2002), a equidade em saúde apresenta múltiplas dimensões e não deve ser restrita ao julgamento de possibilidades de distribuição de cuidados sanitários, devendo abranger o nível de saúde que se tem e a possibilidade de se obtê-la. Nesse sentido, faz-se essencial que as análises sobre a saúde estejam vinculadas a outras temáticas de justiça social e de equidade global, particularmente no que se refere à diversidade dos recursos, bem como às distintas formas de alcance e de impacto dos diferentes acordos sociais.

De acordo com Beauchamp e Childress (2002), a teoria de justiça, de John Rawls (1921-2002), apresenta um desafio igualitário às teorias liberais e utilitaristas, por apresentarem a justiça

como equidade, compreendida como um conjunto de normas de cooperação, reconhecida por pessoas livres e iguais, que participam nas atividades sociais em respeito mútuo. No que se refere à distribuição dos recursos, Rawls (1997) propôs que eles fossem distribuídos em duas etapas: a primeira exige igualdade na distribuição de deveres e direitos básicos, de modo que todas as pessoas devem estar sujeitas às mesmas liberdades civis e direitos; a segunda leva em consideração o princípio da diferença, ou seja, afirma que é justa a ação que produza consequências desiguais, desde que resultem em benefícios compensatórios para cada um, sobretudo para os menos favorecidos e afortunados da sociedade, que, nessa perspectiva, teriam suas vulnerabilidades protegidas por uma política de saúde efetivamente social.

Para além de um direito social, a saúde também pode ser considerada como um direito humano (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 2014). De acordo com o Comentário-Geral Nº 14, aprovado em 2000 pelo Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, a saúde é um direito humano fundamental. Tal afirmativa é enfatizada no referido documento segundo o qual o direito à saúde não se restringe ao direito de ser saudável pelo acesso aos cuidados médicos apropriados, mas deve incluir também outros determinantes do processo saúde e doença, como o direito de acesso à água potável, saneamento adequado, segurança alimentar, moradia, condições ocupacionais e ambientais saudáveis, bem como acesso à informação e educação em saúde. Além disso, o texto ressalta a não discriminação, a disponibilidade, a acessibilidade nas dimensões física, econômica e de informação. Por fim, a aceitabilidade de questões étnicas e culturais e a qualidade médica e científica dos serviços (ONU, 2000).

Tais postulados, quatro décadas antes da elaboração desse documento pela ONU, já alimentavam as ideias de muitos intelectuais e movimentos sociais que lutavam pela reforma sanitária brasileira na década de 1970, como também fizeram parte do ideário da Conferência de Alma Ata, em 1978, cujo lema ambicioso – “saúde para todos no ano 2000” – embasou seu documento final, o qual salientava a interferência da desigualdade social nas políticas de saúde, bem como a lacuna entre países desenvolvidos e em desenvolvimento na causalidade de tais desigualdades. Tal documento exortava, ainda, todos os países a cooperarem na perseguição do objetivo comum da saúde, compreendida como direito e dever de todos, individual e coletivamente (BRASIL, 2002).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira, reconheceram-se e materializaram-se, no campo jurídico legal, os princípios e pensamentos do Movimento da Reforma Sanitária, representados por valores sociais, como o direito de acesso universal à saúde, bem como a integralidade da atenção, que refletiam avanço de nossa sociedade em direção a um sistema de saúde que seria subsumido a um modelo de Estado de Bem Estar Social,

diferentemente daquele sistema excludente e desigual que existia antes da redemocratização do país (ESCOREL, *et al.*, 2005).

Desse modo, o Sistema Único de Saúde constituiu-se como uma política pública de proteção social, caracterizado por uma rede de serviços e um conjunto de normas destinados não somente ao segmento mais pobre da população brasileira, mas a toda a sociedade, visto que tem como objetivo protegê-la de todo e qualquer agravo sanitário e garantir proteção a todos os cidadãos (CAMPOS, 2006).

A equidade, embora não tenha a mesma estatura jurídica dos demais princípios e diretrizes do SUS, por não configurar-se explicitamente nem na Constituição Federal de 1988, em seu Título III – da ordem social, seção II, da saúde, tampouco na Lei Federal 8080 de 1990, sempre esteve presente não só no pensamento sanitário brasileiro (PIOLA, *et al.*, 2009), mas também nas discussões por ocasião das Conferências Nacionais de Saúde, ao longo dos anos, sendo que na 14^a, ocorrida em 2011, configurou-se, no documento orientador para os debates, como o primeiro dos cinco tópicos, intitulado “Avanços e desafios para a garantia do acesso e do acolhimento com qualidade e equidade” (BRASIL, 2011). Segundo Campos (2006), o termo equidade apenas aparece no texto constitucional como um dos objetivos da Seguridade Social, especificamente no que se refere à justiça tributária no momento da constituição dos fundos de arrecadação financeira, ou seja, equidade na participação do custeio da seguridade social.

Os conceitos que se destacam e fundamentam a constituição do SUS são o de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, que é considerada como um direito universal e dever do Estado, sob o qual está o dever de assegurá-la não apenas pela produção de ações específicas do setor saúde, mas também pela criação e implementação de políticas sociais e econômicas produtoras de bem-estar (CAMPOS, 2006).

Importante ressaltar que tal iniciativa política de garantia de cidadania, ia contra o movimento neoliberal de organismos financeiros internacionais, que cresceu particularmente a partir da década de 80 do século passado, e que esgrimia contra a concepção de política pública expressa na criação do SUS. A cultura neoliberal desqualificava (e permanece desqualificando) a pretensão de universalidade e integralidade, seja pela perspectiva do mérito, a partir da lógica de que não haveria sentido em garantir serviços a grupos que poderiam pagar, seja pela suposta inviabilidade econômica, visto ser sistema dispendioso, que subtrairia recursos da área produtiva e da infraestrutura necessária ao desenvolvimento. Como alternativa, em contrapartida, o neoliberalismo advogava a favor de programas focais, voltados aos segmentos pobres da população (ALMEIDA, 2002).

Foi na esteira do pensamento neoliberal que o termo equidade ganhou visibilidade política na América Latina, moldada pelos ditames do “ajuste econômico”, que se apropriou do conceito, restringindo sua abrangência e utilizando-o tão somente no sentido de difundir a equidade como estratégia para reduzir a pobreza. Dentro dessa concepção, haveria um equívoco das diretrizes de universalidade e integralidade do SUS, que seriam conservadoras e iníquas, visto que destinavam significativos recursos do Estado e da sociedade para um segmento que não estava incluído na faixa de pobreza, seja absoluta ou relativa (CAMPOS, 2006).

Tal linha de pensamento desconsidera que, na realidade, os sistemas públicos de saúde podem utilizar outras categorias classificatórias de prioridade para atenção, que não seja tão somente a econômica. Agregam-se, portanto, os conceitos de risco e vulnerabilidade, que incluem o critério de renda, mas que consideram os inúmeros riscos produzidos pelos variáveis processos de subjetivações determinados pelos diversos atravessamentos pelos quais sujeitos individuais e coletivos passam ao longo de suas trajetórias, como seus pertencimentos de classe, raça, gênero e sexualidade, por exemplo. Assim, embora essa teoria da doutrina do sistema público de saúde ainda não tenha completamente se realizado em termos concretos no âmbito do SUS, partindo-se de um referencial ético ou mesmo médico-sanitário, fica evidente a fraca sustentação argumentativa de qualquer política de saúde que se valha exclusivamente ou principalmente de critérios de renda como definidor de acesso, ainda que seja a realidade dominante em países que não adotaram leis como a do SUS (CAMPOS, 2006).

Campos (2006) ainda aponta que há evidências históricas que demonstram um efeito mais imediato e marcante no processo de redistribuição de renda promovido por determinadas políticas e programas do que os produzidos pelos sistemas públicos de proteção social. Dessa forma, a valorização e defesa de valores remunerativos para o trabalho, a geração de emprego, salário desemprego, aposentadoria, recursos destinados a setores carentes, reforma agrária, entre outros, têm impacto direto na diminuição da miséria. Já as políticas públicas de saúde, segurança, habitação e educação, por perseguirem outros objetivos de interesse coletivo, que não se encerram estritamente na diminuição da pobreza, não poderiam ter como principal critério avaliativo o impacto sobre a distribuição de renda.

Vários intelectuais brasileiros dedicaram-se a abordar essa temática de forma crítica, transcendendo esse reducionismo ideológico e promovendo uma avaliação do SUS de acordo com uma concepção mais ampla da equidade. Vianna, Fausto e colaboradores (2003) realizaram um estudo avaliativo extenso, tendo a equidade como critério de justiça para a alocação de recursos, oferta e utilização de serviços, de acordo com alguns municípios e regiões do país. Embora o período estudado seja há duas décadas (1998-2000), os dados encontrados são

significativos para a demonstração da melhoria na distribuição de recursos, bem como na oferta e distribuição dos serviços. Os autores destacam, também, a contribuição da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para a valorização do conceito de equidade, fato que teve maior abrangência do que a ideologia defendida pela contrarreforma neoliberal. Isso favoreceu o acoplamento do conceito de equidade ao de necessidade de saúde, e não somente à pobreza, explicitando que o acesso aos serviços de saúde e à proteção sanitária devem ocorrer independentemente da raça, gênero, condições sociais, econômicas e culturais, funcionando, portanto, como promotor de cidadania (CAMPOS, 2006).

Tal fato demonstra que o princípio da equidade em saúde consiste em uma estratégia de fundamental relevância para que se possa continuar investindo na promoção e na garantia do direito à saúde, especialmente nesse cenário onde permanecem acirradas as disputas discursivas e ideológicas, com a confrontação de duas perspectivas antagônicas: de um lado, o poder do capital, que tende a minar a força de atuação do Estado pelo desmonte das políticas sociais; de outro, um movimento ético-político, que defende a política social como garantidora e promotora de cidadania

Esse debate entre universalização e focalização, embora tenha feito parte das agendas políticas e acadêmicas nas décadas de 1980 e 1990, foram perdendo espaço à medida que o SUS criava propostas de implementação de políticas e programas de saúde que enfatizavam a atenção primária. Entretanto, nos tempos atuais, evidencia-se forte recrudescência de tais ideias, amparadas pela linha ideológica que tem orientado os poderes legislativo, judiciário e executivo em nosso país, particularmente após o golpe sofrido em nossa democracia no ano de 2016. Vale ressaltar que tanto o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) quanto o Programa de Saúde da Família (PSF), implantados na década de 1990, subverteram a lógica de um pacote básico de serviços de saúde focados nos segmentos mais pobres da população, tornando-se programas estratégicos para a modificação do paradigma de atenção à saúde até então vigentes no país, contrariando os modelos clássicos neoliberais. Tais programas tornaram-se, assim, potentes instrumentos estratégicos na criação de possibilidades de expansão da universalidade do acesso aos serviços de saúde, particularmente para os segmentos da população socialmente vulneráveis, dada a situação de pobreza em que viviam (COHN, 2005).

Importante ressaltar ainda que a concepção estratégica de implementação e ampliação de tais programas não se referia à possibilidade de acesso dos pobres a um nível simplificado de atenção à saúde, com baixa incorporação tecnológica material, mas sim, à extensão do acesso à população à atenção à saúde, pelo deslocamento dos serviços para fora de seus muros, imergindo na sociedade e transformando-se, tanto num mecanismo de busca ativa de usuários,

que até então não tinham acesso, quanto em um mecanismo de racionalização, seja do consumo, seja da utilização dos serviços de saúde (COHN, 2005).

No entanto, tal movimento não foi suficiente para modificar a realidade que caracteriza a exclusão social como estrutural na construção de nossa sociedade, sendo, portanto, compreendida como um fenômeno natural de ordem social e objeto precípua de políticas sociais focalizadas no alívio da pobreza, criando mecanismos de inserção social independentes do mercado formal de trabalho. Assim, não se pode considerar superado o campo de disputa ideológica, no qual duelam ideias que, embora divergentes, partem de um mesmo pressuposto: a pobreza tem como uma de suas principais causas a desigualdade social. Então, de acordo com Cohn (2005), de um lado, há um movimento que preconiza a formulação e implementação de políticas de saúde inclusivas, redistributivas e equitativas, de outro, um que privilegia a ótica da necessidade de acúmulo de capital social pelos pobres, a fim de que possam, por si mesmos, superar sua condição de pobreza. Essa última, concepção neoliberal de desenvolvimento social, traduz-se em políticas sociais focalizadas nos grupos socialmente vulneráveis.

Diante da constante ameaça de retrocessos no campo das políticas sociais, a discussão sobre a equidade em saúde se faz imperativa, sobretudo no sentido de melhor compreender as políticas focalizadas em alguns programas atuais do SUS, entre as quais a PNSIPN, que dialoga diretamente com esta pesquisa, e que existem pela necessidade de se contemplarem as especificidades de morbidade presentes em determinados grupos particulares, objetivando combatê-las, sem, contudo, prescindir da ótica da universalidade, que apreende tais especificidades como diferenças e não como desigualdades.

Assim, segundo Cohn (2005), os programas de saúde que produzem a discriminação de determinadas especificidades do processo saúde e doença, bem como dos grupos a ele submetidos, têm que ser amparados por políticas de saúde que, em seu conjunto, estejam articuladas e associadas a estratégias integradoras dentro do próprio setor da saúde, como também a outras políticas sociais de combate à exclusão e à desigualdade social.

Tais especificidades do campo da saúde diretamente ligadas às diferenças não podem ser assimiladas e transformadas pelo poder público em nenhuma forma de desigualdade, visto que, em certa medida, os diversos programas pautados nas políticas focais reproduzem “pelo avesso” as propostas dos ditames neoliberais. Enquanto esses últimos focalizam na segmentação de pobres e não pobres, nossas políticas focais na saúde buscam efetivar a universalização do acesso aos serviços, considerando os demais princípios doutrinários do SUS. Diferentemente do que vem ocorrendo com os demais setores sociais que:

Vêm, crescentemente, associando políticas de combate à pobreza a contrapartida obrigatórias dos beneficiários, quer no que diz respeito à saúde, quer no que diz respeito à educação, por exemplo. São as famosas ‘condicionalidades’, que não cumpridas têm como reação do poder público não o rastreamento das causas do seu cumprimento, mas a punição com a suspensão do benefício. É o caso, entre outros, dos programas de transferência de renda (COHN, 2005, p. 403).

Embora a centralidade do meu interesse na questão da equidade seja a investigação da existência ou não de práticas equitativas com o recorte racial na produção cotidiana de saúde realizada pelos médicos de família participantes desta pesquisa, optei, primeiramente, como poderá ser observado na seção “8.2 EQUIDADE EM SAÚDE”, por abordar o entendimento que tais profissionais têm do conceito de equidade de forma geral e como a exercem nos campos de atuação profissional. Isso porque a natureza polissêmica do termo equidade pode produzir complexificação, seja de seu efetivo entendimento conceitual, seja de sua tradução nas práticas de cuidado em saúde.

No processo de busca de referenciais teóricos para subsidiar as discussões desse tema, foi assaz reduzido o número de trabalhos acadêmicos que se dedicam a esmiuçar a relação da população com os serviços de saúde, no que concerne aos efeitos de uma política de saúde em situação microinstitucional, relacionada com a equidade no cuidado. Isso demonstra uma brecha na produção do conhecimento quanto aos efeitos de política de saúde, no caso em exame, sobre a equidade nas ações de saúde nos espaços onde ela deveria materializar-se. Afinal, os serviços de saúde constituem-se em um cenário vivo, inundado pela potência da atuação dos diversos atores sociais que nele se encontram, desenvolvendo suas práticas e produzindo distintas percepções sobre as necessidades em ofertas em termos de saúde.

5.2.3 Os determinantes sociais e as determinações sociais da saúde

A concepção de saúde, ao longo da história da humanidade, foi sendo construída e ressignificada, seja a partir da perspectiva de domínio sobre uma realidade objetiva que se fundamenta em um modo hegemônico de interpretação da realidade, a partir do qual a natureza é compreendida como subsumida a esse poder de dominação, seja a partir dos interesses dominantes em cada momento histórico, em relação ao funcionamento do corpo para o seu uso. Das concepções primitivas da saúde (explicações mágicas, correlação de elementos da natureza com o organismo humano) às mais atuais, como que ausência de doença e estado de completo bem-estar biopsicossocial, houve produção e acúmulo de significativa diversidade de conceituação da saúde,

cada uma constituindo uma concepção particular, direcionada a certos interesses, necessidades e graus de explicação da realidade alcançados pelo pensamento hegemônico em cada formação social nos distintos momentos históricos (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

Albuquerque e Silva (2014) valem-se de uma concepção da saúde fundamentada no materialismo histórico dialético²¹ para demonstrar sua determinação social e a necessidade de análise do modo de produção para sua correta compreensão. Nessa perspectiva, os sujeitos são compreendidos como seres que se produzem em sociedade e que, “diferentemente dos outros animais, impõem sua vontade sobre a natureza de maneira teleológica, tornando-a seu corpo inorgânico, que se relaciona dialeticamente com seu corpo orgânico” (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 954).

O ser humano, para ser saudável, diferentemente dos outros seres vivos, não depende tão somente de ter condições de realizar aquilo que está dentro dos limites impostos pela natureza como potencialidade de realização. Além de utilizar os recursos da natureza necessários para a sua sobrevivência, o “homem” ultrapassa tais limites, representados pela diversidade de circunstâncias que, ao longo do tempo, foram determinantes para a adaptação e sobrevivência das espécies. Para isso, o ser humano adquiriu a possibilidade de intervir na natureza de maneira a transformá-la intencionalmente, objetivando alcançar seus propósitos. Dessa forma, ao romper os limites impostos pela natureza para a plena realização de suas potencialidades, estas foram permanentemente ampliadas (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

Assim, o instinto de sobrevivência foi substituído pela capacidade de subordinar a natureza, que é modificada intencionalmente no sentido de tanto promover aquilo que naturalmente seria essencial para a sobrevivência, quanto permitir a produção de objetos que nela não existiam e que representam outros meios e possibilidades de sobreviver. Ao modificar

²¹ O materialismo dialético é uma corrente filosófica que utiliza o conceito de dialética para entender os processos sociais ao longo da história. Essa teoria faz parte do marxismo socialista, criada por Karl Marx (1818-1883) e Friedrich Engels (1820-1895). Além do materialismo, Marx e Engels (1820-1895) desenvolveram diversas teorias juntos com o intuito de compreender as relações sociais. Na concepção marxista, a dialética é uma ferramenta utilizada para compreender a história. Considera o movimento natural da história e não admite sua maneira estática e definitiva. Sendo assim, a história, quando é analisada como algo em movimento, torna-se transitória, podendo, por sua vez, ser transformada pelas ações humanas. Nesse caso, a matéria possui uma relação dialética com os âmbitos psicológico e social. E assim, os fenômenos sociais são interpretados através da dialética. Por meio dessa relação dialética entre o ambiente, o organismo e os fenômenos físicos, os seres humanos, a cultura e a sociedade criam o mundo, ao mesmo tempo em que são por ele modelados. O materialismo dialético é oposto ao idealismo filosófico, que acredita que o mundo material é um reflexo do mundo das ideias (TALHEIRMER, 2014).

a natureza, a humanidade acaba por controlar seus processos de forma a adequá-la às suas necessidades, além de criarem outras, complexificando progressivamente os processos de manutenção da sobrevivência.

Nesse universo reside tudo que é produzido pelo “homem” e que representa a conquista evolutiva da espécie. A humanidade forja-se à medida que toma da natureza seus elementos, transformando-os em objetos humanos que, por assim serem, mesmo que não modificados em sua forma e conteúdo, adquirem um novo significado pela ação humana (LUKÁCS, 1979). Logo, o humano naturalmente não deixa de ser um ser biológico, entretanto, diferentemente dos demais animais, depositam-se sobre ele inúmeras produções sociais que o caracterizam e o objetivam:

Assim, a vida humana se produz conforme se organiza, em sociedade, a produção e distribuição dos meios de sobrevivência, dos produtos humanos. Realiza-se, portanto, dentro dos limites e possibilidades que o desenvolvimento das forças produtivas e as relações de produção estabelecem. A vida humana depende, portanto, do grau de desenvolvimento e da forma como a própria sociedade se organiza (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 957).

Nesse sentido, embora não faça parte do escopo desta pesquisa aprofundar nas teorias sociais sobre o caráter da saúde como forma de produção do humano para a manutenção da sua sobrevivência, a partir da divisão social do trabalho, que cria uma relação de interdependência entre os diversos setores de produção, faz-se importante contextualizar a saúde nessa dimensão, visto que é nela que se estruturam as sociedades capitalistas e, conseqüentemente, as formas de socialização dos sujeitos, sobretudo no que se refere às relações de poder produtoras de desigualdades.

Segundo Juan César García (1989, p. 103), a saúde consiste no “máximo desenvolvimento das possibilidades do homem, de acordo com o grau de avanço obtido pela sociedade em um período histórico determinado”. Nesse sentido, a saúde pode ser apreendida como uma forma não somente de estar vivo, mas que a vida seja produzida a partir da capacidade do ser humano de se objetivar como tal e de realizar o máximo dentro do que a humanidade já estabeleceu como possibilidade. É evidente que tal processo de objetivação não se condiciona tão somente pela regularidade anatomofuncional do corpo, mas também pela possibilidade de apropriação daquilo que a humanidade já produziu. Ou seja, para que possamos nos objetivar, necessitamos utilizar os produtos humanos, tais como moradia, educação, alimentos, transporte, hábitos ou estilo de vida, serviços de saúde, entre outras produções humanas que são denominadas como determinantes sociais (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

5.2.3.1 O surgimento do conceito de determinações sociais da saúde

De acordo com Almeida-Filho *et al.* (2004), a produção científica sobre determinantes sociais da saúde em países da América Latina e Caribe teve um exponencial crescimento especialmente nas três últimas décadas do século 20. Esses autores, ao avaliarem os eixos teóricos das publicações, constataram clara hegemonia de marcos referenciais vinculados ao materialismo histórico, especialmente no que se refere às dimensões políticas dos processos de produção e reprodução da sociedade, ou seja, às condições de trabalho e à estrutura de classes respectivamente. Além disso, constataram que, na maioria dos países da América Latina e Caribe, com exceção do Brasil e México, nessas produções, as abordagens doutrinárias ou teóricas predominavam sobre pesquisas empíricas com dados socioepidemiológicos (ALMEIDA-FILHO, 1999).

Tais estudos surgiram a partir do incômodo de cientistas sociais com relação ao paradigma biomédico da doença, que a conceituava como um fenômeno estritamente biológico. Dessa forma, diante da dificuldade da medicina em produzir um novo conhecimento que pudesse abarcar a compreensão e a explicação da causalidade dos principais problemas de saúde emergentes nos países industrializados, esse movimento de crítica, questionador do paradigma biomédico, protagonizado pela medicina social latino-americana, trouxe contribuições significativas. Assim, as condições de insuficiência das práticas médicas em ofertar satisfatórias soluções para o alcance de melhores condições de saúde da coletividade foi o argumento teórico necessário para a entrada de correntes do pensamento social na área da saúde, a partir da qual se lançou um novo olhar sobre a saúde pública (GARBOIS, *et al.*, 2017).

A abordagem positivista inscrita no paradigma da história natural da doença, que tinha, na perspectiva naturalizada, uma visão do processo de adoecimento centrado na causação linear e marcadamente biologicista, foi o ponto de partida para a argumentação crítica desse modelo. Assim, a corrente médico-social sugeriu uma abordagem que partisse da re colocação da problemática da relação entre o processo social e o biológico, numa perspectiva da determinação. Passou-se, portanto, não só à compreensão das doenças no plano da coletividade, mas também à construção de uma análise científica dos processos que atuam como determinantes para o adoecimento, a partir de uma abordagem do princípio da causalidade, transcendendo os aspectos meramente de ordem biológica e abarcando a complexidade da realidade social (BREILH, 1991; LAURELL, 1983).

Nesse sentido, a abordagem da dimensão coletiva passou a configurar-se como de fundamental importância para a análise dos processos saúde e doenças, por ser produtora e

reprodutora das formas de adoecimento e de vitalidade, de forma que as avaliações das causalidades das doenças como fenômeno coletivo deslocava-se do indivíduo para o grupo. Tal reformulação da natureza da doença, segundo a qual o que interessa é a investigação da forma como o processo biológico se realiza socialmente, gerou, conseqüentemente, alteração do fator causal da doença para processo de adoecimento. Desse modo, compreendido como condicionante para a saúde e a doença, o processo social promoveu uma reinterpretação dos elementos causais de entidades estáticas, passíveis de abstração formal, à compreensão de seu caráter dinâmico, como parte integrante do movimento da vida social (GARBOIS, *et al.*, 2017).

A partir dessa nova perspectiva de análise do processo saúde e doença, criou-se um novo campo de produção científica, cuja análise centrava-se na necessidade de observação das leis históricas de produção e organização das sociedades, buscando explicar as causas mais profundas e complexas para as doenças e protagonizando a essência dos fatos sociais e não somente as suas manifestações fenomênicas. Com isso surgiu a noção de determinação social da saúde como uma categoria analítica embasando conceitualmente os estudos delineados para ampliar a discussão sobre a produção coletiva da saúde. A partir daí, o materialismo histórico passou a ser a principal categoria para a leitura de fenômenos considerados estritos da saúde, situando no processo de trabalho a dimensão da determinação do processo de adoecimento, por ser considerado o primeiro mediador das relações estabelecidas entre o homem e a natureza, e entre os próprios homens (GARBOIS, *et al.*, 2017).

De acordo com Almeida-Filho (2009), desde a virada do século XX, houve um intenso processo de revitalização da epidemiologia social, particularmente nos países do Norte, onde a produção teórica e empírica sobre determinação social da saúde, da doença e do cuidado, deslocou-se para temas clássicos da pesquisa social em saúde, tais como pobreza, miséria, estresse, exclusão e marginalidade, os quais foram incorporados no campo de investigação como efeitos das desigualdades sociais.

Dessa forma, a constatação das diversas disparidades na saúde, como o acesso diferencial a serviços e assistência e também a distribuição desigual de recursos de saúde, observados em todos os países do mundo, independentemente do grau de desenvolvimento econômico e político, fomentou “um quase monopólio do tema desigualdades na epidemiologia social contemporânea” (ALMEIDA-FILHO, 2009, p. 350). Entretanto, mesmo ocupando posição central nos debates internacionais a respeito das relações entre saúde e a sociedade, essa retomada da temática da determinação social da saúde entrou na agenda política mundial a partir de uma perspectiva teórico-metodológica muito distinta daquela elaborada pela corrente médico-social latino-americana, da década de 1970 (GARBOIS, *et al.*, 2017).

5.2.3.2 Os determinantes sociais de saúde

O ressurgimento das discussões a respeito da determinação social da saúde, a partir da “revitalização da epidemiologia social”, ocorre pelo enaltecimento dos chamados determinantes sociais da saúde (DSS), que subsidiaram o fomento de um intenso debate, cuja centralidade incidia no tema “desigualdades”, devido à constatação de disparidades nas condições de vida e de trabalho, no acesso diferenciado a serviços assistenciais, na distribuição desigual de recursos de saúde e nas suas conseqüentes repercussões sobre a mortalidade e morbidade de diferentes grupos sociais (ALMEIDA-FILHO, 2009). Tal contexto de reaparecimento da temática foi, em grande medida, estimulado pela OMS, que, em 2005, criou a Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde (CDSS), cujo objetivo era promover discussões e estudos sobre os DSS, convocando as autoridades mundiais para um esforço de decisão coletiva no combate às desigualdades sociais (GARBOIS, *et al.*, 2017).

A CDSS compreende como DSS as “circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença” (GARBOIS, 2017, p. 66). Tais circunstâncias, de acordo com essa comissão, são moldadas, por outro lado, por forças de ordem política, social e econômica, em que as condições de vida se apresentam potencialmente determinadas pelo lugar em que os sujeitos se encontram na hierarquia social. A construção desse conceito foi realizada a partir do clássico modelo explicativo dos DSS criado por Dahlgren e Whitehead (COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2010) e que utilizarei a partir da Figura 1 para tecer algumas explicações sobre o que ele se propõe a fazer.

Figura 1- Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead e adotado pela OMS.



Fonte: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008).

Observa-se, nesse modelo, que os DSS se encontram dispostos em camadas sobrepostas que se afastam do centro, no qual se encontra aquilo que representaria as características individuais dos sujeitos, em direção à parte mais externa, que representaria os macrodeterminantes do processo saúde e doença. Nesse sentido, na base do modelo, encontram-se todas as características individuais das pessoas, como idade, sexo e fatores genéticos, para, contiguamente, apresentar os comportamentos e estilos de vida individuais. Esses últimos se localizam no entremeio dos fatores individuais e os DSS, visto que os comportamentos são, além de produzidos pelas opções individuais, influenciados por outros determinantes, como acesso a informações, lazer, local e tipo de moradia, entre outros. A camada seguinte representa as redes sociais e comunitárias de apoio que expressam os variáveis níveis de organização e coesão social. Posteriormente, encontram-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho dos sujeitos, a disponibilidade de alimentos, bem como as possibilidades de acesso aos serviços essenciais, tais como saúde e educação. A partir dessa camada podem-se apreender os diferenciais de vulnerabilidade a que estão expostos os indivíduos que se encontram em condição de pobreza. Por fim, na parte exterior do modelo, encontram-se os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, sociais e ambientais da sociedade, assim como os determinantes supranacionais, como o processo de globalização (COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

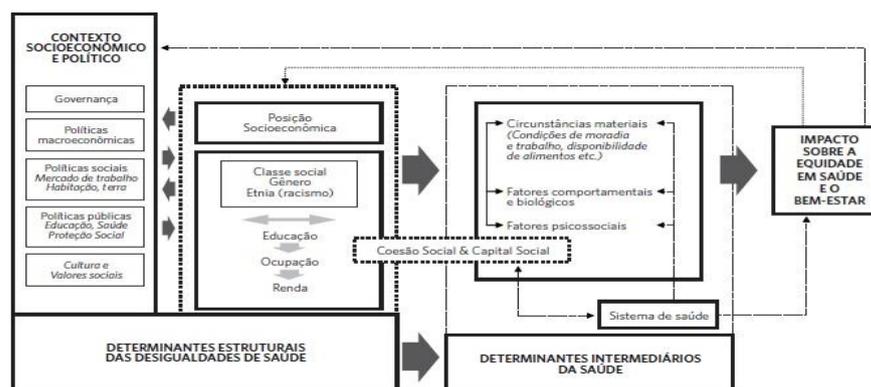
Em 2011, na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, a OMS adotou um novo marco conceitual sobre DSS, ao incorporar no relatório “*Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais de saúde*” (OMS, 2011). Nesse modelo, proposto por Solar e Irwin (2010), os determinantes estruturais operam por meio de um conjunto de determinantes intermediários, moldando os efeitos na saúde (Figura 2). O sentido dessa estrutura é expressar como os mecanismos sociais, econômicos e políticos originam um conjunto de posições socioeconômicas que representam a estratificação das populações de acordo com a renda, a educação, a ocupação, o gênero, a raça/etnia, entre outros fatores. Tais posições socioeconômicas, além de determinarem, em última instância, as diversas vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde (determinantes intermediários), refletem o lugar ocupado pelos sujeitos na hierarquia social.

Os autores destacam alguns fatores contextuais relacionados à produção e manutenção dessa hierarquia: 1) estruturas de governança formais e informais relacionadas com mecanismos de participação social da sociedade; 2) políticas macroeconômicas, incluindo políticas fiscais, monetárias, políticas de mercado e a estrutura do mercado laboral; 3) políticas sociais nas áreas de emprego, posse de terra e habitação; 4) políticas públicas em áreas como educação, saúde, água e saneamento, assim como a extensão e a natureza de políticas

redistributivas, de seguridade social e de proteção social; 5) aspectos relacionados com a cultura e com os valores sociais legitimados pela sociedade (SOLAR; IRWIN, 2010).

Ainda de acordo com Solar e Irwin (2010), os fatores intermediários dizem respeito ao conjunto de elementos categorizados em dadas circunstâncias materiais (como condições de trabalho, qualidade do ar, acesso e disponibilidade a alimentos e água, condições de moradia, tipo de vizinhança), fatores comportamentais (estilo de vida, consumo de tabaco, álcool ou outras drogas, sedentarismo), e psicossociais (estressores psicossociais, circunstâncias estressantes, falta de apoio social). Nessa perspectiva conceitual, o sistema de saúde também é considerado um determinante intermediário, visto que, especialmente a partir dele, podem advir restrições do acesso. De maneira transversalizada estão a coesão social e o capital social que perpassam as dimensões estrutural e intermediária.

Figura 2- Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin.



Fonte: Solar e Irwin (2010).

Segundo Garbois *et al.* (2017), em ambos os modelos conceituais dos DSS, as causas estruturais são projetadas de maneira diferenciada, da mesma forma que também são distintas as posições de relevância e significações que tais causas alcançam. No modelo proposto por Dahlgreen e Whitehead (Figura 1), as causas estruturais encontram-se no limite mais periférico, sendo denominadas determinantes distais ou macrodeterminantes econômicos e sociais. Tais autores compreendem que a projeção periférica fornecida aos determinantes estruturais, somada à ênfase dada à camada intermediária, na qual se encontram as condições de vida e de trabalho, bem como a dos fatores individuais, demonstra que, na construção dessa noção de DSS, pouca importância conceitual foi atribuída aos determinantes estruturais.

Diferentemente desse modelo, o construído por Solar e Irwin (Figura 2) tem a centralidade do destaque nas causas estruturais, que se aproximam da ideia de base ou raiz, no sentido de representarem primazia causal, a partir da qual os fatores estruturais atuam na

geração das iniquidades em saúde e na modulação das condições de vida. Destaca-se, também, que o desenho desse modelo explora o recurso gráfico das setas, que remetem à compreensão das relações e conexões entre os determinantes estruturais e os determinantes intermediários da saúde (GARBOIS, *et al.*, 2017).

No entanto, essa abordagem da OMS sobre os DSS tem sido alvo de críticas de intelectuais que se dedicam à análise da temática dentro da saúde coletiva e da medicina social latino-americana, particularmente no que se refere à diferenciação entre determinantes sociais de saúde e a determinação social do processo saúde e doença. Há um entendimento, por parte desses intelectuais, que a OMS, ao abordar os DSS a partir da perspectiva de “fatores” (condições de vida, trabalho, moradia, educação, transporte, etc.), “contextos”, “circunstâncias” e “condições”, opera dentro de uma perspectiva reducionista e fragmentada da realidade social (GARBOIS; *et al.*, 2017). Logo, tal abordagem encobre sobremaneira a compreensão da pluralidade de processos socioeconômicos, culturais, eco-biológicos, psicológicos estruturadores das dinâmicas de articulações que envolvem o objeto saúde-doença. Isso porque o perfil patológico não é reconhecido como produto de um processo de criação e transformação característico de cada sociedade, bem como de momentos históricos particulares. Concomitantemente, essa perspectiva avaliativa dos DSS adotada pela OMS converte as estruturas sociais em variáveis e não em categorias de análise do movimento de produção e reprodução social (ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008; BREILH, 2013; TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

Segundo Garbois *et al.* (2014), o paradigma que sustenta essa maneira reducionista de apreender os determinantes e as determinações sociais de saúde assenta-se em uma cisão absoluta entre a natureza e o ser humano, considerando a primazia da dimensão quantitativa, em que os componentes da realidade investigada são fragmentados e divididos numa perspectiva de valoração estatística, fomentando o enrijecimento do rigor da objetividade e da neutralidade científica. Juntamente a essa fragmentação, tal racionalidade encerra o campo social em um domínio específico e circunscrito, como se este fosse distinto dos demais campos, como o da biologia, direito, geografia, psicologia, entre outros. O social, nesse sentido, seria apenas útil para tentar explicar os aspectos residuais deixados por outras disciplinas diante da impossibilidade de abarcá-los. Configura-se, assim, uma perspectiva exteriorizada do social à dimensão saúde.

A construção desse modelo iniciou-se a partir da revolução científica do século XVII no âmbito das ciências naturais, tendo como atributo necessário e essencial a criação e

enunciação de leis universais. Segundo Garbois, Sodré e Dalbello-Araújo (2017), tal paradigma se apoiava

No princípio do determinismo, fundado a partir da ideia de ordem e estabilidade do mundo, e anunciava que a natureza é regida por constantes e regularidades e que caberia à ciência descobri-las. Aplicado ao campo da investigação científica, esse princípio resultou na premência dada à busca das relações de causalidade entre os fenômenos. Nos séculos seguintes (XVIII e XIX), os pressupostos que apoiaram o desenvolvimento dos métodos de excelência para a investigação dos fenômenos naturais foram considerados como igualmente oportunos para basearem a investigação dos eventos sociais, especialmente a partir da corrente filosófica positivista (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017, p. 70).

No que se refere a essa corrente filosófica positivista, tais autores julgam essencial revisitar os argumentos concebidos no desenvolvimento da racionalidade científica moderna, sobretudo no campo da sociologia, em especial a positivista de Émile Durkheim (1858-1917), considerado um dos autores clássicos que consolidou a sociologia como disciplina acadêmica, a partir de rigorosos procedimentos de pesquisa e nos quais residem os preceitos filosóficos que dão corpo a essa noção reduzida dos determinantes sociais, conforme presente neste momento da discussão.

O preceito central da ciência positiva de Durkheim é a noção de “lei social natural”, segundo a qual os acontecimentos humanos passam por uma explicação “natural”, na medida em que compartilham a condição de constância e regularidade presentes na interpretação dos fenômenos naturais. O desdobramento epistemológico desse pressuposto foi o de que as pesquisas das sociedades deveriam utilizar os mesmos critérios, regras e procedimentos usados nas ciências naturais. Assim, as ciências sociais deveriam limitar o estudo dos fenômenos sociais à observação e à explicação causal, possibilitando a interpretação dos “fatos sociais” que regem as relações humanas e sociais, a partir da ótica de objetividade científica, isenta de qualquer tipo de julgamentos de valor e de ideologias (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

Durkheim (2007), em sua produção *As Regras do método sociológico*, ao criar o conceito de “fato social”, constituiu e delimitou o que seria o objeto de investigação da sociologia, de maneira que ela pudesse se tornar uma ciência autônoma. Segundo esse autor, fato social é

[...] toda maneira de fazer, fixada ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou ainda, toda maneira de fazer que é geral na extensão de uma sociedade dada e, ao mesmo tempo, possui uma existência própria, independente de suas manifestações individuais (DURKHEIM, 2007, p. 13).

O fato social, portanto, é toda maneira de agir, pensar e sentir dos indivíduos, estando não apenas exterior a eles, mas dotado de uma força imperativa e coercitiva que a eles se impõe. Ele se difere dos fenômenos orgânicos, visto que consiste em representações e ações, da mesma maneira que se difere dos fenômenos psíquicos, já que estes somente existem na consciência individual. Assim, aplica-se o termo social já que não é o indivíduo o substrato para a produção desse fato, mas a sociedade, seja a política em seu conjunto ou dos grupos parciais que nela se encerra (DURKHEIM, 2007).

Segundo Durkheim (2007), essas maneiras coletivas de agir e pensar, por apresentarem-se como uma realidade externa, que precede os indivíduos por serem elaboradas por gerações anteriores, são internalizadas e assimiladas pelo recurso da educação, compreendida como um esforço contínuo e sistemático de socialização do indivíduo no meio em que vive, desde os primeiros anos de vida. Consequentemente, as maneiras de sentir, de agir e de ver o mundo são aprendidas, transformando-se em hábitos e tendências, que, em última instância, são produtos dessa coerção.

A partir do momento em que os fenômenos sociais passaram a ser abordados cientificamente como “fatos”, surgiu a primeira regra essencial do método sociológico, a partir da qual os fatos sociais passaram a ser considerados como “coisas”. A análise científica da vida social, ao receber esse caráter de “coisificação”, deslocou o foco das ideias e noções individuais sobre os fenômenos sociais para centrar a atenção nas representações instituídas pela coletividade, materializadas por meio de normas jurídicas, de valores econômicos, etc. A partir desse marco normativo, Durkheim criou as normas subsequentes, entre as quais aquela segundo a qual o pesquisador, para realizar a observação dos fatos sociais, precisa distanciar-se de suas pré-noções, preconceitos e ideias formadas pelo senso comum, sendo este, por não fazer parte do domínio científico, considerado produtor de falsas evidências. Tal regra é colocada como condição primária e indispensável para que exista a possibilidade de prova e verificação dos fatos (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

Nesse sentido, o método científico deve primar pela objetividade, de forma a ser capaz de exprimir os fenômenos através de propriedades a eles inerentes e não daquelas que provenham de uma ideia do pesquisador. A investigação, portanto, deve partir das manifestações mais exteriorizadas de um fenômeno, o que requer uma consideração, por parte do pesquisador, de aspectos dos fenômenos que se apresentam isolados de suas manifestações individuais, de maneira que sejam representados da forma mais objetiva possível. Ou seja, o que prevalece é a forma como o fenômeno se apresenta na coletividade, em sua expressão mais generalizada:

Vê-se aí, como a propriedade de ‘coisa’ atribuída ao ‘social’ retira-lhe a dinamicidade e a organicidade inerentes. Para que os fenômenos sociais

possam ser objetivamente abordados, precisam apresentar uma fixidez, uma medida precisa, que se mostre por si mesma e que independa do ponto de vista do pesquisador, eliminando tudo o que tem de variável e de subjetivo. As regras estabelecidas pelo positivismo de Durkheim não apenas trouxeram, mas, principalmente, legitimaram, no interior das Ciências Sociais, os pressupostos da objetividade, fundamentada na reificação do social enquanto ‘fato’, a partir de duas características consideradas indispensáveis para a validação científica: a exterioridade, ou seja, a capacidade de mostrar-se como uma realidade independente e externa ao indivíduo e a generalidade, ser comum a todos ou à maioria dos indivíduos. Além de exigir a neutralidade da ciência na análise dos fenômenos sociais, na medida em que colocou como fundamentalmente necessário o afastamento das pré-noções, crenças e preconceitos do pesquisador na observação dos fatos sociais (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017, p. 72).

Nesse sentido, categorias analíticas de fundamental importância para as ciências sociais, tais como a reprodução social, modos e relações de produção, ficam apagadas dentro dessa perspectiva de abordagem, dificultando a construção de um pensamento crítico centralizado na essência da organização social da sociedade de mercado e do regime de acumulação capitalista, os quais operam a partir de processos de geração e reprodução da exploração humana e da natureza, com suas marcadas consequências na saúde. Portanto, o modelo de DSS adotado atualmente pela OMS (Figura 2), mesmo tendo as “causas estruturais” das desigualdades sociais em saúde assumindo um papel de maior relevância, ainda assim representam limitações na medida em que aparecem esvaziados de criticidade capaz de abarcar a complexidade da realidade social, o que, em última instância, impossibilita a análise da díade acumulação econômica – exclusão social, como eixo estruturante de uma reprodução ampliada das desigualdades sociais de uma forma geral e na saúde em particular (BREILH, 2013).

5.3 A QUESTÃO RACIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE

O desenvolvimento da sociedade colonial brasileira e o processo secular de objetificação dos milhões de negros escravizados trazidos do continente africano macularam sobremaneira a história do Brasil, com consequências estruturais indeléveis e evidentes até os dias atuais. A despeito das péssimas condições de vida e de trabalho, bem como das infundáveis formas de violência às quais os negros foram (e são) submetidos, a resistência e luta desse povo foram a base para a constituição dos quilombos. Estes, para além de comunidades autônomas de escravos fugitivos, constituíram-se em importantes espaços de organização social da população negra, bem como de resgate de sua cultura e humanidade. Assim, a partir de um processo de fortalecimento das

redes de solidariedade e da democracia, os negros passaram a se constituir, como se constituem até hoje, numa perspectiva de resistência, sujeitos de sua própria história (BRASIL, 2013).

Em uma história forjada na ideologia eurocêntrica, na qual a branquitude, como estratégia de poder, desde sempre se empenha em invisibilizar o protagonismo negro, faz-se importante enfatizar o destaque que o movimento negro teve em distintas fases, ao longo da história brasileira, sempre combatendo as discriminações raciais presentes em um frágil modelo de democracia racial, cuja falácia desvela-se na constatação das desigualdades que vitimizam secularmente essa população.

Segundo Brasil e Trad (2012), essa história de luta remonta desde o período colonial, porém teve maior expressão a partir da organização política pós-abolição, ao longo do século XX, quando o movimento negro se empenhou em ações de defesa dos direitos de cidadania e de participação competitiva no mercado de trabalho. O período compreendido entre a Primeira República e o Estado Novo (1889-1937) foi profundamente marcado pelas teorias raciais do século XIX e pela ideologia do branqueamento, as quais foram determinantes para a submissão da população negra recém liberta a péssimas condições de vida. Daí surgiu uma mobilização negra, a partir de agremiações, clubes, associações e de uma incipiente imprensa negra, que começaram a contestar a imagem pejorativa imputada aos negros, muito relacionada à sua condição de escravo e nutrida pela sua suposta inferioridade traduzida nas teorias eugênicas. Tal movimento atuava principalmente de modo assistencialista e recreativo, numa perspectiva educativa, com vistas a incentivar a comunidade negra a se unir contra o complexo de inferioridade que a sociedade branca almejava impor-lhes.

A partir de reivindicações trabalhistas, por volta da década de 1920, iniciava a germinação da organização negro-mestiça, que culminou, em 1930, em um novo patamar do movimento negro: a Frente Negra Brasileira (FNB). Mobilizando mais de 20 mil associados, a FNB converteu-se em um grande movimento de massa e obteve notável organização sócio-política a partir da realização de atividades que iam desde desfiles, até conferências e atos públicos que protestavam contra a discriminação racial. As mulheres tiveram participação marcante na construção da FNB, sendo responsáveis por todo movimento da entidade (DOMINGUES, 2007).

Na década de 1930, potencializou-se a exploração da temática sobre as relações raciais brasileiras, a partir da continuidade do discurso da superioridade racial branca bem como do aprofundamento dos estudos sobre negros e mestiços no país. Tal fato permitiu que a FNB encontrasse espaço para expor seus objetivos e deveres políticos, a partir da aprovação de seu Estatuto, que instituiu a união política e social da Gente Negra Nacional para reivindicação de seus direitos sociais e sua elevação intelectual e profissional. No cenário político nacional, tendo como pretensão a integração do negro a partir de conquista de oportunidades e garantias sociais

estabelecidas pelo regime vigente, a FNB foi majoritariamente de direita, apoiou a ditadura de Vargas, em 1937 (bem como os governos nazifascistas europeus), não impondo posição contrária à ordem social, política e econômica estabelecida no país na época (DOMINGUES, 2007).

De acordo com Brasil e Trad (2012), desde a Segunda República até a ditadura (1945-1964), destacou-se o surgimento de dois grupos emblemáticos da luta pelas questões do negro na sociedade brasileira: a União dos Homens de Cor (UHC), que promovia debates, publicações de jornais, bem como assistência médica e jurídica, sempre na perspectiva de promoção da ascensão econômica e intelectual dos negros; e o Teatro Experimental do Negro (TEN), considerado a principal organização negra desse período, de cunho eminentemente cultural, cujo projeto de construir um grupo de atores negros culminou em um importante espaço de formação profissional. Liderado por Abdias do Nascimento, o TEN conseguiu articular a participação política com a valorização da cultura afro-brasileira.

No período de redemocratização do país, pós-ditadura militar, especialmente nas décadas de 1970 e 1980, houve rearticulação do movimento negro, que passou a ter as questões de raça e classe na centralidade das ações de militantes, os quais viam a necessidade de lutar por uma sociedade igualitária, visto que o sistema capitalista alimentava-se do racismo presente nas relações sociais. Assim, em 1978, surge o Movimento Negro Unificado (MNU), que se estruturou em bases ideológicas distintas dos movimentos que o antecederam. Influenciado pela luta dos negros americanos pelos direitos civis, pelos movimentos internacionais em favor da liberdade dos países africanos, bem como pelo movimento feminista internacional, o MNU nutria-se internamente a partir das críticas ao mito da democracia racial, do novo movimento sindical brasileiro e da emergência de novos movimentos sociais urbanos. Alçando o termo negro a uma designação positiva, referente aos descendentes de africanos e buscando resgatar a identidade étnica, a partir da valorização dos símbolos relacionados à cultura africana, o MNU lutou contra a discriminação racial, a violência e o desemprego, na perspectiva de buscar a igualdade na diferença (BRASIL; TRAD, 2012).

As primeiras movimentações reivindicatórias no campo da saúde ocorreram na década de 1980, a partir do protagonismo da militância das mulheres negras, que, na época, discutiram direitos sexuais e reprodutivos, demonstrando que o racismo e o sexismo estabeleciam segregação diferenciada, que implicava restrições específicas dos direitos das mulheres negras, vitimando-as, portanto, com um duplo preconceito. Em 1986, na Oitava Conferência Nacional de Saúde, os movimentos sociais negros participaram ativamente, juntamente ao movimento da reforma sanitária, no processo de elaboração e aprovação de propostas para que a saúde passasse a se constituir como um direito fundamental e universal de cidadania e dever do Estado. Logo após, a Assembleia Nacional Constituinte instituiu tal direito na Carta Magna de

1988, estabelecendo as bases legais para um sistema único de saúde, de caráter universalista e igualitário, com vistas à promoção do Estado brasileiro (BRASIL, 2013; FERREIRA, 2017).

Segundo Brasil e Trad (2012), em fins do século XX e início do século XXI, organizou-se no Brasil uma agenda voltada à saúde da população negra, formulada por ativistas dos movimentos sociais negros e intelectuais, na qual se incorporaram categorias de identificação da população, como raça, cor e etnia, as quais, aliadas aos dados censitários e epidemiológicos, ratificaram injustiças e iniquidades em saúde de uma parcela da população brasileira, o que forçou o Estado a ocupar-se com essa temática.

Na década de 1990, o Governo Federal, em atenção à Marcha Zumbi dos Palmares, realizada em 20 de novembro de 1995, criou o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra/GTI e do subgrupo saúde. Em abril do ano seguinte, o GTI organizou e realizou a Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra, da qual resultaram importantes deliberações: a) introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos; b) elaboração da Resolução 196/ 96, que introduziu, entre outros, o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos; c) recomendação de implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme (NETO, *et al.*, 2015).

No cenário internacional, os movimentos sociais negros marcaram suas participações junto a governos e organismos internacionais, reivindicando compromissos mais efetivos e resolutivos de combate às iniquidades étnico-raciais em dois momentos históricos para a luta antirracista brasileira: o primeiro foi a Conferência Regional das Américas (intergovernamental), realizada em Santiago do Chile, em 2000, onde a delegação brasileira, representada por participantes do governo e sociedade civil, trabalhou arduamente para que os documentos aprovados refletissem as especificidades nacionais; o segundo foi a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, realizada em Durban, na África do Sul, em 2001, onde a delegação brasileira sobressaiu-se na defesa das deliberações alcançadas na conferência chilena do ano anterior (BRASIL, 2013; BRASIL; TRAD, 2012).

Os movimentos sociais negros também estiveram presentes nas 11^a e 12^a Conferências Nacionais de Saúde, realizadas respectivamente em 2001 e 2003, o que representou fortalecimento e ampliação de suas participações sociais nas instâncias do SUS, resultando na aprovação de propostas para o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial e de gênero na política pública de saúde do país. Uma conquista emblemática foi a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei n^o 10678, de 23 de março de 2003, com *status* de ministério e que funcionou como órgão de assessoramento direto

da Presidência da República. A SEPPIR teve como atribuição institucional a promoção da igualdade e a proteção dos direitos individuais e coletivos da população negra e outros grupos étnicos-raciais, através do acompanhamento e coordenação das políticas de diferentes ministérios, entre os quais o da saúde e outros órgãos do governo brasileiro (BRASIL, 2013).

Os avanços no reconhecimento da questão racial como estruturante das desigualdades sociais, bem como no desenvolvimento de pautas governamentais que privilegiavam o debate para a construção de políticas públicas direcionadas ao combate do racismo institucional em vários campos da sociedade brasileira, entre eles o da saúde, comungavam, portanto, com os princípios orientadores do processo de redemocratização e de uma política de saúde universal e igualitária (PAIXÃO, *et al.*, 2010).

No entanto, coexistindo com esse movimento social progressista e com a atuação ativa dos movimentos sociais negros, havia no Brasil a perniciosa influência do mercado e dos agentes governamentais e multilaterais internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. Como já discutido na seção “**5.2.2 A dimensão da Equidade em Saúde**”, em um cenário de crise mundial do capitalismo, desde as décadas de 1970 e 1980, ambos promoviam pressão nos países periféricos para adoção de políticas de ajuste neoliberal, as quais acirravam as desigualdades sociais tornando-as realidades imutáveis e impediam a universalização dos direitos, restando, portanto, a atuação apenas nos pontos mais críticos do sistema, o que, naturalmente, ia contra as políticas sociais universais (RIZZOTTO, 2000).

Nessa conjuntura, surgiram as propostas das políticas focais cujo pressuposto era o entendimento de que, diante do contingenciamento e da limitada disponibilidade de recursos financeiros para o atendimento das demandas por serviços e benefícios sociais, o Estado deveria priorizar e direcionar sua ação no âmbito das políticas sociais para as camadas mais desfavorecidas da população (RIZZOTTO, 2009). Se, por um lado, existiam tais imposições das políticas de ajustes neoliberais, por outro, como já falado anteriormente, havia a força dos movimentos sociais negros como frente de resistência, lutando pelo reconhecimento da questão racial como determinante social que condicionava à vulnerabilidade de negros e negras em vários campos da sociedade (NASCIMENTO, 2016).

As temáticas desigualdade racial em saúde e iniquidade racial têm sido objetos profícuos de pesquisas acadêmicas em diversas áreas do conhecimento. De maneira geral, preocupam-se em investigar as influências da raça/cor nas variadas formas de acesso ao sistema de saúde em seus níveis de atenção, tratamento, promoção da saúde, prevenção de doenças, acompanhamento de condições crônicas, urgências, emergências, etc. (BARROS, 2017; LEAL *et al.*, 2017; MENDES *et al.*, 2018; MUNIZ; DAFLON *et al.*, 2017).

A desigualdade em saúde é consequente de múltiplos determinantes e condicionantes que podem estar interligados não só às condições de saúde e de adoecimento e a fatores de ordem sociocultural que definem o padrão de morbimortalidade dos diferentes grupos sociais, mas também às diferenças na distribuição, organização e utilização dos recursos na saúde, sendo a iniquidade no acesso a bens e serviços de saúde um sério problema estrutural da saúde pública (CORGOZINHO e OLIVEIRA, 2016, p. 432). Para esses autores, a priorização de recursos sanitários deve, portanto, significar atenção especial aos grupos vulneráveis, o que implica a introdução do conceito de equidade, que reconhece as diferenças entre os indivíduos e emite o comando no sentido de serem tratados de forma diferenciada com o propósito de se reduzirem as desigualdades existentes.

Entre os grupos vulneráveis, podemos localizar a população negra, objeto de estudos estatísticos que demonstram a realidade da desigualdade a que está cotidianamente exposta, comprovando que o quesito raça/cor é determinante para o maior risco de adoecimento e outros acometimentos na área de saúde. Porém, a abordagem dessa dimensão em pesquisas somente foi possível a partir da integração de forças dos movimentos da sociedade civil em geral, em particular do movimento de mulheres negras, juntamente com representantes da academia, que deflagraram uma ação político-ideológica que objetivava desvelar o racismo mediante evidências empíricas das diferenciações raciais determinadas pelas condições socioeconômicas e demográficas da população (CUNHA, 2012).

Segundo Cunha (2012) a primeira ponderação desse movimento foi de que era essencial produzir informações básicas, inexistentes até a década de 1990, que revelassem a existência das desigualdades raciais. Logo, a partir da utilização de marcos teóricos que apontavam a relação direta entre condições materiais de vida, raça/cor e os processos de morbimortalidade, buscaram-se evidências que pudessem explicar os diferenciais encontrados nas taxas de mortalidade entre brancos e negros, bem como a diferença no ritmo de descenso dessas taxas entre esses dois grupos e a prevalência das causas de morte evitáveis. Partia-se do pressuposto de que as condições socioeconômicas da população, retratadas no perfil educacional, de renda média familiar, ocupação, lugar de residência e condições de domicílio, condicionavam as condições de viver e morrer do segmento populacional negro.

Na saúde, a incorporação do quesito raça/cor nos sistemas de informação tem possibilitado evidenciar, mediante constatações empíricas, os diferenciais raciais e as vulnerabilidades produzidas no processo saúde-doença da população negra. São variadas as fontes de dados secundários em saúde, gerenciados nacionalmente pelo Ministério da Saúde, que informam o quesito raça/cor, seja por meio de coleta contínua seja de inquéritos. Dessas

fontes, as primeiras a inserir tal quesito em seus formulários, em 1996, foram as que captam os dados vitais em saúde – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM) (FILHO, 2012). Porém, somente em 2017, pela portaria n.º 344 de 1 de fevereiro, o Ministério da Saúde tornou obrigatória a inclusão do quesito raça/cor em todos os instrumentos de dados adotados pelos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2017).

No Brasil, 53,9% da população é formada por homens e mulheres negro(a)s, correspondendo ao segmento populacional com a menor renda, comparando-se aos brancos (IBGE,2016), sendo que, nos últimos anos, as desigualdades de renda aumentaram entre esses dois grupos raciais. Em 2016, negros ganhavam em média R\$ 1.458,16, sendo que o rendimento médio dos brancos era de R\$ 2.567,81. Uma diferença a mais para os brancos de R\$ 1109,65. O rendimento médio dos negros correspondia a 57% dos rendimentos médios de brancos. Já em 2017, os rendimentos médios de negros foram de R\$ 1.545,30, enquanto o dos brancos alcançaram R\$ 2.924,31. A diferença a mais para os brancos passou a ser de R\$ 1.379,00. A mesma desigualdade se constata quando se avaliam os estratos específicos de renda. Em 2016, na metade mais pobre da população, os brancos pobres ganhavam em média R\$ 882,23, e negros pobres, R\$ 634,66. Ou seja, os brancos pobres tinham um rendimento superior de R\$ 247,57 em relação aos negros no mesmo estrato econômico. Já em 2017, o rendimento médio dos brancos pobres foi de R\$ 965,19, e dos negros pobres, R\$ 658,14. A diferença a mais para os brancos pobres subiu para R\$ 299,05. Nesse período, negros pobres ficaram ainda mais pobres com redução aproximada de 2,5% de renda, enquanto os brancos seguiram direção oposta, com incremento de quase 3% da renda (OXFAM BRASIL, 2018).

De acordo com o Mapa da Violência (2016), no ano de 2003, foram cometidos 13.224 homicídios por arma de fogo na população branca, e esse número, em 2014, reduziu para 9.766, o que representa uma queda de 26,1%. Em contrapartida, o número de vítimas de assassinato por arma de fogo, pretas e pardas, subiu de 20.291, em 2003, para 29.813, em 2014, correspondendo a um aumento de 46,9% (FLACSO BRASIL, 2016).

Outras desigualdades podem ser percebidas quando se avaliam os seguintes quesitos: baixo grau de escolaridade, com 45% da população negra não tendo concluído o ensino fundamental; estado nutricional infantil, com 43,1% das crianças pretas e pardas residem em domicílios com maior insegurança alimentar em todos os seus graus, em oposição a 25,1% das crianças brancas; condição de habitação, com 73,5% de pretos e pardos mais expostos a viver em domicílios em condições precárias (IBGE, 2016).

Na saúde, a proporção de pessoas que passaram por consulta médica nos últimos 12 meses é menor entre pretas e pardas – 69,5% e 67,8%, respectivamente –, sendo a média

nacional de 71,2%. No que diz respeito à assistência pré-natal, 71% de mulheres pretas e pardas declararam realizar ao menos seis consultas de acompanhamento, enquanto entre as mulheres brancas essa porcentagem chega a 85,8%. Na doença de Chagas, 86% da população notificada é negra; no que se refere à percepção de saúde, 37,8% da população adulta preta ou parda avaliou sua saúde entre regular e muito ruim, sendo que esse índice entre brancos é de 29,7% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Ademais, a população negra apresenta a menor expectativa de vida, maior índice de algumas doenças infecciosas, maior índice de mortalidade por causas externas, violência obstétrica, overdose de drogas, além de homicídios (PAIXÃO *et al.*, 2010).

Partindo da premissa de que o racismo é estruturante na sociedade brasileira e que tal violência histórica e estrutural, resulta, cotidianamente, em potente vulnerabilização dos sujeitos negros para o adoecimento, Batista, Escuder e Pereira (2004) desenvolveram um estudo sobre a mortalidade da população do Estado de São Paulo por raça/cor:

Há uma morte branca que tem como causa as doenças, as quais, embora de diferentes tipos, não são mais que doenças, essas coisas que se opõem à saúde até um dia sobrepujá-la num fim inexorável: a morte que encerra a vida. A morte branca é uma ‘morte morrida’. Há uma morte negra que não tem causa em doenças; decorre de infortúnio. É uma morte insensata, que bule com as coisas da vida, como a gravidez e o parto. É uma morte insana, que aliena a existência em transtornos mentais. É uma morte de vítima, em agressões de doenças infecciosas ou de violência de causas externas. É uma morte que não é morte, é mal definida. A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita, é uma Átropos ensandecida que corta o fio da vida sem que o Cloto o teça ou que Láquesis o meça. A morte negra é uma morte desgraçada (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004, p. 635).

Diante desse cenário de desigualdade e iniquidade racial na saúde, em 18 de agosto de 2004, no encerramento do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, foi assinado um termo de compromisso entre a SEPPIR e o Ministério da Saúde, a partir de formulações realizadas por ativistas e pesquisadores negros, contidas no documento *Política nacional de saúde da população negra: uma questão de equidade*. No mesmo mês, com vistas a cumprir o referido acordo previsto no termo de compromisso, no que dizia respeito à promoção da igualdade racial no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), por meio da Portaria n.º 1678, de 16 de agosto de 2004 (BRASIL, 2013).

Tal comitê era composto por diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde, da SEPPIR, por ativistas e intelectuais da luta antirracista na área da saúde e coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Seu funcionamento era regido pela Portaria n.º 2632, de 15 de

dezembro de 2004 e entre suas várias realizações, destacam-se as inestimáveis contribuições para a construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Tal política foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 10 de novembro de 2006 e instituída em 13 de maio de 2009 pela portaria ministerial n.º 992, passando a ter caráter de lei com o Estatuto da Igualdade Racial, instituído em 2010 pela lei presidencial nº 12.288 (BRASIL, 2013).

A PNSIPN está embasada em vários princípios previstos na Constituição Federal de 1988, tais como o de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, art.1.º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4.º, inc. VIII) e da igualdade (BRASIL, 1988, art. 5.º). Também está de acordo com o objetivo da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, art. 3.º, inc. IV).

Essa política igualmente se reafirma com os princípios do SUS, previstos na Lei n.º 8080/90 tais como: a) universalidade do acesso, compreendido como o “acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”; b) integralidade da atenção, “entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”; c) igualdade da atenção à saúde; d) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

De particular importância é o princípio da equidade, visto que a iniquidade racial em saúde, como um fenômeno estrutural da sociedade brasileira, tem sido combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela Lei n.º 10678/03, que criou a SEPPPIR. Dessa forma, o princípio da igualdade, numa perspectiva de almejar uma sociedade na qual a diversidade seja um valor e não motivação para preconceitos, deve desdobrar-se no princípio da equidade, na medida em que ele fundamenta a promoção da igualdade a partir do pleno reconhecimento das desigualdades, com vistas à criação de ações estratégicas para superá-las (BRASIL, 2013).

Na área da saúde, a atenção e o cuidado devem ser compreendidos a partir da lógica de ações e serviços que devem ser priorizados de acordo com as situações de risco e as condições de vida e saúde, nas quais se encontram determinados indivíduos ou grupos populacionais. Assim, o SUS, como um sistema em processo contínuo de aperfeiçoamento, instituiu em 2006, pela Portaria n.º 399, o Pacto pela Saúde, por meio do qual se compromete com o combate às iniquidades de ordem socioeconômica e cultural que atingem a população negra brasileira (BRASIL, 2006)

Destaca-se, ainda, que a PNSIPN tem a transversalidade como um princípio organizativo, o que a permite, a partir da confluência e do reforço recíproco de diferentes políticas de saúde, contemplar uma gama de estratégias que têm como objetivo o resgate da

visão integral do sujeito. Nessa perspectiva, tal sujeito passa a ter sua participação no processo de construção de respostas às suas necessidades plenamente considerada, visto que é avaliado em suas múltiplas dimensões, seja no que se refere à fase do ciclo de vida em que se encontra, seja em outras particularidades que impactam no processo saúde/doença, como demandas de gênero, orientação sexual, deficiências físicas temporárias ou transitórias ou a própria relação com doença e morte (BRASIL, 2013).

A marca da PNSIPN é o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população negra no Brasil, com vistas à promoção da equidade em saúde. A partir dessa premissa, foram pensadas as suas diretrizes gerais, entre as quais se destacam: a) inclusão do tema racismo e saúde da população negra nos espaços de formação e educação permanente dos profissionais de saúde e controle social; b) ampliação e fortalecimento da participação dos movimentos sociais negros nas instâncias de controle social das políticas de saúde; c) incentivo à produção de conhecimento científico e tecnológico referente à saúde da população negra; d) reconhecimento dos saberes e práticas populares, especialmente as preservadas pelas religiões de matriz africana; e) monitoramento e avaliação das ações de combate ao racismo institucional nas diversas esferas de governo; f) fortalecimento da identidade racial negra a partir de estratégias desconstrutoras de estigmas e preconceitos (BRASIL, 2013).

Isso posto, conclui-se que a PNSIPN apresenta um caráter público e social, sendo, portanto, de origem e causalidade complexa, o que nos leva a considerá-la a partir das dimensões históricas, econômicas, políticas e culturais. Um ponto de fundamental importância nessa análise refere-se à interconexão entre a problemática racial e a pobreza, no sentido de que, embora essas dimensões não sejam excludentes ou complementares, elas fazem parte de uma única totalidade, na qual os fenômenos sociais são compreendidos como uma realidade dialética, e a realidade social como um processo histórico (ALMEIDA; SOUZA, 2011).

Tal princípio é essencial para a compreensão do racismo institucional, que se materializa cotidianamente pelas discriminações que ocorrem dentro das instituições, transcendendo as relações interpessoais, repercutindo tanto na implementação das políticas públicas, quanto no fomento das desigualdades e iniquidades raciais. Porém, no âmbito das políticas públicas, o processo de discussão e assunção dessas temáticas pelo Estado brasileiro ainda demandará um tempo maior de confronto, numa perspectiva de convencimento sobre essas questões, com vistas à elaboração de estratégias que sejam minimamente efetivas no combate ao racismo institucional na saúde (BRASIL; TRAD, 2012).

De acordo com Brasil e Trad (2012), embora a PNSIPN seja uma inegável conquista, em um país que se estrutura no racismo e nas desigualdades raciais, essa instituição vem sofrendo, desde seu nascimento, com as mudanças de governo e com as alterações nos modos de concebê-la dentro do próprio Ministério da Saúde. O contexto nacional vem apontando tal fato, desde o processo de esvaziamento da SEPPIR, que a tornou pouco atuante com consequente perda de força política do Comitê Técnico de Saúde da População Negra.

Ao longo dos últimos anos, outras mudanças evidenciaram a perda de espaço político das discussões raciais no nível do Estado. Em 2015, pela medida provisória n.º 696 enviada ao senado em outubro de 2015, a SEPPIR foi incorporada ao Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos e transformada na Lei n.º 13226 de 05 de abril de 2016, que extinguiu a secretarias da Presidência da República de Igualdade Racial, de Direitos Humanos e de Políticas para Mulheres e criou o referido ministério (BRASIL, 2016a). Em setembro do mesmo ano, pela Lei n.º 13341, extinguiu-se o Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, sendo que as competências, órgãos e entidades até então a ele subordinadas passaram para o Ministério da Justiça e Cidadania, ressalvadas as competências sobre políticas para a juventude (BRASIL, 2016b). No ano de 2019, a medida provisória n.º 870/2019, além de reduzir de 29 para 22 o número de órgãos com status ministerial no Governo Federal, renomeia o Ministério de Direitos Humanos para Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Por fim, tal medida provisória transfere para o Ministério da Agricultura a atribuição de identificar, delimitar e demarcar terras indígenas e quilombolas (BRASIL, 2019).

Inúmeros são os desafios para uma efetiva implementação da PNSIPN. Dificuldades que se localizam desde a atuação efetiva do Estado no reconhecimento do racismo estrutural e das desigualdades raciais no país, com consequente investimento na implementação efetiva de políticas públicas que assumam o combate a essa realidade, até o cotidiano de uma micropolítica que dê conta de atingir as unidades de saúde, visto que o enfrentamento do racismo precisa ser realizado junto aos profissionais, gestores e sociedade civil de uma nação que se pretende racialmente democrática. Além disso, de acordo com Brasil e Trad (2012), é preciso que a política transcenda os meandros restritos da dimensão do poder político estatal, deixando também de ser apenas uma questão de negros e de sua militância, para alcançar os diversos espaços públicos, bem como outros movimentos sociais.

Nessa perspectiva, a partir do reconhecimento desses desafios e dificuldades, faz-se essencial e urgente a luta pela emergência e manutenção da discussão sobre o racismo em suas múltiplas dimensões, uma vez que, se, por um lado, ele é estrutural e estruturante em nossa

sociedade, por outro, ainda é pouco considerado nas discussões acadêmicas em saúde, particularmente na área médica (ROMANO, 2018; WHITE-DAVIS *et al.*, 2018).

5.3.1 A temática racial nos espaços de formação médica

Em suas diretrizes gerais, a PNSIPN traz como primeiro item a inclusão dos temas racismo e saúde da população negra, seja nos processos de formação em geral dos profissionais da saúde, seja nos espaços de educação permanente desses trabalhadores. Em seu terceiro item, enfatiza a importância de incentivo à produção de conhecimento e tecnologia voltados para a saúde da população negra. No décimo segundo objetivo específico dessa política, enfatiza-se a necessidade de se fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre o racismo e a saúde da população negra. Essas normativas vieram ao encontro do movimento de revisão das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde, particularmente no que se refere ao seu modelo pedagógico, considerado fragmentado, expositivo e centrado na figura do docente, sendo, portanto, insuficiente para promover formação profissional com perfil, competências e as habilidades necessárias para as transformações previstas no setor saúde (SANTANA; *et al.*, 2019).

A partir de 2001, houve um esforço articulado entre o Ministério da Educação e Ministério da Saúde, visando à solidificação de novas diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde, resultando em diversos documentos que ofereciam novos parâmetros para a referida formação, em consonância com as prerrogativas da PNSIPN (SANTANA *et al.*, 2019). Entre eles destacam-se: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Área de Saúde (2001); o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED (2002); o VER-SUS (2002) uma estratégia de vivência no SUS para estudantes dos cursos de saúde; o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS (2002); os Polos de Educação Permanente do SUS; a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2004) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde (2005).

Em 2003, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-brasileira e Africana – DCN ERER, pela promulgação da Resolução CNE/CP 01/2003, que regulamentou e ampliou os artigos 26 A e 79 B da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9394/96), incluídos na Lei 10.639/03 e, posteriormente, complementados pela Lei 11645/08 (SANTANA; *et al.*, 2019).

De acordo com Rodrigues (2017), tais resoluções vieram em resposta a uma premente demanda pela temática da cidadania afrodescendente na educação, que tomou força particularmente a partir dos documentos referentes à Marcha Zumbi, de 1995, e à Declaração e

Programa de Ação (CONFERÊNCIA DE DUBAN, 2001), a partir dos quais os movimentos sociais negros e demais ativistas e pesquisadores acadêmicos investiram esforços em defesa de alterações curriculares e diretrizes voltadas à educação para as relações étnico-raciais.

Nesse sentido, ainda segundo Rodrigues (2017), a inclusão do ensino da História e Cultura Africanas e Afrodescendentes, resultante dessas alterações da legislação, é um marco histórico. A despeito das dificuldades e resistências para sua implementação, significa um reconhecimento de que o currículo oficial é pautado em uma visão eurocêntrica e, menos do que avanços conscientes dos gestores educacionais e governantes, representa mais um passo no processo de resistência negra, que compreende a alteração curricular como parte das ações direcionadas à construção de um projeto político educacional capaz de combater preconceitos e discriminação. Assim determina a resolução nº 1, de 17 de junho de 2004, do Conselho Nacional de Educação nos parágrafos primeiro e segundo:

§ 1º As Instituições de Ensino Superior incluirão nos conteúdos de disciplinas e atividades curriculares dos cursos que ministram, a Educação das Relações Étnico-Raciais, bem como o tratamento de questões e temáticas que dizem respeito aos afrodescendentes, nos termos explicitados no Parecer CNE/CP 3/2004. § 2º O cumprimento das referidas Diretrizes Curriculares, por parte das instituições de ensino, será considerado na avaliação das condições de funcionamento do estabelecimento (INEP, 2004, p. 31).

Assim, Rodrigues (2017) demonstra que, do ponto de vista formal, estabeleceu-se um cenário propício para que novos marcos curriculares fossem consolidados, possibilitando, nos espaços de formação em saúde, a inclusão do debate dos imensos problemas sociais decorrentes do racismo estrutural e institucional produtores das desigualdades e iniquidades raciais de forma geral e na saúde em particular. Trata-se de uma possibilidade de ter, nos espaços de formação profissional em saúde, acesso a uma história que foi propositadamente esquecida, mal contada ou simplesmente negada e estereotipada nos currículos oficial e oculto. Oportunidade de se desvelar uma face histórica apagada e substituída por outra, construída pelas lentes do dominador branco, a quem não interessa a identificação como sequestrador e saqueador, a quem não importa discutir a necessidade de reparação histórica, de redistribuição de renda, de garantia de oportunidades e condições de acesso a espaços sociais de mando e prestígio.

No entanto, ainda há carência de pesquisas que possam afirmar a efetiva aplicação dessas normativas, sobretudo no que se refere aos espaços de formação médica, os quais, via de regra, são refratários a mudanças curriculares em seus processos de ensino e aprendizagem, sobretudo no que se refere à inclusão de temáticas que fogem à ordem biomédica, reconhecida

como ciência válida. Tal fato, segundo Rodrigues (2017), está de acordo com um processo de preservação e distribuição cultural, determinado pela apropriação de poder político e econômico na sociedade, num contexto em que a tradição liberal domina a política educativa e, conseqüentemente, o discurso sobre o currículo.

6 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO

Essa dimensão política da pesquisa [...] coloca a questão do papel do pesquisador no mundo social e reconsidera a distinção fato-valor, ciência-ideologia, teoria-prática [...]. Toda pesquisa é, antes de tudo, uma prática discursiva que baseia poder e saber em locais apropriados, nos quais as disciplinas (científicas) se confundem com a disciplina (moral). A construção do objeto não recai sobre uma realidade do mundo social problematizado por seus atores (seja qual for a posição que eles ocupam), nem sobre uma intenção individual do pesquisador, ou um grupo de pesquisadores, mas, sim, sobre um conjunto de práticas discursivas, que, ainda que não sejam nem verdadeiras, nem falsas, em si mesmas, produzem um efeito de verdade (POUPART, *et al.*, p. 150).

6.1 O TIPO DE PESQUISA

Para o desenvolvimento deste estudo, optei por um delineamento de pesquisa qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, visto que o mesmo se adapta melhor aos trabalhos que visam descrever uma situação social circunscrita ou explorar determinadas questões relativas aos fenômenos sociais, os quais resistem à mensuração clássica dos métodos quantitativos (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014).

Nessa pesquisa, procurei apreender o que os sujeitos pesquisados atribuem às suas experiências profissionais a partir de suas trajetórias acadêmicas, de suas reflexões a respeito tanto do cuidado e da equidade em saúde em suas práticas cotidianas de trabalho, quanto das questões de raça e de saúde da população negra. Busquei também verificar como compreendem tais questões a partir dos sentidos que a elas atribuem e como esses sentidos podem revelar a ação social na construção de comportamentos individuais e como tais comportamentos podem se traduzir numa ação coletiva. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com médicos de família da atenção básica à saúde do município de Juiz de Fora (MG), intencionalmente escolhidos a partir do fenótipo branco, porém sem excluir a autodeclaração de raça/cor como definido pelo Censo 2010/IBGE.

Logo, ao enfatizar os atores e o contato direto com o campo de pesquisa, este estudo almejou ser sensível às dimensões macrossociológicas e estruturais do objeto pesquisado, mostrando como as marcas da estrutura social concentram-se nas situações mais circunscritas e particulares do cotidiano da vida (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014).

O período de construção desta pesquisa foi de março de 2018 a setembro de 2019.

6.2 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Ser médico de família e trabalhar na rede de atenção básica à saúde do município de Juiz de Fora (MG) há vários anos foi, sem dúvida, um fator facilitador, tanto para a aproximação do campo desta pesquisa, quanto para o acesso ao grupo de médicos que foram convidados para dela serem participantes. Alguns, conhecidos de longa data, outros, de contato superficial, porém todos foram extremamente receptivos à proposta de participação.

Foram convidados para participar desta pesquisa médicos de família, atualmente trabalhando na atenção básica do município de Juiz de Fora (MG), devidamente credenciados e atuando em território específico. Todos os convidados foram escolhidos a partir de características do fenótipo branco, sem, no entanto, excluir a possibilidade de autodeclaração da raça/cor. Participaram voluntariamente 12 médicos de família, sendo três do gênero masculino e nove do feminino. A proporção maior do gênero feminino se deu pelo fato de, no campo de trabalho da ESF de Juiz de Fora, haver maior quantitativo de mulheres atuando como médicas de família. Mesmo com a predominância do gênero feminino no grupo de participantes, optei, na produção da escrita deste trabalho, pelo uso dos substantivos flexionados no plural masculino. Houve autorização prévia da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora/MG para a utilização do cenário da atenção básica do município como campo de pesquisa. O perfil do grupo pesquisado pode ser avaliado na Tabela nº 01.

A quantidade de 12 participantes entrevistados foi estabelecida a partir do critério de reincidência de informações durante o processo das entrevistas. Tal critério é uma estratégia normalmente utilizada nos trabalhos de cunho qualitativo e estabelece que o processo de captação de novos participantes para pesquisa é interrompido quando há redundância ou repetição de dados, percebidos pelo pesquisador (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Apesar de, logo na metade do quantitativo final, ter percebido a reincidência de informações nas entrevistas, optei pela continuidade do processo investigativo, considerando tanto a complexidade e o ineditismo relacionados à temática, quanto a riqueza das informações produzidas nesse campo de pesquisa, de modo que assim se chegou ao número de 12 participantes.

Apenas foram efetivamente considerados partícipes desse processo de pesquisa os médicos de família que se encaixaram nos critérios de inclusão e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nenhum participante foi excluído por não ter havido, durante o processo da pesquisa, desvinculação da rede de atenção básica do município ou manifestação explícita de não desejo de participar da pesquisa.

Todos realizaram a mesma entrevista semiestruturada, a partir da qual tentei retratar a singularidade de cada trajetória profissional e trazer à luz a diversidade de narrativas dos profissionais que compartilham a responsabilidade de atuação como médico de família da atenção básica de Juiz de Fora. Para preservar a identidade dos participantes resguardando melhor seu anonimato, optei por utilizar nomes fictícios que tivessem alguma relação com o objeto desta pesquisa, de forma que todos os nomes são compostos e têm significados etimologicamente relacionados com características atribuídas à branquitude.

Tabela 1: Dados dos participantes da pesquisa.

DADOS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA							
Nome	Gênero (*)	Idade (anos)	Raça/cor autodeclarada	Estado civil	Tempo de formado (anos)	Tempo na ESF	Vínculo
Taís Lucinda	F	62	Branca	Casada	36	23	Efetiva
Cândida Mara	F	49	Branca	Casada	24	23	Efetiva
Lívia Rosa	F	35	Branca	Casada	08	05	Efetiva
Valentina Luz	F	37	Branca	Casada	08	08	Efetiva
Clara Carolina	F	38	Branca	Casada	10	06	Efetiva
Alana Lins	F	33	Branca	Casada	05	05	Contrato
Imaculada Elisa	F	55	Branca	Divorciada	31	12	Contrato
Aline Lúcia	F	50	Branca	Casada	23	18	Efetiva
Vitória Sá	F	59	Branca	Casada	34	23	Efetiva
Augusto Magno	M	34	Branco	Casado	10	05	Contrato
Alvo Lúcio	M	30	Branco	Solteiro	05	05	Contrato
Níveo Elisio	M	38	Branco	Casado	12	12	Efetivo

*F = feminino M= masculino

Fonte: Tabela produzida pelo pesquisador.

6.2.1 Descrição dos participantes

De forma a favorecer melhor compreensão dos diversos conteúdos presentes nas falas dos participantes, apresento a seguir uma síntese de suas respostas às questões relativas às suas trajetórias estudantis até o final do ensino médio, a presença e a convivência com outros alunos não brancos, seja no espaço escolar, seja naqueles onde desenvolveram atividades extracurriculares e, por fim, durante o período de formação médica.

Taís Lucinda

Natural de uma pequena cidade próxima ao município de Juiz de Fora, Taís Lucinda estudou em escola pública até o final do ensino fundamental e, nos três anos do ensino médio, beneficiou-se de uma bolsa de estudos, que, segundo ela, foi ofertada por um amigo da família. Afirma que tal auxílio foi a única possibilidade de dar continuidade aos estudos, já que sua família não tinha condições financeiras para pagar uma escola particular, única opção no ensino médio em sua cidade natal.

Com relação ao seu círculo de amizades até o final do ensino médio, segundo ela, na escola pública, o número de brancos e negros era equilibrado, porém, ao ingressar na escola particular, a maioria absoluta era branca. A única atividade extracurricular que realizou nesse período foi curso de inglês, não tendo, nesse espaço, colegas negros.

Justifica sua escolha pela medicina por gostar de cuidar das pessoas, o que adquiriu de sua mãe, que acolhia outros familiares nos casos de doença. Graduou-se na UFJF e, durante sua formação, recebeu auxílio do governo para dar continuidade à sua formação.

Em sua turma de medicina, havia aproximadamente 100 estudantes, entre os quais apenas três negros. Essa ausência de negros na sua graduação provocava-lhe incômodo. Ao ser questionada sobre sua relação e a dos demais com os alunos negros, afirma que não havia “problema nenhum”, não se recordando de qualquer atitude preconceituosa. Além de o relacionamento restringir-se às vivências do cotidiano da universidade, como estudarem e almoçarem juntos no restaurante universitário, também inexistiam relações mais aprofundadas, como convívio fora do espaço universitário e contato com familiares e outros amigos desses colegas negros.

A escolha pela medicina de família, segundo Taís Lucinda foi “obra do acaso”, visto que iniciou o trabalho nessa especialidade após ter passado alguns anos por problemas pessoais e afastada do exercício da medicina. Afirma que foi na medicina de família que se encontrou novamente com a profissão médica e que não se vê fazendo “outra coisa”, ficando, inclusive, muito emocionada ao falar desse encontro.

Cândida Mara

Cândida Mara é natural de Juiz de Fora e, até o final do ensino médio, estudou em escola particular, onde quase todos os alunos eram brancos. Não foi beneficiária de nenhum tipo de bolsa de estudos. Nesse período, como atividades extracurriculares, estudou inglês, fez natação e capoeira, sendo nesta o único espaço de atividades fora da escola em que tinha colegas negros.

Com relação ao seu círculo de amizades, diz que quase todos eram brancos, com exceção de uma amiga negra, afirmando, já nesse momento, grande dificuldade de realizar diferenciações

entre brancos e negros, pela forma estreita com que se relacionava com a amiga não branca e seus familiares. Entretanto, não oferece nenhum detalhamento a respeito dessa relação.

Sua escolha pela medicina se deu por influência da família, visto que seu pai era médico, bem como seus avós e irmão mais velho. Fez sua graduação na UFJF sem nenhum tipo de auxílio estudantil e afirma que, em sua turma de mais de 100 alunos, havia somente uma colega negra e que, por ser desperiodizada, tinha pouco contato com a turma.

Já a escolha pela medicina de família foi motivada pela questão financeira, nela trabalhando desde que se formou. Com o tempo, passou a gostar e diz não ver nenhuma possibilidade de exercício da profissão que não seja dentro dessa especialidade, pela possibilidade do contato mais próximo com a população e com o território em que esta vive.

Lívia Rosa

Natural de Juiz de Fora, Lívia Rosa estudou em escola pública até o início do ensino médio, quando ingressou em uma escola particular e se beneficiou de uma bolsa de estudos no cursinho pré-vestibular. Em sua trajetória de estudante, a maioria dos colegas de escola era da raça/cor branca. Como atividades extracurriculares, teve aulas de inglês, piano e canto no coral, sendo neste o único espaço em que havia alguns negros.

Quanto ao seu círculo de amizades, grande parte dos amigos era da cor/raça branca. Embora tenha tido relação de coleguismo com os negros do coral, com os quais saía para “barzinhos”, afirma não ter contato mais aprofundado ao ponto de, por exemplo, ter relação com a família ou com outros amigos desses negros.

Diz ter escolhido a medicina como profissão por um desejo de ser “útil” e “fazer diferença na vida das pessoas”. Fez sua graduação na UFJF sem qualquer forma de auxílio estudantil. Em sua turma havia apenas dois estudantes negros, sendo que apenas com uma manteve relação mais estreita, a partir da qual se construiu uma amizade que permanece até hoje. Afirma que sempre observou, por parte dos outros colegas brancos da turma, um movimento de integração com os não brancos, os quais eram sempre convidados para as “festas”, “churrascos” e outras atividades relacionadas à vida universitária.

Escolheu a medicina de família por “gostar muito de gente” e por acreditar que a especialidade lhe permitiria ver a “dinâmica da vida das pessoas” de uma maneira “não hierarquizada” e dentro de uma perspectiva do “contínuo do cuidado”.

Valentina Luz

Natural de Juiz de Fora, Valentina Luz estudou até o primeiro ano do ensino médio em escola pública, sendo os dois últimos anos em escola particular com o auxílio de uma bolsa oferecida pela prefeitura. Afirma que a maioria dos colegas, inclusive na escola pública, era de estudantes da raça/cor branca, com exceção de um período em que estudou no turno da noite, em que havia uma proporção igualitária entre brancos e negros, sendo os últimos “repetentes” e “mais velhos”. Por falta de condições financeiras, não realizou nenhuma atividade extracurricular.

Com relação ao seu círculo de amizades nesse período, afirma que tinha apenas quatro amigas, das quais duas eram negras e com as quais mantinha estreita relação, típica de adolescentes, como “sair juntas”, “festas” e “aniversários de 15 anos”. Ainda tem contato com ambas, porém de maneira mais distanciada. De maneira geral, relacionava-se mais com pessoas brancas, referindo-se às relações com negros com os termos “bacana” e “tranquila”.

Diz que o desejo pela medicina existiu desde criança e que foi através de muita perseverança que conseguiu passar no vestibular, visto que, tanto no ambiente familiar quanto em outros espaços, nunca houve um grande incentivo, muito por conta de sua precária condição socioeconômica.

Teve dificuldade de recordar-se de colegas negros em sua turma de medicina; somente no final da entrevista, reconheceu que sua melhor amiga no período do curso era parda, considerada, portanto, negra, com quem, até os dias de hoje, mantém “relação próxima”, porém não evidenciou qualquer detalhe que pudesse caracterizar essa proximidade.

Diz que não escolheu a medicina de família e que nela ingressou por conta de oportunidade de emprego, no entanto, com o tempo, passou a gostar e valorizar a especialidade.

Clara Carolina

Natural de Juiz de Fora, Clara Carolina estudou em escola pública até o final do ensino fundamental, tendo cursado o ensino médio em escola particular com o auxílio de bolsa. Segundo ela, na escola pública, o número de alunos brancos e negros era equilibrado, mas na privada a maioria absoluta era da raça/cor branca, com os quais se relacionava mais; com os colegas negros mantinha uma relação “normal”. Fora da escola tinha duas amigas não brancas com as quais se relacionava de maneira mais estreita.

Como atividades extracurriculares, fez inglês na Cultura Inglesa, com bolsa, além de teatro, sendo que apenas neste último diz recordar-se da presença de colegas negros, com os quais tinha relação superficial.

A escolha pela medicina foi por “gostar de cuidar do outro” e pela possibilidade de uma “ascensão social”, visto que é de “origem pobre”. Fez sua graduação na UFJF e teve como auxílio os “vales transportes”, o que lhe possibilitou sua permanência, já que morava longe da universidade e não tinha renda para o deslocamento. Como em sua turma de oitenta alunos não havia negros, não havia possibilidade de relação com não brancos no espaço de formação profissional.

Quanto à escolha pela medicina de família, afirma que não era a sua primeira opção, mas, por questões contingenciais e econômicas, acabou assumindo e, com o passar do tempo, passou a reconhecer a importância da especialidade, sobretudo pela possibilidade de intervenção na vida de pessoas que vivem em um universo de precariedade socioeconômica.

Alana Lins

Natural de uma cidade fora do estado de Minas Gerais, Alana Lins veio para Juiz de Fora com o objetivo de terminar o ensino médio. Diz ter estudado até o final do ensino fundamental em escola pública, sendo o ensino médio em escola particular, na qual teve bolsa integral. Afirma que, em toda sua trajetória escolar, havia uma maioria absoluta de colegas brancos, seja em sua cidade, que é de colonização alemã, seja também em Juiz de Fora, no ensino médio.

Como atividade extracurricular diz ter feito apenas aulas de música. Tanto nesse espaço quanto em outros, seu convívio social era majoritariamente com pessoas brancas, excetuando com alguns membros de sua família, cujas uniões afetivas eram interracialis, com negros. Apesar de pouco convívio com negros, afirma que foi criada de forma a “não fazer diferenciações entre brancos e negros”.

Sua escolha pela medicina se deu desde criança, por gostar de “ajudar as pessoas”, mas que, por viver uma vida de dificuldades econômicas, teve que vir para Juiz de Fora, contando com a ajuda de familiares para terminar os estudos. Fez sua graduação em uma universidade pública, em outro país da América Latina, afirmando que somente lá passou a ter relação com não brancos. Entretanto, permanece afirmando que, com exceção de “piadas” observadas entre os próprios negros, não via nenhuma outra forma de diferenciação entre brancos e não brancos.

A escolha pela medicina de família também se deu por conta de oportunidade de emprego quando do retorno ao Brasil. Entretanto, passou a gostar da especialidade, sobretudo pela possibilidade de vivenciar uma pluralidade de questões no cotidiano, o que torna o exercício da profissão prazeroso e “não entediante”, sobretudo pela proximidade que tem com a população.

Imaculada Elisa

Imaculada Elisa é natural de Juiz de Fora e sempre estudou em escola privada até o final do ensino médio, sem nenhum tipo de auxílio estudantil. Em sua vida escolar, a maioria dos colegas era da raça/cor branca, com os quais mantinha relações sociais.

Como atividades extracurriculares, fez curso de inglês e natação, espaços estes majoritariamente ocupados por brancos. Faz referência apenas a uma colega “mulatinha” com a qual se relacionava de maneira superficial, porém de forma “tranquila” por nunca ter tido nenhum tipo de “discriminação”. Com exceção dessa colega, a única relação com negros era a que tinha com as empregadas e seus respectivos familiares, porém já na fase adulta.

A sua escolha pela medicina se deu por uma questão de “afirmar a autoestima” e para provar ao pai que seria capaz de ter uma profissão de destaque. Fez sua graduação na UFJF, sem auxílio estudantil. Recorda-se apenas de um colega da cor preta e mais uns três pardos, com os quais diz ter-se relacionado de forma superficial durante o curso e afirma não se lembrar de nenhum comportamento “discriminatório” por parte da turma com relação a esses colegas não brancos.

Sua escolha pela medicina de família aconteceu depois de um período afastada da profissão e, no retorno, percebeu que essa especialidade lhe promoveria possibilidade de lidar com as pessoas de maneira mais próxima, vendo a saúde não apenas a partir da perspectiva física e biológica, mas pelos aspectos sociais, dentro de uma lógica de contínuo do cuidado.

Aline Lúcia

Aline Lúcia é natural de Juiz de Fora e sempre estudou em escola particular até o final do ensino médio, sem qualquer auxílio estudantil. Nesses espaços escolares, a maioria dos alunos era da raça/cor branca, com os quais se relacionava mais.

De atividades extracurriculares realizou curso de inglês e balé, espaços estes em que o número de amigos brancos e negros era igualitário, sendo que com os últimos tinha “excelente” relação, bem próxima, de estudar juntos e frequentar as famílias.

Afirma ter escolhido a medicina por gostar de “cuidar das pessoas”, por “amor às pessoas” e que era um desejo desde a infância. Fez a graduação na UFJF, sem auxílio estudantil. Recorda que, em uma turma de mais de 100 alunos, havia apenas um negro, e ele, por ser excessivamente tímido, dificultava o relacionamento com ela e com os demais colegas brancos. Embora afirme não se lembrar de posturas discriminatórias da turma, ressalta ter hoje a percepção de que o simples fato de não ter havido tentativas de integração por parte do grupo evidencia que algo precisa ser questionado. Afirma sempre ter tido empatia por esse único

colega não branco, por sentir-se, em certa medida, semelhante a ele, em virtude de sua condição socioeconômica diferente dos demais brancos da turma.

A escolha pela medicina de família foi por “gostar do ser humano em todas as fases da vida” e por sempre ter gostado de todas as áreas da medicina, com exceção daquela que é vivida dentro do ambiente hospitalar. Nesse sentido, escolheu a medicina de família por acreditar que nela poderia trabalhar com toda “a complexidade do ser humano”.

Vitória Sá

Vitória Sá é natural de uma cidade do interior de Minas Gerais próxima a Juiz de Fora e estudou até o segundo ano do ensino médio em escola pública, sendo apenas o último em escola particular. Diz que, nos espaços escolares que frequentou, a maioria dos alunos era da raça/cor branca, com os quais mais se relacionava. Afirma que também tinha amigos negros, com os quais se relacionava de forma “normal como era com os brancos”, com convivência estreita de sair juntos e frequentar as famílias.

Como atividades extracurriculares, teve inglês, natação e curso de turismo no Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC). Recorda que o professor de natação era negro, e no curso do SENAC também havia alguns colegas não brancos, com os quais mantinha relação “normal”, no sentido de ser igual à que tinha com os colegas brancos, de sair e estudar juntos.

A escolha da medicina como profissão está relacionada a uma experiência de adoecimento na família, que a marcou muito e foi decisiva na sua opção. Graduou-se na UFJF, onde recebeu, durante boa parte do curso, bolsas de monitoria. Em sua turma de aproximadamente 100 alunos, havia apenas um colega pardo, com o qual todos se relacionavam de maneira “normal”.

A medicina de família entrou em sua vida após um período de problemas familiares que a obrigou a retornar para Juiz de Fora, tendo, na época, iniciado um curso de especialização em Saúde da Família, a partir do qual sentiu afinidade com a área. Iniciou, no mesmo período, o trabalho no município. Diz ter descoberto uma “outra medicina”, mais próxima das pessoas e na qual está há 23 anos.

Augusto Magno

Natural de uma pequena cidade do interior mineiro próxima a Juiz de Fora, Augusto Magno estudou até o quinto ano do ensino fundamental em escola pública e posteriormente, até o ingresso na universidade, em escola particular. No ensino público, a proporção entre colegas negros e brancos era igualitária, entretanto essa realidade se modificou quando foi para a escola

particular, onde predominavam brancos. Afirma que sempre se relacionou de forma “normal” com os amigos negros, embora não tenha explicitado, mesmo quando indagado, o que era esse relacionamento normal.

De atividades extracurriculares realizou somente inglês e *futsal*, havendo presença de negros apenas no último. Nesse espaço, reafirma relação “normal” com os não brancos, enfatizando que era igual ao relacionamento de amizade que tinha com “qualquer pessoa”.

Quanto à escolha da medicina como profissão, diz ter sofrido influência da família, visto que seu pai e vários tios são médicos. Fez sua graduação em uma faculdade particular, sem auxílio estudantil. Em sua turma de 60 alunos, recorda-se de apenas três negros, dos quais mantinha contato mais próximo com uma colega, com quem fazia alguns trabalhos e de quem costumava ficar próximo nas aulas. Diz que a convivência dos demais colegas brancos com os negros era “tranquila” e “sem nenhum tipo de problema”.

Embora afirme gostar de seu trabalho como médico de família, explica que a medicina de família surgiu tão somente por uma oportunidade de emprego, não havendo nenhuma predileção específica, já que atua também na área de urgência, tanto em Juiz de Fora quanto em sua cidade natal.

Alvo Lúcio

Alvo Lúcio é natural de Juiz de Fora e sempre estudou em escola pública militar. Diz que a maioria dos colegas era da raça/cor branca, com poucos pretos e pardos, tendo-se relacionado, portanto, no meio escolar, mais com os brancos. Enfatiza, porém, que no seu bairro, por ser de “periferia”, havia vários amigos negros, com os quais mantinha convivência estreita, de brincar juntos, compartilhar os estudos e frequentar as famílias.

De atividades extracurriculares diz ter feito aulas de lutas marciais, natação e computação, sendo que nesses espaços a predominância era de brancos, recordando-se somente de um colega negro nas artes marciais, com o qual não tinha contato.

A escolha da medicina como profissão surgiu como uma alternativa à vida militar, sendo que a principal motivação identificada é referente a um problema de saúde que teve no final da adolescência, a partir do qual diz ter-se “encantado” com a medicina. Graduou-se na UFJF e afirma que em sua turma de 80 alunos, havia apenas quatro negros, com os quais tinha um relacionamento “normal”.

A medicina de família também surge apenas como uma oportunidade de emprego, demonstrando gostar da área, porém afirmando não ter interesse em nela permanecer por muito mais tempo.

Níveo Elísio

Natural de uma cidade do interior mineiro, Níveo Elísio estudou em escola pública até o final do ensino fundamental, quando ingressou na escola particular, tendo sido beneficiado por bolsa de estudos no último ano do ensino médio. No ensino público, havia uma proporção igualitária de alunos negros e brancos, mas a transformação desse padrão foi “nítida” quando iniciou na escola particular, onde a maioria absoluta era de alunos da raça/cor branca. No espaço escolar diz ter tido mais amigos brancos, porém havia uma “compensação”, já que na “rua” onde morava relacionava-se com vários negros.

Quanto às atividades extracurriculares, realizou apenas curso de inglês e aula de natação, porém não informa se nesses espaços havia negros, direcionando sua resposta para enfatizar uma postura não discriminatória e indiferenciada entre brancos e não brancos, visto que morava na periferia e lá convivia com muitos negros. Apesar e enfatizar essa relação, não a detalha, dizendo tão somente ser “normal”.

Diz que a escolha pela medicina como profissão se deu desde a infância, quando tinha prazer de brincar de médico, inclusive tinha uma “maletinha para socorrer os amiguinhos”. Relata também ter tido alguns problemas de doença na infância que influenciaram em sua escolha. Graduou-se na UFJF e afirma que em sua turma, de 80 alunos, havia apenas três negros, com os quais tinha um relacionamento “tranquilo e normal”.

A medicina de família foi uma opção, visto que não gosta de ambiente hospitalar e não tem perfil para urgência e emergência. A despeito das dificuldades que observa na profissão, diz gostar de trabalhar dentro de uma abordagem familiar e, desde que saiu da graduação, direcionou toda sua trajetória para a medicina de família.

6.3 O CENÁRIO DO ESTUDO

A escolha pela rede de atenção básica à saúde do município de Juiz de Fora (MG) deveu-se ao fato de ter sido nela que construí a maior parte da minha trajetória profissional como médico de família e às especificidades desse trabalho, como por ser um cenário propício para o tipo de investigação a que me propus nesta pesquisa. Os territórios adscritos à atenção básica à saúde são o *locus* privilegiado para produção de diversos problemas com os quais os médicos de família se encontram cotidianamente e a partir dos quais buscam a construção de estratégias de enfrentamento.

A medicina de família e comunidade, como qualquer outra especialidade médica, é constituída por um conjunto de conhecimentos, habilidades e técnicas. É também regida por

alguns princípios que, embora possam não estar presentes na prática cotidiana de muitos médicos de família, representam, em seu conjunto, uma visão de mundo distinta, um sistema de valores e uma abordagem de problemas que se identificam como diferentes daqueles adotados em outras disciplinas” (MCWHINNEY, 2010, p. 25).

Tais princípios podem ser sintetizados em algumas características específicas da função do médico de família e comunidade: a) seu comprometimento, em primeiro lugar, com a pessoa, e não com um conjunto de conhecimentos, grupos de doenças ou técnica especial, o que é essencial para que a medicina de família e comunidade seja definida em termos de relacionamentos, fundamentados no princípio do vínculo e da longitudinalidade do cuidado; b) seu entendimento do contexto da experiência com a doença, de modo que tal experiência somente será compreendida quando analisada em seu contexto pessoal, familiar e social; c) sua visão de que cada contato com as pessoas é uma oportunidade de prevenção de doenças e promoção da saúde; d) sua percepção sobre as pessoas que atende como uma “população de risco”, considerando as especificidades individuais, porém sempre atento às questões da coletividade que influenciam na produção da saúde e da doença; e) compreensão da importância em relação aos aspectos subjetivos da medicina, rompendo com a abordagem objetiva e positivista, característica da profissão médica, tentando conciliar a sensibilidade aos sentimentos com o entendimento dos relacionamentos e com as determinações sociais do processo saúde doença (MCWHINNEY, 2010).

A partir disso, foram eleitas como cenário de estudo algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que constituem a rede de atenção básica de saúde do município de Juiz de Fora (MG), totalizando 12 unidades, das quais apenas uma é considerada modelo tradicional, sendo as demais pertencentes à ESF. Todos os profissionais entrevistados, incluindo os que estão lotados na UBS sem ESF, estão devidamente cadastrados e em atuação como médicos de família responsáveis por território específico.

Juiz de Fora é um município da zona da mata mineira, sede da Macrorregião de Saúde do Sudeste, composta de 94 municípios, definido pelo Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais – PDR/MG, 2014-2017, o qual divide o Estado em 13 macrorregiões de saúde com 18 cidades-polo e 75 microrregiões sanitárias. A microrregião de Juiz de Fora/Lima Duarte/ Bom Jardim de Minas é formada por 25 municípios, com população total de 642.353 habitantes. Juiz de Fora possui uma população estimada de 563.427, segundo o último censo e uma população estimada de 563.769 habitantes em 2017, distribuídos em sete regiões urbanas, uma região do campo e 12 regiões sanitárias (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017) (MINAS GERAIS, 2014).

A critério da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município, a rede de serviços de saúde de Juiz de Fora (MG) está constituída e distribuída nas sete regiões administrativas e em doze regiões sanitárias. O sistema municipal de saúde é composto por serviços públicos, filantrópicos e privados, sendo 136 estabelecimentos de saúde do SUS, conforme cadastro nacional de saúde (CNES).

A rede de serviços de atenção básica em Juiz de Fora constitui-se de 63 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas nas sete regiões administrativas e em 12 regiões sanitárias. O município possui 63 UBS, sendo 42 com equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando 94 equipes e 21 UBS tradicionais. Destas 42 UBS com ESF, 38 estão em região urbana e quatro na área rural, sendo uma destas unidades tipificada como volante com uma equipe ESF. Apresenta também uma equipe de consultório na rua (CR), que é cadastrada no CNES da UBS de Vila Ideal, referência dessa equipe. A cobertura total da atenção básica de Juiz de Fora abrange 324.300 habitantes, abarcando 57,95% da população do município (HORTA, 2014).

6.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para esta pesquisa, foi criado um instrumento de coleta de dados no formato de entrevista semiestruturada que pudesse tentar apreender os significados e sentidos que a questão racial tem na constituição de subjetividades e de uma cultura compartilhada, bem como nos discursos, práticas e comportamentos dos sujeitos entrevistados. Para tanto, as perguntas foram pensadas de maneira que os participantes pudessem falar sobre os seguintes aspectos: suas redes sociais e de afetos até o ensino médio e, posteriormente, no ensino superior – particularmente no que se refere à convivência com negros; as trajetórias acadêmica e profissional, sobretudo a respeito do contato que tiveram com a temática racial nos espaços de formação; a compreensão e o exercício do cuidado e da equidade em saúde, sobre o entendimento relativo às determinações sociais do processo saúde doença da população negra; por fim, algumas questões referentes ao recorte racial que contemplaram desde a maneira como trabalham a variável raça/cor nos formulários do SUS e a investigação de conhecimento sobre a PNSIPN, passando pela compreensão do termo raça, o entendimento do que é negro e do que é ser branco, até sobre práticas de equidade racial nos seus cotidianos de trabalho.

Além das perguntas orientadoras para a entrevista, o instrumento também coletou informações referentes à idade, gênero, tempo de formado, raça/cor autodeclarada, tempo de

trabalho como médico de família, tempo de formado e situação de vínculo empregatício com a prefeitura de Juiz de Fora.

Como a entrevista é um momento em que entrevistado e entrevistador encontram-se e, a partir de um processo argutivo por parte deste, aquele pode sentir-se instigado a falar, emitindo informações importantes para a pesquisa (LAKATOS; MARCONI, 2017), as entrevistas deste estudo foram sempre antecedidas por uma conversa breve, em que procurei deixar cada entrevistado o mais à vontade o possível. O fato de ser conhecido da maioria, de ser médico e branco, muito contribuiu para que as entrevistas produzissem importantes enunciados que foram primorosos para a elaboração das discussões. A escolha pela entrevista semiestruturada permitiu-me realizar a combinação de perguntas fechadas e abertas (MINAYO, 2014), o que viabilizou ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre determinada temática, porém sem necessariamente ficar restrito a ela. Com isso, além de tornar a conversa mais fluida e descontraída, permitiu que outros elementos surgissem para compor o repertório do conteúdo previamente pensado para elaboração das perguntas, o que favoreceu sobremaneira o processo de análise.

As entrevistas foram realizadas de forma individual com cada participante, após serem agendadas em locais e horários estabelecidos pelos próprios profissionais. A maioria ocorreu nos próprios locais de trabalho, com exceção de uma, que foi realizada em um agradável Café da cidade.

Os relatos obtidos das entrevistas semiestruturadas foram gravados em áudio por meio de gravador digital, mediante a anuência dos participantes e transcritos na íntegra no programa Word for Windows, visando à manutenção da fidedignidade das falas dos participantes. Obedecendo-se aos quesitos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos, em conformidade com a resolução nº466/2012 (BRASIL, 2012) e a resolução nº 510 de 2016 (BRASIL, 2016), as entrevistas transcritas e os áudios foram arquivados digitalmente, ficando sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos e posteriormente serão descartados.

6.5 PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES APREENDIDAS

As informações obtidas nas entrevistas, após transcrição, foram categorizadas e organizadas em conformidade com o método de análise de conteúdo proposto por Laurence Bardin (2016). Tal método fundamenta-se em um conjunto de técnicas que, ao utilizarem procedimentos objetivos e sistemáticos na descrição do conteúdo das mensagens, permitem que o pesquisador conheça as condições em que ocorrem as manifestações, permitindo que se faça inferências sobre os indicadores dos dados obtidos (BARDIN, 2016).

Essa maneira de organizar e analisar dados permite o estudo das relações humanas e promove subsídios para a verificação de hipóteses ou questões que possam surgir no campo de pesquisa. Além disso, ao possibilitar a articulação de fatores determinantes na produção dos enunciados (dimensões culturais, psicológicas e históricas), bem como a compreensão crítica das informações (conteúdos manifestos ou latentes; significações explícitas ou ocultas), viabiliza a relação de estruturas semânticas e sociológicas, que são externadas nas falas dos entrevistados (BARDIN, 2016).

A análise de conteúdo sistematiza-se da seguinte forma: 1- Pré-análise: corresponde à primeira etapa, que consiste na organização do material coletado para sistematizar as informações e estabelecer o corpus do trabalho, ou seja, quando se estabelece o contato do pesquisador com material a ser analisado, a partir do qual se realiza uma leitura flutuante, suscitando intuições que devem ser transformadas em hipóteses e objetivos; 2- Exploração do material: corresponde ao estágio analítico, no qual se promove a codificação e classificação dos dados para, em seguida, construir as categorias teóricas pertinentes ao tema; 3- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: etapa reflexiva e crítica na qual o pesquisador, amparado pelos referenciais teóricos, fará interpretações e inferências a partir das informações coletadas (BARDIN, 2016).

Assim, depois de transcritas, entrevistas passaram por várias leituras, a partir das quais foram realizadas as classificações dos dados e a construção das categorias teóricas. Para a análise, tais categorias foram definidas e organizadas da seguinte maneira: 1) Cuidado em saúde 2) Equidade em saúde 3) Equidade racial em saúde. Dentro desta última estabeleceram-se as seguintes subcategorias: a) A temática racial nos espaços de formação médica; b) O entendimento dos participantes sobre o conceito de raça e o trabalho com o quesito raça/cor nos formulários do SUS c) Os determinantes sociais e as determinações sociais da saúde da população negra; d) As percepções dos participantes do que é negro e do que é ser branco; e) A prática de equidade racial em saúde.

7 DISCUSSÃO DOS ACHADOS DA PESQUISA

As ciências sociais fazem, frequentemente, descobertas desse tipo: elas descobrem uma evidência, de tal maneira que elas fazem dela uma revelação [...]. Descobertas, paradoxalmente, ao menos em parte, indesejáveis e impopulares [...] têm um lado traumatizante e controvertido. Isso porque, explica Bourdieu, o trabalho necessário para trazer à tona a verdade e para torna-la reconhecida, quando produzida, entra em conflito com os mecanismos de defesa coletivos, que, tendem a garantir uma verdadeira negação, no sentido de Freud [...], porque o conhecimento de si é mais, como o queria Kant, uma descida aos infernos (POUPART, *et al.*, p. 52)

7.1 O CUIDADO ESSENCIAL

Quando indagados sobre o que é o cuidado e como o exercem em seus cotidianos de atuação profissional, a maioria dos médicos de família entrevistados produziu reflexões importantes e localizaram discursivamente o cuidado próximo daquilo que se espera da medicina de família e comunidade. No entanto, ao falarem de suas práticas, uma parcela significativa deixou evidente as limitações dos processos de produções do cuidado devido às inúmeras dificuldades encontradas no dia-a-dia do trabalho em saúde pública, como o excesso de demanda, falta de recursos humanos e insumos. Apenas dois participantes discorreram sobre o cuidado dentro da perspectiva do modelo biomédico, que podem ser observados nos trechos a seguir:

Igual eu te falei, assim, eu acho que é uma questão de orientação. Você vai ver que aqui no posto pega mais área de periferia...a pessoa não tem tanto conhecimento daquilo que faz mal pra ela e daquilo que faz bem pra saúde dela, né? Cuidar em saúde seria mais orientação mesmo. Prevenir patologias com orientações básicas. Pra pessoa que chega com uma gastroenterite, orientar a família sobre os cuidados de higiene, questão de saneamento básico também ... e questão também de... na minha função como médico de saúde da família eu tentar prevenir complicações mais graves... Um exemplo, hipertenso... eu explicar pra ele: 'olha, oh senhora Maria, a tua pressão tá muito alta... eu tô te passando os remédios aqui... você não tá usando os remédios direito...' A principal causa no Brasil hoje de morbidade (morbidade eu tô falando com você, mas com o paciente eu explico de outro jeito – é hipertenso, diabético) pode ter um AVC, um infarto... 'Tem que controlar sua pressão... vamos abaixar essa pressão... você pode ter um infarto...você pode ter um AVC'. Acho que o cuidado em saúde é mais nisso, né? Na minha função como médico nesse ponto, né? Na saúde básica, é orientação verbal e prevenir as patologias com a orientação também, explicando como ela deve se comportar. Lavar a mão e ter higiene, e a questão também de prevenir patologias mais graves medicando quando tá numa doença mais branda que você consegue controlar (Alvo Lúcio)²².

²² Para diferenciar das citações, as transcrições das entrevistas serão grafadas em itálico.

Alvo Lúcio evidencia em sua fala uma compreensão do cuidado, não somente restrita ao campo da doença, mas também de objetificação do sujeito que procura o atendimento e que, em uma relação hierarquizada, é considerado apenas como elemento passivo que deve submeter-se aos atos prescritivos daquele que é o detentor de um saber cientificamente legítimo, sendo, portanto, o único capaz de determinar o que é certo ou errado, adequado ou inadequado para a resolução dos problemas de saúde. Destaca-se, também, logo inicialmente, um entendimento de que um pertencimento a uma classe social inferior, de “periferia”, desqualifica o sujeito no que se refere às possibilidades de ter conhecimentos sobre o que pode fazer bem ou mal à sua saúde, como se tal saber fosse acessível tão somente ao profissional médico. Esse posicionamento demonstra o quanto os processos de subjetivações são produzidos por dadas representações referentes aos pertencimentos de classe, gênero e raça e como esses podem interferir de maneira latente ou explícita na produção do cuidado.

Além disso, tal discurso reforça a ideia do médico forjado como operador e construtor de uma biopolítica disciplinadora, que maneja o biopoder através da clínica e de práticas de saúde pública, em que a produção da vida está condicionada a um processo normalizador, como reporta Emerson Merhy:

[...] ali onde cada um pode gerar um cuidado de si, não para construir seu modo original de viver, mas para construir um jeito protocolar de viver: comendo alimentos remédios, fazendo exercícios saudáveis, relacionando-se calmamente e de modo sossegado, não perturbando o outro tomando como uma linha em si mesmo, cujo território existencial deve ser visto como um isolamento liberal (MERHY, 2007, p. 9).

Em resposta de como exerce o cuidado no seu cotidiano de trabalho, o mesmo médico afirmou:

[...] a gente não tem como abordar tudo do paciente numa consulta... Um exemplo: a paciente vem aqui e tal, cuidando da pressão. Eu vejo o prontuário e tem vários anos que ela já fez o preventivo... Eu pergunto: ‘Ó, Dona Maria, como tá o preventivo, mamografia?’. ‘Ah, doutor, tem muito tempo que eu não tenho feito e tal...’. ‘Nós vamos abordar a pressão aqui hoje com essas orientações que eu tô te passando, mas vai lá fora e marca o preventivo comigo, pra gente examinar sua mama também, mamografia’. Eu acho que é mais nisso (Alvo Lúcio).

Embora a linha discursiva de Alvo Lúcio permaneça centrada na doença, observa-se a tentativa de demonstrar perspectiva de integralidade do cuidado, ao usar uma linha de fuga do padrão queixa/patologia/conduita e buscar abordar outras condições de saúde, como o

preventivo ginecológico e a mamografia, para promover a prevenção. Isso aponta que, mesmo utilizando uma estratégia produtiva do cuidado centrado na doença, o fato de o trabalho ser realizado na ESF, que normaliza determinadas ações programáticas, pode gerar induções no processo de cuidado, ocupando determinadas lacunas deixadas pelo modelo biomédico, como evidencia a fala de outro entrevistado:

Então, eu acho que cuidar em saúde é a gente pensar no bem-estar da população, né? De preferência, tentando prevenir certas situações. Mas eu acho que, infelizmente, o modelo nosso, apesar do governo estar tentando mudar, mas eu acho que a população em si não entendeu ainda, né? A gente trabalha em PSF, a gente vê [...] a população é muito imediatista. A gente vê aqui no posto, por exemplo, as demandas agendadas, a procura é pequena, enquanto a demanda espontânea é enorme. Igual hoje, por exemplo, a gente teve 25 pacientes na demanda espontânea e uma demanda agendada. Você agenda aí 12 pacientes, aparece aí a metade disso, às vezes nem isso. As visitas domiciliares também a gente vê que as pessoas não são muito receptivas, né? Acho que falta à população se conscientizar, né? Então, cuidado é a prevenção, né? Buscando o bem-estar das pessoas. Lógico que naquelas pessoas que já têm doenças diagnosticadas fazer o tratamento... dar o auxílio, né? (Augusto Magno).

Essa resposta de Augusto Magno sobre seu entendimento de cuidado limita-o à mesma lógica biomédica, na medida em que não aborda em que dimensões ocorreria o investimento no bem-estar da população e afirma o aspecto da prevenção de “certas situações”, que pode ser compreendido como prevenção de doenças e agravos. Destaca-se, também, a mudança temática no conteúdo da resposta, visto que, para além de uma proposição genérica do entendimento sobre o cuidado, a centralidade esteve na culpabilização da população usuária do sistema de saúde, o que permite inferir que o suposto imediatismo pela resolução dos problemas, bem como a falta de conscientização a respeito do modelo técnico assistencial proposto sejam justificativas veladas para os atravessamentos no processo de produção do cuidado.

Importante se faz a compreensão de que tanto as necessidades dos usuários por serviços de saúde quanto a forma como eles percorrem e utilizam tais serviços são resultado de um processo de aprendizado, determinado mais pelas normatizações institucionalizadas e pelo modelo ético-político da organização do trabalho em saúde (ambos fortemente orientados pela lógica prescritiva e produtora de procedimentos) do que por uma predileção natural ou consciente daquele que procura o cuidado por um determinado modelo técnico assistencial.

Indagando sobre como realiza a produção do cuidado no cotidiano do trabalho, obtive a seguinte resposta de Augusto Magno:

Muitos pacientes que chegam pra mim aqui com o diagnóstico de hipertensão ou diabetes... eu sempre além das medicações... eu sempre prefiro orientar as medidas não farmacológicas... eu sempre prefiro conversar... perguntar como é o hábito de vida... como é a alimentação... como é o histórico familiar... depois a gente parte pra segunda parte, que é ajustar as medicações, entendeu? Eu acho que é conversando, né? Buscando dentro do histórico do paciente... cada paciente tem o seu histórico... tem o seu perfil... buscar a melhor maneira de fazer o tratamento para o paciente, né? E muitas vezes o tratamento é só orientar mesmo, né? (Augusto Magno)

Augusto Magno evidencia, mais uma vez, a centralidade do entendimento do cuidado no binômio doença/procedimento, em que o sujeito que demanda o atendimento nessa relação é submetido à investigação clínica, que busca conhecer o histórico e o perfil do “paciente” como forma de melhor adequar a conduta prescritiva, medicamentosa ou não, porém ambas centradas no saber médico, que, em última instância, determina unilateralmente o que é o melhor para o “paciente”.

Assim, a demanda dos usuários é desqualificada pelo saber técnico, o que determina um certo modo de produzir a relação do médico com os usuários dos serviços de saúde, subsumido à clínica hegemônica, que desconsidera as singularidades dos sujeitos. Dessa forma, como nos demonstra Feuerwerker (2014), empobrecem-se as ofertas de tecnologias que poderiam instrumentalizar o profissional médico, bem como os demais trabalhadores da saúde para lidarem com a complexidade natural ao processo de viver e adoecer.

Feuerwerker (2014) refere-se à necessidade de se trazer para os processos de trabalho uma ampliação do conceito de saúde e o reconhecimento de que ela é produzida em vários planos, inclusive o subjetivo, o que leva diferentes sujeitos submetidos às mesmas condições materiais a reagirem de modos distintos. Nesse sentido, a atenção às histórias pregressas e aos perfis dos usuários precisa considerar, além dos aspectos físicos, as inúmeras subjetividades que os constituem e que são determinantes para as distintas maneiras de enfrentamento aos problemas de saúde: uns serão mais resilientes diante de determinado problema, outros mais frágeis, o que demanda variações nas redes de apoio, diferentes possibilidades de produzir alternativas ou de processar situações.

Essa multiplicidade de planos e o papel ativo dos sujeitos na produção de sua vida e saúde podem, no encontro com os trabalhadores, ser por eles acessados, o que, inclusive, facilita o deslocamento do biológico do centro do processo. Para isso, a relação que se produz no encontro entre profissionais de saúde e os sujeitos que demandam o cuidado precisa estar aberta à aceitação de que esses sujeitos são, também, protagonistas e produtores ativos desse processo.

Nesse sentido, segundo Ayres (2004b), o cuidar nas práticas de saúde precisa contemplar o desenvolvimento de espaços onde possam ocorrer efetivos encontros intersubjetivos, nos quais as atitudes dos profissionais estejam assentadas no exercício de uma sabedoria prática para a saúde

que naturalmente contemple as diversas tecnologias, porém sem estar totalmente a elas submetida ou resumida. Assim, a intervenção técnica estará em consonância com o cuidar efetivo, objetivando não apenas um estado de saúde que, para ser alcançado, demandará a utilização mecânica e, muitas vezes irrefletida, de determinadas tecnologias disponíveis, mas sobretudo análise acurada da relação entre as finalidades de seu uso e o meio pelo qual tais tecnologias serão usadas. Isso sempre considerando o seu sentido prático para o paciente, o que tão somente será possível no estabelecimento de um diálogo o mais simétrico entre o profissional e aqueles por ele assistido. Pode-se observar essa abertura na relação com o sujeito que demanda o atendimento na resposta de uma das participantes da pesquisa, que demonstra o que concebe como cuidado em saúde:

Cuidar é em todos os aspectos, né? [...] Porque a pessoa que senta aí nessa cadeira, ela queixa de dor de cabeça, mas você pode procurar saber que essa dor de cabeça pode até ter uma causa orgânica, sim, mas, na maioria das vezes, tem todo um contexto atrás [...]. Cuidar é isso! É você ver o que está levando aquele adoecimento, é tentar ajudar, é tentar não dar de ombro para aquela dor [...] é não ter o remédio, não ter o exame e você tentar fazer o seu máximo pra poder ajudar aquela pessoa na necessidade dela, porque tem gente que tem mais condição e tem gente que não tem condição nenhuma [...]. Paciente sempre tem algo que ele não fala, mas se você não tem interesse de perguntar, ele não te conta. Aí, você tem que fazer a mesma pergunta de três formas diferentes pra você conseguir arrancar aquela resposta que ele não te falou, entendeu? É isso que eu acho que é cuidar [...], é tentar ajudar em todos os sentidos [...] da parte orgânica, da parte emocional, da parte financeira, da parte social [...]. Eu acho que isso é cuidado, você vai pra casa e ainda fica pensando naquela pessoa, você vai na missa e você ainda lembra de alguém, é preocupação mesmo com as pessoas (Valentina Luz).

Na resposta de Valentina Luz, pode-se observar o deslocamento da produção do cuidado do campo caracteristicamente centrado no binômio doença/procedimento para outro que prioriza a pessoa, seu contexto de vida, suas necessidades e possibilidades. Isso não significa, absolutamente, desconsiderar a dimensão em que se inserem as desordens orgânicas, mas tão somente promover um redirecionamento do olhar clínico, ampliando-o para aspectos outros que condicionam sobremaneira o processo saúde e doença, tais como questões de ordem psíquica e emocional e as que influenciam diretamente na ordem relacional com o mundo, como raça, gênero e classe, por serem determinantes na construção de subjetividades e das pertencas identitárias dos sujeitos.

Valentina Luz também demonstra a escolha pela centralidade do sujeito na produção do cuidado, com ênfase na necessidade de investir na relação de confiança, pela demonstração de interesse investigativo que não se reduz à ordem da patologia, mas que, sobretudo, viabiliza a exploração das potencialidades que podem ser produzidas no encontro. É nele que, segundo Feuerwerker (2014), o médico e o sujeito que dele necessita se colocam como atores/sujeitos para a produção do cuidado, e

ambos são afetados e modificados, por serem atravessados por vetores de relações singulares e intensamente intersubjetiva. Pode-se observar a mesma percepção nestas duas respostas:

Eu entendo que o cuidar engloba toda uma questão de onde essa pessoa está envolvida, das pessoas com quem ela se envolve. Dessa rotina entra a questão econômica, se tem ou não condição de comprar o remédio, adquirir a medicação e continuar o tratamento. Então, eu acho que o cuidar é algo que, além de ser aquela questão de resolver aquela demanda que ele te traz, é ter aquele olhar mais abrangente pro todo. E, também, esse cuidado integral, a pessoa como um todo, não só a pessoa em si, mas com tudo que tá em volta dela e a longo prazo, né? Esse cuidado longitudinal, né? Então eu acho que o cuidado é isso. Resolver o agora, mas tendo o olhar maior pro todo da pessoa e do ambiente das pessoas que cercam, né? (Clara Carolina).

É conversando, é dando medicamento quando é preciso, brigando quando é preciso, ajudando, conseguindo as coisas, porque infelizmente, no Brasil, a gente chegou nesse ponto de ter que conseguir uma consulta. Eu tenho duas aqui que eu tenho que conseguir um psiquiatra antes de eu sair de licença. Então eu acho que é isso... é cuidar um pouquinho do outro, preocupar um pouquinho com o outro [...] Até uma vez, uma paciente que foi presa [...], eu não consegui dormir à noite porque eu achava que ia tá tão frio lá no presídio, que ela não ia dormir... ela não ia aguentar ficar lá... Eu acho que é a entrega (Alana Lins).

Feurwerker (2014) demonstra que, ao se utilizar essa dimensão da relação médico/usuário, como anteriormente exposto, para refletirmos as organizações e os ambientes produtores do cuidado, perceberemos que os processos de trabalho não estão estancados em um plano estruturalmente organizado. Pelo contrário, porque os sujeitos que constituem esse processo, juntamente com seus fluxos de conexão, operam em outros planos que se superpõem às estruturas e, conseqüentemente, podem romper as fissuras daquilo que previamente é instituído e organizado para as suas atuações.

Tal reflexão se faz importante, visto que o cenário da ESF e da saúde pública, campos nos quais se assentam esta pesquisa, operam, muitas vezes, de acordo com normatizações rígidas, influenciadas por inúmeros fatores de ordem política, econômica e institucional e que, invariavelmente, acabam por serem absorvidos no cotidiano da prática profissional como verdadeiros obstáculos para a efetiva produção do cuidado. A despeito de tais considerações para o efetivo desenvolvimento dos processos de trabalho, além de se considerarem as possibilidades de resistências que podem ser construídas no campo da micropolítica das relações cotidianas da produção do cuidado, há que se explorarem essas linhas de fuga, promovendo efeitos indutores para transformações positivas no campo da macropolítica em saúde.

Para que isso se faça possível, é importante que o momento assistencial encontre uma linha de fuga do que Ayres refere como uma “objetivação dessubjetivadora” (AYRES, 2004a,

p. 85). Ou seja, que se tente romper com um padrão de interação com o sujeito que busca o atendimento restrito ao objeto de intervenção, que, em última instância, inviabiliza a percepção e o aproveitamento de outros possíveis que podem surgir da troca que se estabelece. Segundo o autor, embora a interação terapêutica apoie-se no aparato tecnológico, ela se estabelece sobretudo a partir dos objetos construídos e em torno dessa interação. Entretanto, ele enfatiza a importância da percepção e a utilização dos interstícios que ela apresenta:

Nesse sentido, o Cuidar põe em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos. Ou seja, não é a *theoría* nem a *póiesis* o espaço privilegiado do Cuidado, mas aquele que os amalgama nas interações terapêuticas, a *práxis*, ou atividade prática. O saber que se realiza aqui (se deixarmos) é algo que na filosofia aristotélica é chamado de *phrónesis*, ou sabedoria prática, um tipo de saber que não cria objetos, mas constitui sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo (AYRES, 2004, p. 85).

Merhy e Franco (2003) exploram em profundidade essa questão ao refletirem sobre a composição técnica do trabalho centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Afirmam que a mudança do modelo tecno-assistencial para a saúde depende mais da produção que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho do que de normas gerais que os orientam e instituem. Isso porque o espaço de produção da saúde é um lugar de permanente tensionamento dos diversos interesses em jogo, seja dos trabalhadores, dos usuários, do governo instituído, seja dos mercados que se entrecruzam na esfera da saúde. A fala de Clara Carolina evidencia esse tensionamento:

Cuidar é não focar só na doença naquele momento, mas no processo de adoecimento, naquelas coisas que geram o adoecer daquela pessoa [...]. Às vezes, hoje ele vem com uma queixa, mas, no fundo, ele também é dependente de drogas e ele nunca me contou isso. E aí, com esse vínculo, ele me conta, e aí, eu tento ir naquele problema pontual, que, na realidade, não tinha sido um relato naquela consulta, né? Mas pra isso eu tenho que estar aberta a escutar, aberta pra uma consulta não durar dez a quinze minutos, mas uns quarenta minutos. Então, às vezes, você também tem que ter essa questão da saúde da família te permitir a fazer isso, a conhecer a família, a chamar essa família pra fazer parte desse processo. Então, pro médico, pra mim, eu percebo que é algo também desgastante, porque é muito mais fácil o cuidar no sentido pontual do que esse cuidar integral. Demanda tempo e às vezes a gente é contabilizado pelo número de atendimentos. Demanda também uma questão do médico de querer se colocar em atitude de escuta e de ajuda e de sair do seu lugar simplesmente de médico, né? Daquele que prescreve para aquele que escuta. Daquele que entende que o outro faz parte desse processo de cura. Então assim, é fatigante, tem hora que o médico adoee, isso que eu percebo (Clara Carolina).

Para além da importância dada ao sujeito que demanda atendimento, percebe-se a relevância da relação que se estabelece no encontro com ele, sobretudo ao enfatizar o vínculo como dispositivo essencial para o fortalecimento dessa relação. Liame que, nesse processo de produção do cuidado, é um potente diferencial e que é construído somente a partir da entrega, da disponibilidade genuína, do desejo pelo bem-estar do outro e da possibilidade da escuta atenta e qualificada. Assim, o outro da relação ascende a um patamar de partícipe protagonista da produção do seu próprio cuidado.

No entanto, fica evidente, também, que tal movimento não é livre das limitações, dificuldades e tensões que se apresentam no dia-a-dia do trabalho, em especial aquelas impostas por normas institucionais, como tempo de consultas e número de atendimentos, nem sempre compatíveis com o modelo tecno-assistencial que privilegia a abordagem centrada no usuário, o qual, além de apresentar um problema de saúde, traz consigo relações familiares, origem social e a subjetividade que expressa sua história. O mesmo pode ser observado no seguinte trecho da resposta de Taís Lucinda:

Cuidar pra mim é você estar atento às situações que as pessoas estão passando naquele momento [...]. Então, às vezes, junto com a hipertensão tem uma outra coisa que você tá precisando avaliar. É claro que eu não consigo avaliar aquilo naquele momento, então eu marco novamente, e aí você vai conversando, conversando... E às vezes, você puxa o fia da meada [...], às vezes, eu tô passando, assim, no corredor, eu vejo uma situação [...] muito quente, alguma discussão, alguma coisa... E aí, eu peço a pessoa pra sentar e eu falo assim: 'Senta aqui um pouquinho, que eu vou só acabar de atender e já venho'. Aí, eu venho e vejo que não era atendimento que ela queria, e que ela estava criando confusão por outra coisa que nem era aquilo ali. Então é estar prestando atenção em tudo e em todos, tá? Eu não sei se isso é uma neurose, mas é o jeito de prestar, com as poucas ferramentas que eu tenho, atenção aqui no meu dia-a-dia no cuidado mesmo (Taís Lucinda).

A atenção, nesse sentido, não se encerra nos ditames da vigilância sanitária ou no ato de perscrutar característico da clínica médica. Ela avança na dimensão do interesse e da disponibilidade de abarcar a complexidade de vida do sujeito em relação, no ato de produção do cuidado. Mais uma vez, surge a possibilidade de resistir às limitações do processo de trabalho, no qual o tempo reduzido, associado ao excesso de demanda, acabam por subtrair, em certa medida, a liberdade de atuação profissional, conforme se deseja ou compreende como correto. No entanto, a atitude acolhedora com a disponibilização de outro momento de encontro é, também, uma demonstração de que o cuidado pode acontecer a partir dessas fissuras do modelo instituído, representando atitude de resistência.

Outro aspecto importante desvelado pela fala de Taís Lucinda, quando diz que “cuidar é estar atenta às situações pelas quais as pessoas estão passando naquele momento”, é aquele que atribui à dimensão cuidadora o sentido de responsabilidade. Ayres (2004b) se refere à importância da responsabilidade para o cuidado em saúde em diversos níveis, a partir dos quais os profissionais envolvidos com a prática cuidadora precisam questionar-se como e quando se responsabilizam com os projetos de felicidade dos sujeitos que estão sob seus cuidados de saúde. Da mesma maneira, afirma a importância de que tais profissionais também se preocupem com o quanto esses sujeitos são conhecedores desse compromisso, com o qual precisam também se envolver e participar.

Ayres (2004b) produz uma importante reflexão ao correlacionar o ato de tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro e a construção de identidades. De acordo com o autor, na medida em que se indaga por que, como e quanto se é responsável por outrem, necessariamente se questiona quem se é e o lugar que ocupa na relação com o outro. É no tecer cotidiano das interações que cada sujeito se reapropria do seu próprio ser. É nos encontros que as referências identitárias se transformam, reconstruindo permanentemente tanto a percepção de si mesmo como a do outro.

Partindo de um provérbio da etnia Zulu sul-africana que ilustra bem a filosofia Ubuntu – “eu sou porque nós somos, e dado que somos eu sou” –, Ayres (2004b) refere-se à mudança da concepção excludente da identidade, que era alicerçada na afirmação de si a partir da negação do outro, para uma includente, ou seja, o deslocamento prático e teórico da racionalidade do continente africano em relação ao olhar eurocêntrico hegemônico (VASCONCELOS, 2017).

Ora, é fundamental ter-se isso à vista quando se busca fazer da interação terapêutica um diálogo, no sentido mais pleno do termo, pois quanto mais se busca expandir a intervenção para além do terreno da pura tecnicidade, quanto mais se busca a flexibilização e permeabilização da normatividade morfofuncional dos nossos horizontes terapêuticos, de maior significado e interesse se revestirá a desconstrução das identidades e alteridades que já medeiam e subsidiam os encontros (AYRES, 2004b, p. 25).

Para melhor compreender essas reflexões produzidas a partir da análise do conteúdo dessas respostas dos participantes referentes ao cuidado, também são importantes os estudos de Franco e Merhy (2013), que se dedicam a analisar os processos de trabalho numa perspectiva de mudança do modelo assistencial em saúde, a partir das micropolíticas das relações que se estabelecem no cotidiano de trabalho. Para isso, discutem a respeito do que chamam

Composição Técnica do Trabalho (CTT), que seria a razão entre o Trabalho Morto e o Trabalho Vivo em ato.

Essa dimensão tecnológica do trabalho permite aos profissionais de saúde tanto interagir e dar respostas às especificidades de cada situação, como articular o social concreto nas possibilidades científicas, a partir do investimento na reinterpretação da própria ciência. Desse modo, as tecnologias, nesse caso, não se restringem ao universo material e instrumental, mas localizam-se, também, nos saberes e modos de se produzir a saúde.

De acordo com Merhy (2013), todo trabalho em saúde é sempre relacional, ocorrendo no momento do encontro com o sujeito que procura o cuidado, quando se estabelece uma relação “interseçora”²³, ou seja, relação forjada no trabalho no exato momento em que ela acontece. É nesse momento que se encontram as tecnologias leves, por terem um caráter relacional e se inscreverem como forma de agir entre os sujeitos envolvidos na relação para a produção do cuidado, caracterizando o trabalho vivo. Já as tecnologias estruturadas para elaborar certos produtos de saúde e inscritas nos instrumentos são denominadas tecnologias duras, que caracterizam o trabalho morto. Por fim, há as tecnologias leve-duras, que compreendem o conhecimento técnico, representado por um componente duro (estruturado) e o conhecimento singular como cada profissional produz o cuidado, denominado leve.

Historicamente, as tecnologias duras e leve-duras foram hegemônicas na constituição do modelo assistencial em saúde, o qual se deu a partir de interesses corporativos, em particular dos grupos econômicos que atuam na saúde. Com isso, ao longo do tempo, o plano da organização micropolítica do trabalho em saúde foi sendo estruturado a partir do protagonismo da consulta médica, em que o saber médico acabou por determinar e estruturar o modo de trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras (MERHY, 2013).

Assim, um trabalhador de saúde inserido em seu território de trabalho, particularmente a partir do desenvolvimento da micropolítica que ali ocorre na produção do cuidado, opera nesse processo dentro de um núcleo tecnológico composto pelo trabalho vivo e pelo trabalho morto, sendo a relação de ambos, como já falado anteriormente, denominada composição

²³ Interseçora é usada nos trabalhos de Emerson Merhy em referência ao sentido dado por Deleuze no livro *Conversações*, em que, ao explicar sua parceria com Guattari na produção do livro *O Anti-edipo*, afirmou que não era um produto de quatro mãos como resultado do somatório de um com o outro, mas um “inter”, interventor. Assim, Merhy utiliza o termo interseção para designar o que se produz nas relações entre os sujeitos, nos espaços de suas interseções, que é um produto que existe para os dois, inexistindo fora da relação em processo, onde ambos se colocam como instituintes em busca da produção de novos processos.

técnica do trabalho, que pode refletir a predominância de um ou de outro, dependendo de quais tecnologias predominam na produção do cuidado. Pode-se apreender a exemplificação de tal fato a partir da fala de Livia Rosa:

[...] Cuidar em saúde é todo esse processo. Essa questão da escuta qualificada, né? Quando o paciente chega, fazer uma boa anamnese, uma boa avaliação, avaliar não só os problemas patológicos, mas avaliar os determinantes sociais, né? Nesse processo de adoecimento do paciente, eu acho que é muito isso. E tomar a conduta que a gente achar que é a melhor, pactuando sempre com o paciente, vendo o que ele acha que é o melhor pra ele também. O que eu acho que é o melhor dentro do saber científico, mas também o que é possível ele fazer dentro desse meu saber, entendeu? (Livia Rosa)

Livia Rosa demonstra um movimento de se construir um projeto terapêutico relacional com o sujeito que busca o cuidado, reconhecendo a necessidade de se utilizarem as tecnologias leve-duras pelo saber técnico, que viabiliza boa anamnese e avaliação do problema, mas dispondo, também, da escuta qualificada, tecnologia leve, que representa potente ferramenta na produção do cuidado.

Portanto, não significa apenas apreender pela escuta as queixas e os sintomas de uma dada doença, mas fazer com que o ato de escutar amplie seu espectro, seja para a captura de sinais de certa patologia, seja para elementos do mundo da vida do sujeito que, em certa medida, podem representar determinações outras, que não a orgânica, para a produção de adoecimento. Assim, qualificar a escuta é entregar-se à relação, permitindo a emergência de formas diversas de intervir sobre a subjetividade do “paciente”, valorizando-o e aumentando sua autoestima, com vistas a promover sua autonomia na gestão da própria vida.

Ayres (2004) demonstra a importância de atentar-se para o horizonte normativo a partir do qual a interação terapêutica se orienta, porque ele determinará o tipo de escuta procurada. Segundo o autor, quando tal horizonte se refere à morfofuncionalidade e seus riscos, a escuta produzida tende naturalmente a ser orientada no sentido de se obterem elementos objetivos, com a finalidade de monitoramento de uma dada patologia e seus possíveis desdobramentos. Com isso, aspectos relacionados à condição existencial do sujeito que procura a atenção à saúde, permanecem fora do alcance dessa escuta, sendo considerados tão somente subsidiários desse monitoramento ou apenas ruídos.

O seguinte trecho da fala de Livia Rosa exemplifica a ressignificação desse horizonte normativo:

Eu sempre procuro pactuar com o paciente do que dá pra ele fazer a partir, às vezes, de algum diagnóstico, de algum achado no exame, tudo que no momento pode ser feito por ele. Procuro, sempre dentro das possibilidades que a gente tem, do arsenal que a gente tem na farmácia, medicamentos que ele pode acessar na unidade, exames que ele pode fazer pela rede ou aqui na unidade [...]. Eu procuro sempre avaliar essa parte das possibilidades do paciente, entendeu? O que ele quer do tratamento dele, aquilo que ele acha mais viável, que ele acha que pode fazer. Se ele quer tratar, se ele não quer tratar... Porque é direito dele também dizer se ele quer tratar (Lívia Rosa).

Nesse trecho, embora Lívia Rosa faça referência ao uso da tecnologia dura representada pelo exame diagnóstico, este é subsumido à lógica relacional, em que há evidente valorização do “paciente”, que, no processo de produção de cuidado, é convocado a participar da pactuação com a profissional médica. Os possíveis atos prescritivos, de medicamentos ou de exames, são pensados considerando tanto as possibilidades do sujeito que demanda a assistência no gerenciamento de seu problema, quanto o desejo e o direito dele em aceitar ou não o que lhe é proposto. Essa fala demonstra disposição não somente ao diálogo e à escuta qualificada, mas, sobretudo, ao acolhimento de tensionamentos, embates, divergências, sem, no entanto, prevalecer a vontade do médico imbuído, pela superioridade de seu saber técnico.

A oportunidade de perceber a incorporação e a utilização das tecnologias leves no trabalho vivo de produção do cuidado por médicos de família chama a atenção para as possibilidades que tal movimento pode promover para uma reestruturação produtiva na saúde, que está para além da incorporação tecnológica, fortalecedora do trabalho morto. Entretanto, de acordo com Franco e Merhy (2003), embora a ESF tenha como proposta a mudança da forma de se produzir a saúde por meio da formação de equipes, com deslocamento do trabalho para o território e o incentivo da vigilância em saúde, ainda tem revelado, na micropolítica de organização do trabalho, particularmente na atividade clínica, um núcleo de cuidado que permanece focado na lógica instrumental de produção da saúde.

No entanto, a despeito do poder hegemônico desse modelo biomédico nos processos de produção do cuidado, é importante enfatizar que ele não reina absoluto sem resistências, como bem demonstram as falas de muitos dos participantes desta pesquisa. Embora inseridos em processos de trabalho subsumidos à ordem biomédica, às normatizações institucionais, bem como aos diversos interesses econômicos e políticos, que inexoravelmente estabelecem historicamente as regras de produção da saúde nas sociedades capitalistas, muitos médicos de família e comunidade constroem formas diferenciadas de se pensar e fazer a saúde. Esse movimento advém das fissuras, dos não fazeres, dos vazios, das contradições e conflitos do modelo hegemônico, abrindo reais e efetivas possibilidades de contraposição e criação de

outros códigos para a produção do cuidado, que, se por um lado, não desconsideram o corpo biológico, por outro, não se centram na sua primazia.

Franco e Merhy (2003) apontam que, nessa arena de disputa, surge um confronto explícito entre determinados campos de saberes, como aquele segundo o qual o corpo é subjetivação e não biológico, negando, portanto, a forma imaginária e simbolicamente como o corpo foi construído e que ele é potencialidade e representação de modos existenciais. No entanto, tal visão não impede que tais diferenciações nos modos de existência sejam qualificadas como normais ou anormais, sabendo-se que a anormalidade é sempre tomada como produto da construção de relação de poder. Portanto, a partir da incorporação de tecnologias leves, essa desconstrução da ideia do corpo somente teria potência transformadora no campo das relações construtoras de cuidado numa perspectiva de luta pela produção da vida na diferença.

Dessa forma, sobretudo para o que é de meu interesse nesse campo de pesquisa – refletir sobre as implicações da branquitude de médicos de família na promoção da equidade e/ou iniquidade racial em saúde –, faz-se importante que, na micropolítica de suas relações de cuidado no cotidiano, tais profissionais estejam imbuídos no aprimoramento das tecnologias leves, considerando o respeito e o entendimento da potência da diferença. Isso porque, na medida em que tais tecnologias também são produtos de um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnológica, também receberão as influências das inúmeras representações referentes ao processo de racialização, seja daqueles que buscam o cuidado, no caso da saúde pública brasileira, majoritariamente negros, seja dos médicos que o produzem, geralmente brancos. Nesse sentido, vale explorar ainda dois trechos das respostas de duas entrevistadas sobre o cuidado em saúde:

Cuidar envolve amor, envolve conhecimento, envolve receber o outro, respeitando o outro... O conhecimento é agregado para você ter embasamento para o cuidado, mas sem amor pelo ser humano, aquilo que ele representa... Sem respeito a ele, você não consegue efetivar nenhum cuidado... doar nada...e nem receber nada (Aline Lúcia).

[...] Primeiro o respeito pelo meu paciente, pelo usuário. Não vou usar o termo paciente não. Pelo morador, pela pessoa, pelo indivíduo. Primeira coisa, eu acho que tem que ter respeito. Outra coisa é carinho. Eu sinto falta disso, sabe? Eu gosto de ter um contato, de ter carinho, pegar, abraçar. E o sorriso. Estar sempre sorrindo, estar sempre disponível. Porque ninguém tem culpa se você está com alguma coisa na sua casa ou não. E aí você tem que estar sempre sorrindo e oferecer o melhor de você, sempre. Fazer sempre o que você puder fazer. Outra coisa que eu gosto muito de fazer é participar da vida deles. Eu gosto mesmo. Paciente que me convida pra alguma coisa eu gosto de ir. Eu gosto de estar presente... Eu gosto disso (Cândida Mara).

Aqui, resgato os apontamentos de Leonardo Boff (2017) sobre a imanência do cuidado, que constitui um modo de ser essencial do humano, exatamente pela possibilidade do amor e do afeto. Amar, não no sentido banalizado, mas como significado de todo e qualquer sentimento que nos permita entrar em sintonia empática e interessada com o outro. Esse liame torna possível, a partir do olhar para si mesmo, ressignificar o universo das relações e, entre elas, aquelas que se produzem no campo do trabalho. Dar outro significado, extrair desses espaços de “interseções” com o outro que demanda o nosso cuidado, não somente a cura de determinada patologia ou desordem de qualquer natureza, mas permitir a emergência dos inúmeros possíveis que se encerram no simples ato do encontro. Afeto, não somente como objeto de afeição, mas sobretudo como oportunidade de afetar-se pelo outro, de deixar-se tocar pelo que esse outro traz, seja para produção de convergências ou divergências, seja para sentimentos bons ou ruins, seja ainda para acomodações ou desacomodações. É esse afetar que nos abre para a dimensão da alteridade e, ao mesmo tempo, para o reconhecimento de nós mesmos, condição essencial para o acolhimento do outro.

7.2 EQUIDADE EM SAÚDE

As respostas obtidas dos participantes sobre o significado de equidade apresentaram, de forma geral, homogeneidade quanto à relação do termo com o senso de justiça na distribuição de bens e serviços de saúde. Entretanto, efetivamente, a palavra “justiça” surgiu apenas uma vez em uma das respostas, sendo que, nas demais, apesar da inexistência de maiores aprofundamentos, pude, a partir do conteúdo, inferir a intencionalidade dos profissionais em firmar o caráter de justiça do termo. Dois dos médicos de família conceituaram equidade como igualdade, e apenas um deles a traduz em suas práticas de cuidado com esse sentido. Já o outro, quando relata sobre como exerce a equidade, deixa evidente o sentido de justiça. Dos doze participantes, seis iniciam suas respostas enfatizando o caráter teórico e conceitual, como se houvesse distanciamento daquilo que a teoria apresenta e o que efetivamente se produz na prática. No entanto, quando solicitados a falarem sobre a prática de equidade no cotidiano, deram exemplos de ações que julgaram relacionar-se com o conceito. Apenas três médicos de família deram ênfase à questão da centralidade nas necessidades dos usuários como mediador para o exercício da equidade.

Apresento algumas dessas falas e as reflexões produzidas a partir delas:

Aí é complicado... porque tem a teoria e tem... (risos) A teoria é aquilo de você vai dar mais a quem tá precisando mais... Às vezes, a gente faz isso sem perceber, né? (Taís Lucinda).

Equidade é... (risos) Eu vou falar o que a gente lê, porque acaba sendo mesmo... dar mais para quem precisa mais (Cândida Mara).

Dar mais pra quem precisa mais... É isso! (Alana Lins).

Resposta das teorias lá de quando a gente tinha aula de medicina preventiva, aquela parte sobre o SUS e tal... Me lembro dessa questão [...] que é a questão de tratar condições desiguais de forma desigual [...]. Não sei se é bem isso, né? (Níveo Elísio).

As respostas de Taís Lucinda, Cândida Mara e Alana Lins para o conceito de equidade em saúde resumem-se em um aforismo: “*dar mais para quem precisa mais*”. Se, por um lado, foi possível, por essas afirmativas, inferir um sentido de justiça na distribuição de bens e serviços de saúde, por outro, há também a possibilidade de essas falas representarem uma avaliação sintética, consequência de efetiva falta de conhecimento aprofundado sobre o tema ou de pouca reflexão sobre ele. As manifestações não verbais diante da pergunta, como o riso ou a demora na resposta, e a explicitação, como na fala da Taís Lucinda – “*às vezes, a gente faz isso sem perceber*”, podem ser indícios tanto da pouca familiaridade com o tema quanto da ação não reflexiva na promoção da equidade. Somando-se a isso, constitui uma proposição genérica que, além de não explicar o “*dar mais*” no sentido de detalhamento qualitativo de uma possível proposta de oferta, deixa uma lacuna no que se refere ao “*para quem precisa mais*”, dada a complexidade dos critérios objetivos e subjetivos para a determinação de prioridades das necessidades individuais e coletivas de saúde.

Já a resposta de Níveo Elísio, ao referir-se à equidade como “*tratar condições desiguais de forma desigual*”, aponta uma variação do sentido proposto pelo aforismo “*dar mais a quem precisa mais*”. Além de demonstrar relativa insegurança quanto à afirmativa, Níveo Elísio não explica a natureza da condição desigual a que se refere, tampouco o que seria esse “*tratamento desigual*”. Tal apontamento é importante, porque as avaliações das desigualdades que se apresentam nos cotidianos dos serviços de saúde precisam levar em consideração as dimensões simbólicas, individuais e coletivas do existir humano. Responsabilidade complexa, sobretudo quando o modelo biomédico tecnicista, com suas tecnologias duras, apesar das resistências, é aquele que orienta, na maioria das vezes, as práticas de cuidado.

Silva e Filho (2009) apresentam importante reflexão a respeito da ideia de distinção a partir do sentido proposto por Bourdieu, para quem distinção é um atributo que não se encerra no campo do “natural”, nem necessariamente se refere às diferenças sociais provenientes de

políticas iníquas produtoras de desigualdades. Ela compõe as práticas dos agentes sociais, individual ou coletivamente, atuando na constituição de suas identidades e significações. Assim, Bourdieu traz para esse campo de análise as dimensões da natureza simbólica do homem e de seu cotidiano, sendo que a primeira introduz, na arena das variações sociais, uma perspectiva interativa e propriamente dialógica, tendo a linguagem como mediador do valor das diferenças. Já na dimensão do cotidiano, em que se apresentam as escolhas mais ordinárias dos sujeitos, estas adquirem significado social a partir da forma como os indivíduos foram constituídos dentro de suas múltiplas realidades de vida, como de seus pertencimentos de classe social, de gênero, sexualidade, geracional e étnico-racial.

Tal reflexão se faz importante no campo da saúde, visto que diferenças biológicas tidas como naturais e pré-estabelecidas sempre se expressam por meio de complexos processos de produção social, de modo que, dependendo do meio em que se encontram, podem gerar potenciais de reação distintos e resultar ou não em diferenças fisiopatológicas. Se, por um lado, os processos biológicos em suas expressões fenotípicas e fenomênicas resultam da interação do indivíduo com a sociedade, por outro, tais processos podem ser percebidos e ressignificados pelos sujeitos de maneiras totalmente distintas, como melhor explicam Silva e Filho (2009):

As percepções e os sentidos atribuídos aos efeitos dos processos fenomênicos dependerão da posição que os sujeitos ocupam em diversos campos do espaço social, nos diferentes momentos históricos, bem como das relações estabelecidas com outros indivíduos no trabalho, na família e nos movimentos sociais. Embora essas relações sejam mais frequentemente de luta e conflito, portanto geradoras de estresse, podem ser também cooperativas e comunicativas e, dessa forma, protetoras (SILVA; FILHO, 2009, p. 221).

Segundo esses autores, a matriz que orienta essas percepções e ressignificações, de acordo com Bourdieu, é o *habitus*, que corresponde, no inconsciente dos indivíduos, à incorporação de estruturas relacionadas com a história coletiva e com a trajetória individual, que organizam as formas pelas quais eles percebem e reagem ao mundo social ao seu redor. O *habitus* reflete a realidade de vida em que os sujeitos são socializados, em que suas experiências individuais e oportunidades objetivas funcionam como esquemas de percepção e classificação das práticas, representando a forma como a cultura do grupo e a história pessoal moldam o corpo e a mente e, como resultado, moldam a ação social no presente (SILVA; FILHO, 2009).

Assim, para avaliar as desigualdades de condição de saúde, é importante considerar que o “processo saúde-doença-cuidado corresponde ao produto de uma dupla relação entre os agentes sociais, tanto na produção de certos estados orgânicos, quanto nas percepções distintas

a respeito dos últimos” (SILVA; FILHO, 2009, p. 222). Ambos são determinados pela posição que os indivíduos ocupam no espaço social, pelas práticas assimiladas por suas pertenças e que reproduzem em seus cotidianos de vida, pelas relações sociais de luta e cooperação existentes nas redes a que pertencem e pelas dinâmicas existentes dentro e fora de seus campos sociais.

Outro aspecto importante relacionado à produção da equidade em saúde é a dimensão da diferença, que precisa não somente ser identificada nos processos cotidianos de atenção à saúde, mas, sobretudo, compreendida em sua complexidade, nos âmbitos individual ou coletivo. Vejamos as seguintes respostas de duas entrevistadas:

Equidade é tentar atender às necessidades, porque as necessidades são diferentes, né? Então é assim... é tentar aproximar... favorecer a cada necessidade das pessoas, né? Igual a gente fala: tratar de forma diferente as pessoas que são diferentes (Valentina Luz).

Equidade seria oferecer de forma universal pra todo mundo, mas atendendo às demandas específicas de cada um, né? Então, aquele que precisa mais eu vou oferecer mais... É oferecer de forma diferente para aqueles que são diferentes e têm demandas diferentes (Clara Carolina).

Valentina Luz correlaciona a equidade ao atendimento das necessidades distintas dos sujeitos que procuram assistência em saúde. A afirmativa de tentativa de favorecimento de cada necessidade em particular, tratando de “*forma diferente as pessoas que são diferentes*”, caso estivesse descontextualizada, poderia indicar uma não compreensão do conceito da equidade, com conseqüente equívoco na tentativa de práticas equitativas. Isso porque não são as diferenças a priori que conclamam a equidade, mas tão somente aquelas que se traduzem socialmente como desigualdades injustas.

Já a resposta de Clara Carolina, embora também utilize a dimensão da diferença seja no que se refere à oferta de serviço seja na identificação das distinções dos sujeitos e suas demandas, inicia-se ratificando a importância do princípio da universalidade. Isso demonstra uma compreensão do reconhecimento das diferenças como desigualdades injustas, ratificado pelo aforismo “*aquele que precisa mais eu vou oferecer mais*”, dentro da lógica de fortalecimento da igualdade e universalidade.

De acordo com Escorel (2008), a diferença foi introduzida no espaço público da cidadania, cujo princípio basilar é a igualdade, pela associação, na contemporaneidade, do princípio da equidade aos direitos das minorias. Dessa forma, o reconhecimento da diferença entra em conflito com o pensamento jurídico clássico, para o qual a cidadania deve ser comum e indiferenciada. No entanto, nas sociedades capitalistas modernas, tal visão homogênea desconsidera as diversidades

socialmente construídas e instaladas em tais sociedades, sendo que a noção de igualdade somente se completa se compartilhada com a de equidade, visto que não basta a existência de uma política fundamentada no princípio da universalidade, caso nela não comporte o direito à diferença. Dessa forma, a ideia de igualdade que fundamenta a distribuição homogênea, ou seja, a cada pessoa uma mesma quantidade de bens e serviços, foi subsumida pela equidade, segundo a qual as pessoas apresentam diferenças biológicas, sociais, psíquicas e culturais, com conseqüentes distintas necessidades. Isso posto, recorro ao conceito de equidade formulado por Malta (2001), que sintetiza as reflexões feitas até aqui, a partir das análises das respostas dos participantes:

A equidade é entendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas (...). Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas ‘naturalmente’, mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade (MALTA, 2001, p. 155).

Finalizada essa etapa na qual os médicos de família expuseram seus entendimentos a respeito da equidade, solicitei que cada um falasse livremente de como essa equidade se operacionalizava em suas práticas cotidianas de trabalho. Diferentemente do primeiro momento, em que tivemos discretas variações na maneira de se produzir o conceito, o que poderia, caso as falas fossem tomadas isoladamente, gerar dúvidas sobre a precisão conceitual, nesse segundo emergiu regularidade no padrão de respostas. Com exceção de apenas um entrevistado, que compreende equidade como igualdade geral e irrestrita e afirma que não faz nenhum tipo de distinção em seus atendimentos, os demais me ofereceram alguns exemplos da utilização de práticas equitativas em suas produções diárias de cuidado. Apontaram possibilidades de se reconhecerem as diferenças que se traduzem em desigualdades e que podem, minimamente, ser mitigadas na atenção singularizada e centrada naquele que procura atendimento. Vejamos alguns exemplos:

Por exemplo, tem lá pra eu atender algumas pessoas e às vezes chega alguém que não tá doente... não tá tão doente fisicamente quanto o outro que tá lá... Só que eu sei da história de vida dela e que naquele momento ela tá precisando de mim mais do que quem tá ali com uma amigdalite, com febre... Então eu tento atender essa pessoa na frente... dar uma atenção diferenciada pra ela... vamos dizer ... ‘perder mais tempo’ com ela... do que com aquele que tá ali com alguma coisa física (Cândida Mara).

Cândida Mara apresenta uma cena absolutamente comum e rotineira nos serviços de atenção primária à saúde, em que a demanda espontânea por atendimento é composta pela pluralidade de necessidades. De maneira geral, como não há, para o estabelecimento da prestação do serviço, uma modalidade de acolhimento da demanda espontânea, usa-se o critério de fila por ordem de chegada ou protocolos de estratificação de riscos essencialmente fundamentados em fatores físicos de adoecimento. Já nessa resposta, pode-se perceber o investimento nas tecnologias leves de relacionamento para se determinar, além do atendimento preferencial de um caso que não se enquadre na ordem orgânica, o recurso do vínculo como potente estratégia de confrontação da norma hegemônica. No exemplo dado, temos a contraposição de duas condições distintas: uma de ordem física (amigdalite e febre) e outra que não se encerra em um diagnóstico de doença física. O julgamento do profissional de saúde para promover atenção diferenciada e preferencial fundamenta-se na possibilidade de apreensão de outras determinações do processo saúde e doença, o que somente é possível quando a produção do cuidado é centralizada no sujeito, e não em suas desordens orgânicas. O mesmo se pode perceber a partir desta outra resposta:

A gente acaba avaliando isso mesmo na questão do acolhimento... Quando a gente conversa com esse paciente, faz a escuta desse paciente, a gente vê quem tá ali no momento com mais necessidade pra poder passar... porque a gente tem a limitação de tempo, de agenda, de horário. Então a gente acaba vendo isso até mesmo pra ver quem precisa passar primeiro, quem precisa passar hoje ou quem pode ser agendado mais pra frente. Costumo fazer muito isso. Até na questão de priorização de paciente, às vezes, de visita domiciliar ou até mesmo pra paciente que tá com alguma necessidade que não é saúde a princípio. Eu avalio junto à assistente social essa questão e ela me ajuda muito nessa questão quando eu atendo aqui e percebo que tem uma demanda que pode tá relacionado com ela. Chamo, procuro avaliar bem e eu tento ser o mais criteriosa que eu posso nesse sentido (Lívia Rosa).

Lívia Rosa apresenta também a dimensão da produção do trabalho vivo em ato, com a utilização da escuta e da conversa como ferramentas para se fazer a identificação daqueles casos considerados prioridades para o atendimento. Enfatiza a necessidade de organização das agendas, o que deu a entender que trabalha na lógica de acolhimento da demanda espontânea e organização do processo de trabalho, pautado, também, nas ações programadas. Sem dúvida, esse é um importante recurso para a prática de equidade, porque, não se limitando ao entendimento de que “*dar mais*” significa subversão da ordem de chegada, investe na gestão da clínica como indutora para a mudança dos padrões assistenciais, geralmente de cunho imediatista, patológico centrado e produtor de procedimentos. À medida que as demandas são

organizadas, os fluxos dentro dos serviços passam a operar em uma dinâmica mais resolutiva, permitindo uma relação com os usuários menos afetada pelos fatores estressantes do dia-a-dia. Isso, por si só, já viabiliza uma ampliação da universalidade do acesso, além de criar uma ambiência mais segura, onde o profissional de saúde terá tempo e tranquilidade para fazer a avaliação dos outros condicionantes geradores de desigualdades injustas.

Ainda nessa resposta, Livia Rosa também faz referência à importância de se estar atento a situações de saúde que não se encerram no binômio patologia/conduita, mas que podem ser causas de sofrimentos que demandem intervenção. Ao referir-se à parceria com a assistente social, particularmente nos casos que identifica como de “*não problema de saúde*”, revela que dispõe do trabalho interdisciplinar. O reconhecimento e a utilização, no campo da saúde, de outros saberes e práticas que constituem núcleos de competência específicos, que não o do médico, é de fundamental relevância para a promoção da equidade, visto que, além de aumentar o espectro de abrangência para atendimento de necessidades plurais, fortalece a lógica do trabalho em equipe, fundamental na produção de projetos terapêuticos singulares.

Merhy (2004) defende que, no processo de produção de um ato de saúde, os vários núcleos de competências específicos de cada profissão da saúde coexistem e estabelecem relações de interseção, nas quais se encontra o problema concreto e o recorte profissional do mesmo. Cada núcleo opera com as tecnologias duras, leve-duras e com as relacionais, do campo das tecnologias leves, pertencentes a todos os trabalhadores, constituindo a dimensão cuidadora. No entanto, o modelo assistencial prevalente nos serviços de saúde ainda tem a sua organização centralizada em problemas específicos, a partir da lógica hegemônica do modelo médico que subordina a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Assim, as ações de outros profissionais de uma equipe de saúde acabam sendo subjugadas a essa ótica dominante, de modo que seus núcleos específicos ficam subsumidos à ordem médica, empobrecendo também seu núcleo cuidador (MERHY, 2004). Um potente recurso para a promoção da equidade e da integralidade da atenção consiste, sem dúvida, nas tentativas de romper com esse padrão, investindo na dimensão interdisciplinar do cuidado.

A percepção e a avaliação das iniquidades em saúde, tanto na compreensão de suas determinações quanto na elaboração de estratégias de superação, podem ocorrer em vários espaços: o geral, o particular e o singular. O geral seria aquele em que as macropolíticas econômicas formuladas impactam no valor dos salários, nos níveis de emprego, na distribuição de riquezas, e, em última instância, determinam o nível de acesso ou exclusão da população às riquezas produzidas no país e, conseqüentemente, o grau de equidade e iniquidade. O particular seria o município, especialmente a secretaria municipal de saúde com os gestores locais do

sistema. E o singular seria o serviço de saúde com os diversos profissionais que nele atuam. Todos esses espaços, com diferentes graus de governabilidade, podem atuar no enfrentamento das iniquidades (CECÍLIO, 2001).

Segundo Cecílio (2001), embora se estabeleça, na relação entre esses espaços, uma determinação de influência hierarquizada do geral para o singular, o último trabalha com um alto grau de autonomia, podendo produzir “contra-vetores” com capacidade de determinação das políticas definidas no âmbito geral, sobretudo se for capaz de abarcar, numa perspectiva de escuta qualificada, as necessidades trazidas pelos usuários. O autor ainda enfatiza que “tanto o tema da equidade, como o da integralidade só poderão ser trabalhados com a necessária radicalidade, se forem tomados como temas dos processos de gestão dos espaços singulares” (CECÍLIO, 2001, p. 126).

Nesses “espaços singulares” que constituem o campo desta pesquisa, onde trabalhadores e usuários se relacionam cotidianamente, vivenciando trocas, tensões, disputas e, principalmente, dificuldades impostas pela falta de recursos que impactam na produção do cuidado, foi possível observar mais iniciativas isoladas de alguns profissionais para a promoção da equidade, do que efetivamente o trabalho dessa temática dentro dos processos de gestão desses espaços. Iniciativas que, não raro, configuram-se como atos de resistência às normatizações, aos protocolos, às convenções e aos padrões organizativos dos serviços impostos pela gestão local. Isso pode ser observado a partir da seguinte fala:

A gente sabe que tem pessoas com dificuldades importantes de locomoção, por vários motivos e a gente faz esse atendimento semanal pra elas [...] dentro também das nossas limitações, porque a gente fica com essas limitações de espaço físico. Tem uma questão de agenda... A gente, às vezes, aproveita uma visita domiciliar pra uma pessoa que o cuidador fica o tempo inteiro lá com dificuldade para sair de casa, faz opção de, em determinadas situações, também tá ajudando esse cuidador, de tá atendendo ele também, aproveitando a visita (Níveo Elísio).

Na ESF do município de Juiz de Fora (MG), a visita médica em domicílio é feita, quase exclusivamente, para atendimento de pessoas que apresentem alguma condição crônica de saúde e que estejam impossibilitadas de locomoção. Nesse sentido, a visita domiciliar (VD) representa uma potente estratégia, seja para o acompanhamento e a avaliação dessas vulnerabilidades, seja para alimentar vínculos e comunicação entre as partes envolvidas. No entanto, nas normativas que regulamentam as atividades e ações da ESF do município de Juiz de Fora, não há referências a respeito da VD médica, mas tão somente às que precisam ser realizadas pelo agente comunitário de saúde e pelo assistente social (HORTA, 2016). Assim,

fica a cargo da autonomia do médico de família estabelecer os critérios utilizados para a realização da VD, sendo que, por convenção, desde a implantação da PSF na cidade, na década de 1990, hoje ESF, a visita médica em domicílio é ofertada somente para os chamados “pacientes acamados”.

Logo, na fala de Níveo Elísio, apreende-se o rompimento com o que é convencionado para a prática de VD médica, na medida em que ele compreende que o cuidador do “paciente acamado” acaba negligenciando o próprio cuidado em decorrência do total envolvimento com o processo de adoecimento de quem está sob sua responsabilidade. Dessa forma, ter a sensibilidade para essa condição de vulnerabilidade e, em certa medida, desigualdade injusta no que se refere ao acesso do serviço de saúde, aproveitando o momento da VD para também prestar atendimento ao cuidador, pode ser considerada uma ação de promoção da equidade.

Da mesma forma, foi possível apreender outros movimentos de rupturas das normas instituídas nas rotinas de trabalho, na tentativa de mitigar certas iniquidades em saúde observadas nesse “espaço singular”, onde atua o médico de família:

Mas uma equidade assim que eu tento ajustar é quando eu vejo um paciente de condição vulnerável, que não consegue pagar por um exame, um exame mais complexo ou consulta com especialista... Aí meu jeito é colocar prioridade no encaminhamento dele. Muitas vezes, não é nem pela patologia dele, mas muitas vezes é pelo que eu sei [...] que vai demorar cinco, seis meses consultar com especialista... Quando o paciente tem condição boa, se vai demorar cinco, seis meses, tenta consultar no particular, mas nos que têm condição vulnerável, eu coloco prioridade pra ver se ele consegue. É um jeito meio de burlar o sistema, mas passar na frente daquele que tem condição de pagar (Alvo Lúcio).

Igual à dona Terezinha, que eu atendi hoje. Eu faço sexta-feira de manhã (atendimento programado), mas ela nunca pode vir de manhã, e ela precisa da receita dela e ela tem um irmão doente em casa [...]: ‘Ah dona Terezinha, o dia é esse!’. Não! É colocar, é tentar ajudar no horário daquela pessoa, entendeu? Ela deixou de fazer a químio dela lá agora, que ela tava marcada desde 8 horas pra não perder a minha consulta. Por quê? Porque a gente dá esse horário pra ela, entendeu? Mas essa químio foi marcada depois, ela podia até ter falado, mas eles não falam, né? Não vem aqui falar: ‘Será que não tem como trocar?’ Porque a gente trocaria, né? Eu acho que é por aí a equidade (Valentina Luz).

A fala de Alvo Lúcio reflete o quanto a falta de recursos impacta diretamente na produção da saúde, sobretudo no que se refere aos exames complementares de alta complexidade e às consultas especializadas, ambos, em casos específicos, necessários para a condução clínica de determinadas patologias frequentes na rotina da atenção primária à saúde. Assim, busca como estratégia, tentar “*burlar o sistema*”, visto que é a partir dele que se acentuam as iniquidades em

saúde. Mesmo sem necessidade clínica que demande urgência, opta pelo registro de prioridade, na esperança de maior celeridade para o atendimento da necessidade do paciente. Fato que nem sempre se consoma, já que o pouco investimento na área de saúde se traduz inevitavelmente na limitação do acesso aos bens e serviços, o que não se modifica tão somente com uma rubrica de prioridade em um encaminhamento ou pedido de exames.

Já Valentina Luz demonstra disponibilidade de mudança na rotina estabelecida no processo de trabalho, pela compreensão de que o acolhimento das necessidades dos sujeitos não pode ficar encarcerado em normas restritivas, particularmente na ESF, cuja proposta é exatamente a inversão paradigmática, tendo como centralidade para as ações, as especificidades do território, bem como as dos sujeitos que nele habitam. Dessa forma, flexibilizar a agenda, particularmente quando a proposta é promover a equidade, deveria ser condição precípua de todo e qualquer profissional da área da saúde, e não apenas um ato de exceção.

Cecílio (2001) revela que a busca da integralidade e da equidade, nos espaços de produção da saúde, somente será possível quando trabalhadores, equipes e serviços passarem a escutar atentamente as necessidades das pessoas que buscam cuidado em saúde, colocando-as no centro de suas intervenções e práticas. O autor propõe a criação de uma taxonomia de “necessidade de saúde” que permita fazer mediação entre a irremediável complexidade conceitual e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores, o que pode gerar uma atenção mais qualificada e humanizada.

O autor propõe uma taxonomia organizada em quatro conjuntos de necessidades de saúde: o primeiro diz respeito a ter “boas condições de vida”, o que pode ser compreendido tanto no sentido mais funcionalista (ênfata os determinantes externos condicionantes do processo saúde e doença) quanto nos sentidos apontados por autores marxistas (os diferentes lugares ocupados pelos sujeitos no processo produtivo das sociedades capitalistas seriam as principais explicações para os modos de adoecer e morrer), enfim, distinções conceituais que trazem como consenso o fato de que a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde; o segundo conjunto fala da necessidade de se ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, sendo que a hierarquia de importância para utilizá-las não deve ser dada tão somente pelo profissional, mas considerar as pessoas com suas necessidades reais; o terceiro conjunto seria o da necessidade de criação de vínculos afetivos com os profissionais; o quarto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida (CECÍLIO, 2001).

Percebe-se, entretanto, que, no exercício diário para a produção do cuidado em saúde, a abordagem das necessidades dos sujeitos que procuram atendimento nem sempre abarca todos

esses conjuntos, seja devido à complexidade do processo de trabalho, que é atravessado pela diversidade de problemas, seja pela maneira como o médico de família se utiliza do repertório de tecnologias à sua disposição, que varia de acordo com o modelo assistencial adotado. Nesse caso, o critério de julgamento escolhido pelo profissional e que determina suas escolhas frente às possibilidades de intervenções equitativas pode, muitas vezes, partir tão somente da avaliação centrada em aspectos patológicos biologicistas, desconsiderando todas as outras dimensões que impactam diretamente tanto no processo saúde e doença, quanto na forma como ele se constrói em bases desiguais e injustas. O relato de uma das participantes pode exemplificar tal apontamento:

A gente pode pegar, por exemplo, a dificuldade que, às vezes, você tem pra fazer um... (exame). Vamos pegar um exemplo bobo, uma endoscopia, tá? Eu tenho um paciente jovem, que tem uma queixa de epigastralgia, que nunca usou medicação, não faz dieta e não faz nada, mas que tá persistente. E eu tenho um paciente mais idoso, com mais de 60 anos, às vezes com uma história de neoplasia na família, e tal... E eu só tenho uma vaguinha pra fazer. Então, são os dois com a mesma demanda, mas você vai favorecer no caso aquele que tem mais possibilidade de ter um exame elucidativo, né... frente ao outro... (Vitória Sá).

Nesse exemplo dado por Vitória Sá, do que seria, no seu ponto de vista, uma prática de equidade, pode-se perceber que, diante de uma realidade de contingenciamento de recursos na saúde, o julgamento para o favorecimento de um dos dois pacientes ao acesso a um exame de disponibilidade restrita é baseado tão somente em critérios epidemiológicos de maior ou menor prevalência da patologia que se tem como hipótese diagnóstica. Aqui, não se objetiva entrar no mérito se tal proposição é correta ou não na perspectiva da equidade, mas refletir sobre os fundamentos a partir dos quais é feito o julgamento e tomada a decisão médica: a conduta é centrada na necessidade da pessoa, considerando a singularidade do momento em que vive e outros condicionantes de adoecimento ou na hierarquia de importância do consumo de tecnologias estabelecidas unicamente pelo profissional dentro da lógica biomédica? Até que ponto foram consideradas as necessidades de autonomia crescente do sujeito, que implica a possibilidade de reconstrução dos sentidos de sua vida, com peso efetivo no seu modo de viver, incluindo a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível?

Tais questionamentos precisam ser relevantemente considerados, visto que, para além de trazerem possibilidade de reflexão sobre os parâmetros utilizados na prática de equidade no cotidiano de trabalho dos médicos de família, remetem a outra questão central da discussão proposta por esta pesquisa e já falada anteriormente: a forma como a biopolítica moderna se

constitui a partir da integração da medicina com a política, de maneira que os médicos passam a ter legitimidade para a tomada de decisões soberanas sobre o valor e desvalor da vida daqueles que estão sob sua responsabilidade de cuidado (AGAMBEN, 2007).

Nesse sentido, é fundamental a observância do quanto o modelo assistencial operado nos cotidianos de trabalho está subsumido à ordem biomédica hegemônica, centrado na figura do médico, na doença como foco das intervenções, no consumo de procedimentos de alta tecnologia e no uso excessivo de medicamentos. Como alerta Foucault (1999), em tempos de biopolítica, em que a vida passa a ser alvo de controle do Estado, a medicina passa a ter lugar privilegiado por ser considerada uma técnica política de intervenção, produzindo efeitos de poder próprios. Assim, a medicalização da vida cotidiana se constitui como exemplo de como o poder médico, unido à lógica e aos interesses de mercado, pode afetar, de forma dramática, a sociedade. A pertinência de tal reflexão assenta-se no fato de que o médico de família atua, preferencialmente, em contextos urbanos pobres, destituídos de um tecido de sustentação social e política, estando, portanto, susceptíveis à lógica de valores que procura constituir e aprisioná-los nos diversos espaços de vulnerabilidades e desigualdades injustas, em detrimento da produção da equidade em saúde.

Em uma realidade social como a brasileira, em que os pertencimentos identitários, sobretudo os de raça, gênero e classe, representam condicionantes para a produção das mais distintas desigualdades injustas, as quais, naturalmente, também são observadas nas inúmeras distinções e nas possibilidades de fruição do direito à saúde, ter uma política de saúde como uma política social foi, indubitavelmente, uma das principais conquistas tanto do movimento da Reforma Sanitária quanto do processo de redemocratização do país. Desde a promulgação da Constituição Federal brasileira, em 1988, reconheceu-se que a saúde representa um dos direitos inerentes à condição de cidadania, devendo, portanto, ser garantida por leis que estabeleçam o acesso universal e a integralidade da assistência, os quais traduzem os valores sociais característicos de um sistema de saúde fundamentado nos princípios do Estado de bem-estar social.

Assim, constitucionalmente afirmou-se um modelo de sociedade que não somente se pauta nos valores da universalidade e da igualdade, mas que compreende a necessidade de se reconhecer o elemento da diferença dentro do espaço da cidadania, sobretudo quando tais diferenças se configuram em desigualdades caracteristicamente injustas. Daí emerge o princípio da equidade, que tem o sentido tanto de justiça a partir do estabelecimento de regras justas para a vida em sociedade, quanto de adaptação de uma dada norma geral e universal às especificidades de diferentes situações, as quais, caso não sejam consideradas, podem gerar desigualdades injustas.

A despeito de todas as dificuldades e das tentativas de desmonte do SUS, ao longo dos anos, ataques que se reatualizam drasticamente no cenário político atual, não restam dúvidas de que seus princípios organizativos e doutrinários, assentados em um arcabouço jurídico, político e econômico, produziram profundas modificações no cenário de assistência à saúde brasileira, que, antes de 1988, tinha um caráter excludente e radicalmente desigual.

Logo, o médico de família, em seu exercício profissional cotidiano, necessita estar permanentemente atento tanto às necessidades individuais e particulares dos sujeitos que atende, quanto às realidades sociais nas quais esses sujeitos estão inseridos. Para tanto, faz-se essencial que a medicina de família, imersa nos territórios de exclusão, tenha o seu exercício prático sempre balizado pelos princípios doutrinários do SUS. Em que pese o grande desafio de se atingir a universalidade e a integralidade nas ações e serviços de saúde, ter tais princípios como fundamentos essenciais das práticas de cuidado alicerçadas no princípio da equidade, serve não apenas para assegurar processos de trabalho que reconheçam e enfrentem as iniquidades, como também para promover e garantir o direito fundamental à saúde, com vistas ao fortalecimento do SUS em sua natureza de política social.

7.3 A DIMENSÃO RACIAL NA EQUIDADE EM SAÚDE

Fiz a opção por analisar primeiramente as percepções dos participantes sobre a equidade de forma geral, bem como das práticas que julgam ser equitativas em seus cotidianos de trabalho, para, nesse momento, entrar especificamente na dimensão racial da equidade. Tal escolha partiu do meu interesse em tentar perceber as nuances que a branquitude dos médicos de família apresenta na elaboração de pensamentos e comportamentos na produção da saúde, quando não confrontada com a realidade imposta pelos tensionamentos que se instalam no contexto de relações raciais hierarquizadas. Foi uma tentativa de cotejar, de acordo com Miranda (2017), esse lugar da identidade racial branca, ainda foco de embates epistemológicos no que se refere à invisibilidade ou não marcação de seus privilégios, com um outro lugar, onde os profissionais foram convocados a se depararem com a questão racial na saúde e, conseqüentemente, com seus próprios pertencimentos raciais.

Embora não tenha abordado diretamente a questão da branquitude no que se refere à compreensão do cuidado e equidade e seus respectivos desdobramentos na prática dos médicos de família participantes desta pesquisa, parto do pressuposto de que tal identidade se faz presente, implicitamente, determinando pensamentos e comportamentos desses referidos sujeitos brancos. Isso porque, por ser uma identidade socialmente construída e determinada por

aquilo que Bourdieu conceitua como *habitus*, ou seja, um sistema de percepções do mundo e da vida, práticas, juízos e gostos que são introjetados nos sujeitos por meio de estruturas institucionais (BORUDIEU, 2005), a branquitude é moldada por um padrão de comportamentos condicionados que os sujeitos brancos incorporam e reproduzem desde a infância de maneira irreflexiva. Aqui, podemos considerar como parte desses elementos assimilados o conjunto de saberes da ordem médica e as representações de poder a ela relacionadas, visto que são produtos de um conhecimento construído secularmente, fundamentado nas mais diversas epistemologias eurocentradas e que podem compor, também, em última instância, a identidade racial branca.

No sentido de apreender como a dimensão racial se apresenta nos discursos e práticas dos médicos de família brancos entrevistados, utilizei algumas perguntas na entrevista semiestruturada que pudessem orientar os referidos profissionais na produção de suas respostas: questionamentos a respeito do que foi abordado sobre a temática racial em seus respectivos cursos de graduação médica; importância atribuída ao que foi dado, bem como o que julgavam relevante sobre essa temática; sua compreensão sobre raça; como trabalham com os formulários do SUS que apresentam o quesito raça/cor e a importância dele em suas práticas diárias de assistência em saúde; sua percepção sobre determinação social do processo saúde e doença da população negra adstrita em seus territórios de atuação profissional; seu conhecimento referente à PNSIPN e se realizam práticas de equidade considerando o recorte racial em seus cotidianos de trabalho.

É importante destacar que todos os participantes, em maior ou menor medida, demonstraram, diante das perguntas diretamente relacionadas com a questão racial, manifestações de incômodo e ansiedade, que se externaram ora verbalmente, ora em silêncios inquietantes, revelando notadamente certo nível de desconforto frente a questões que, como evidenciaram, nunca fizeram parte de suas reflexões.

7.3.1 A abordagem da temática racial nos espaços de formação médica

A pergunta referente ao que foi abordado sobre a questão racial em seus espaços de formação profissional foi a que obteve absoluto consenso nas respostas. Todos os médicos de família entrevistados afirmaram categoricamente que o único contato que tiveram com essa temática foi quanto à prevalência de determinadas patologias na raça negra e algumas especificidades fisiopatológicas ou com relação a uso de determinados fármacos, enfim, abordagens restritas a algumas disciplinas e realizadas de maneira superficial. Foram unânimes também na afirmação de que desconhecem a PNSIPN, por nunca a terem lido, mesmo aqueles

que sabem de sua existência pela apresentação em alguns espaços de educação permanente ou continuada. Vejamos algumas respostas:

Eu vou te falar, eu acho que não foi nada. Muito pontual. Quando a gente estudava, por exemplo, hipertensão, às vezes, mencionava alguma coisa lá sobre a raça negra, que é mais sensível aos bloqueadores de canal de cálcio, responde melhor. Alguma coisinha em hematologia, quando falava na anemia falciforme, mas era uma coisa assim muito an passant, muito superficial, nada aprofundado não (Lívia Rosa).

Na verdade, a gente não estudou nada. Não teve uma pontuação sobre esse tema. Só que os negros têm um controle de pressão mais difícil, têm algumas drogas mais específicas, e o câncer de próstata a prevalência é maior (risos). A gente não estudou nada de questão racial, né? Nada! Não tinha esse assunto (Valentina Luz).

Nada, nada. Só do hipertenso na parte de hipertensão e diabetes no negro. Só patologia. Nada de saúde da população negra. Só questão biológica, fisiológica e fisiopatológica (Aline Lúcia).

Tais respostas, que representam apenas variações da mesma afirmativa fornecida pelos demais participantes, demonstram a invisibilidade sobre a questão racial nos espaços de formação médica. A insignificante abordagem é feita dentro da lógica biomédica, focada exclusivamente no campo das doenças, o que reforça o processo de objetificação e desumanização do corpo negro. Tal processo constituiu-se, secularmente, como um dos instrumentos de opressão para manutenção desses corpos dóceis e adestrados, destinados a papéis e espaços de subalternidade que garantem o *status quo* de nossa sociedade, na qual a referência de civilidade, beleza, inventividade e progresso é o corpo branco. Restringir a questão da saúde da população negra às patologias mais prevalentes, bem como às particularidades orgânicas, desconsiderando a complexidade inerente ao processo sócio-histórico de construção das relações raciais na sociedade brasileira fortalece sobremaneira o racismo estrutural e institucionalizado, dos quais se produzem as iniquidades raciais em saúde.

A importância da abordagem da temática racial nos espaços de formação médica, objetivando a conscientização e consequente implicação desses profissionais nas questões que impactam sobremaneira a saúde da população negra, pode ser observada nas respostas de três entrevistadas. Essas profissionais participam das Cirandas Multidisciplinares de Educação Permanente em Saúde e Assistência Social (CIMEPSAS)²⁴, e duas delas participaram de outra ação chamada Territórios em

²⁴ As Cirandas Multidisciplinares de Educação Permanente em Saúde e Assistência Social (CIMEPSAS) fazem parte do Programa Ciranda Cidadã e têm como proposta a criação de espaços de educação permanente, nos quais trabalhadores e trabalhadoras da atenção primária à saúde e dos equipamentos da

Ciranda²⁵, ambas parte do Programa Ciranda Cidadã, parceria institucionalizada entre as secretarias de Desenvolvimento Social e da Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora (MG), onde os recortes de raça, gênero, classe e território estão na centralidade das discussões, por serem considerados determinantes sociais para o processo saúde e doença e para a violação de direitos humanos:

Então você fica atento pra determinadas patologias, mas ao mesmo tempo você fica para as vulnerabilidades deles, entendeu? [...] Com relação à escola... porque aí começa assim. Eu atendi essa semana passada uma menina linda, uma negra linda... Mas assim... Ela estava muito ruim, fazendo acompanhamento com psicólogo... Ela tem atualmente 14 anos e [...] desde que ela entrou na escola, ela sofria bullying, porque os meninos ficavam debochando dela porque ela era muito negra [...]. Então ela falou comigo que, durante o tempo todo, eles ficavam falando com ela palavras que ela não gostava e tudo... Até que ela desenvolveu realmente uma patologia psiquiátrica. Mas o que mais me incomoda é a vulnerabilidade mesmo que as pessoas ficam expostas, quer seja o branco, quer seja o negro. Mas o negro me incomoda porque é um sofrimento. 'Tá sofrendo bullying por quê?'. 'Estão me chamando de tição, de carvão não sei o quê...'. Tudo que acontece de errado na escola, na sala de aula é a fulana que é culpada, tá entendendo? Então, assim... Isso não foi abordado na faculdade e seria importante, porque o sofrimento na verdade que ela tá tendo é por conta dessa dificuldade dela, dos outros conviverem com ela e dela assimilar isso aí... 'Apesar deles falarem isso comigo, eu vou reagir, eu vou falar, eu vou me defender, mas eu tenho que também, sabe? Alguém precisa vir pro meu lado pra me apoiar'. Eu acho que é isso, né? (Taís Lucinda).

Taís Lucinda relata o caso da adolescente de 14 anos, em tratamento psiquiátrico e acompanhamento psicológico, devido a uma patologia advinda das experiências de sofrimento com o *bullying* na escola. É relevante observar que o termo *bullying*, nesse caso, descreve comportamentos e atitudes racistas, o que demonstra grande dificuldade em se utilizar a palavra “racismo”. Fato observado também nas falas dos demais participantes, em que essa palavra apareceu raríssimas vezes. Outra observação relevante está no fato de Taís Lucinda acreditar que o problema da adolescente existe pela dificuldade em reagir ao *bullying*. Isso desvela uma postura clássica da branquitude de deslocar os problemas decorrentes do racismo para o campo de responsabilidade do negro, como se a ele coubesse a exclusiva escolha de eliminar os efeitos sofridos pela discriminação racista.

assistência social, denominados de brincantes, compartilham suas práticas, saberes e vivências do cotidiano de trabalho, por meio das metodologias participativas, que são planejadas a partir das realidades vivenciadas no campo da saúde e da assistência social, objetivando reflexões por parte desses trabalhadores e trabalhadoras de seus processos de trabalho.

²⁵ Territórios em Ciranda foi uma ação desenvolvida pelo Programa Ciranda Cidadã, em que trabalhadores de algumas Unidades Básicas de Saúde foram convidados a participarem de um processo de educação permanente, no qual o território era o centro das discussões, compreendido para além das delimitações geográficas, sendo locus privilegiado para o entendimento da dinâmica social que impacta na produção da saúde. A partir do território, eram objetos de reflexão as relações de raça, gênero e classe que nele se constroem, compreendidas como potentes determinantes sociais de saúde e doença e de violação de direitos humanos.

Uma formação que tratasse da complexidade das relações raciais, contemplando os estudos críticos da branquitude, poderia promover a Taís Lucinda a compreensão de que as experiências vividas por negros e negras, sem qualquer tipo de proteção, e os sentimentos que delas advém ficam invisibilizados, tornando-se, portanto, imperceptíveis e não valorizados de maneira concreta pelo outro, o que leva, na maioria das vezes, à banalização e à naturalização dessas vivências e problemas. Segundo Silva (2017), isso gera efeitos que, se não imediatos, podem surgir tempos depois, traduzidos em sinais e sintomas que a própria pessoa nem sempre reconhece como nexos causais, como experiências de humilhação, exclusão e discriminação. Dados que poderiam ser agregados ao pensamento clínico e que seriam essenciais para a condução de casos, como o apresentado por Taís Lucinda.

Da mesma forma, seria importante, como esclarece Silva (2017), a compreensão de que a criança negra já vem marcada pelas experiências de vida de seus pais, como se os significados do racismo e os tensionamentos raciais já estivessem inscritos em seu nascimento, passando a rondar sua existência. Embora presentes na memória social e atualizados rotineiramente nas ações de preconceito e discriminação racial, o racismo e os tensionamentos raciais são sistematicamente negados, o que se constitui como um sério problema social, com graves efeitos sobre o sujeito que deles são vítimas. As influências que as representações negativas exercem sobre a psique das crianças negras são nocivas na medida em que as levam a terem um olhar negativo sobre si mesmas. Na verdade, é o resultado da introjeção dos ataques que o corpo negro sofre a todo momento – olhares, chacotas, brincadeiras, apelidos pejorativos, xingamentos ou agressões físicas –, produzido pelo poder discriminatório e veiculado pelos discursos do que “é” ser negro, reproduzidos e disseminados pela ideologia da supremacia racial branca.

No caso relatado por Taís Lucinda, ter postura de responsabilização da adolescente sobre o sofrimento causado pelo racismo pode corroborar o sentimento de culpa presente, muitas vezes, naquele que vive agressões opressoras, como podemos observar neste fragmento:

A pessoa pode, algumas vezes, decidir que o que a violou é monstruoso, irracional. Porém, há ocasiões em que pode concluir que o desencadeador da agressão é alguma coisa nela, na própria pessoa golpeada, algo tão duradouro e permanente quanto a violência que não para. ‘É meu corpo, o motivo. Sou eu, o motivo. Sou negro. E fui agredido porque sou negro. É isso.’ Ela julga que bastou nascer, bastou que seu corpo existisse para ser agredido. Mas a impressão de um golpe instantaneamente estimulado pelo próprio corpo (ou existência) formou-se, primeiro, do lado do agressor, que pareceu não ter hesitado quando produziu a agressão (FILHO, 2017, p. 147).

No entanto, a despeito da impossibilidade de Taís Lucinda acessar a dimensão mais complexa e profunda que atravessa a questão racial com que se depara no atendimento da adolescente, fica evidente a importância que ela dá à necessidade de inclusão da temática racial nos espaços de formação profissional, visto que o que lhe foi promovido como possibilidades de ferramentas para o manejo clínico não a instrumentaliza para lidar com uma realidade tão complexa como a apresentada. Entretanto, o pouco do que talvez tenha vivenciado no espaço de educação permanente, que trata a questão racial como determinante social de adoecimento, sensibilizou-a, permitindo uma atenção diferenciada diante de tal questão. Vejamos a fala da próxima entrevistada:

Vou falar pela minha prática hoje, né? A gente percebe que são pessoas que sofrem muito preconceito mesmo. Já chega no consultório [...] mais sensível. Porque eu tenho o hábito de abraçar meus pacientes, cumprimentar abraçando. Tem gente que abraça até sem graça, sabe? Não tá acostumado. A impressão que me dá é essa mesma. Não tá acostumado de chegar e receber um abraço, sei lá... Até um abraço de uma pessoa branca, que é médica... Isso é uma coisa que me incomoda. E as pessoas me recriminavam por eu fazer isso. Oh... gente, tinha que ser trabalhado isso! Tinha que ser trabalhado nas universidades, nas escolas! Não precisa chegar na universidade não, nas escolas mesmo isso era um tema que tinha que ser trabalhado. Mas na nossa formação isso não foi feito... Nem na nossa e nem das dos meus filhos também não, tá? (Cândida Mara).

Cândida Mara inicia sua fala enfatizando o fato de que sua resposta se refere à sua prática atual, após ter iniciado o processo de educação permanente nas CIMEPSAS, a partir da qual se aproximou da questão racial na saúde e teve possibilidade de ampliar o olhar para as questões que envolvem o processo saúde e doença da população negra. Embora também utilize o termo preconceito para traduzir o que compreende como racismo, evidencia a percepção de que ele é o produtor de muitos dos sofrimentos nos negros e negras que atende, tornando-os mais sensíveis. Alude também à maneira como seus pacientes negros reagem às suas manifestações de afeto, o que, em certa medida, é natural, visto que para eles as experiências com os brancos, ao longo de uma vida, são de relações hierarquizadas e marcadas por situações de negação, silenciamento, repulsa com relação aos seus corpos, cerceamento de direitos, objetificação e desumanização. Ainda faz referência à desaprovação de outros brancos frente às suas atitudes de carinho e afeto, ratificando a necessidade de a temática racial estar presente no processo educativo, não apenas nas universidades, mas também em outros níveis escolares. Reafirma a total invisibilidade da questão racial na sua formação médica e lamenta que isso se repita na formação de seus filhos que cursam medicina atualmente.

A afirmativa de Cândida Mara quanto à necessidade de a questão racial estar inserida em todos os níveis de educação confirma o fato de que o processo de negação da história e cultura africanas e afro-brasileiras não se deu apenas para o povo negro, mas para toda sociedade brasileira, cuja educação foi estruturada em uma história enviesada, de forma que as contribuições da diáspora africana foram tratadas como exóticas e folclorizadas. Projeto de uma educação eurocentrada, branca hegemônica, potencialmente estigmatizante, que produz e mantém representações sociais inferiorizantes sobre o povo e a cultura negra, naturalizando e justificando, ideologicamente, a forma de organização social da sociedade brasileira:

A constituição de fatos históricos é regulada pelo contexto histórico e social de elaboração dos estudos e relatos, pelo lugar de onde fala o/a historiador/a, guardando assim, a possibilidade de deturpação da interpretação dos acontecimentos. Não se trata de privilegiar essa parte da história, mas de dar a esta matriz o devido espaço, o que representa chamar a atenção não apenas para a comum ausência de história africana e afro-brasileira, mas, sobretudo, para a forma como ela tem sido contada e como as Representações Sociais sobre o continente africano são elaboradas e reproduzidas. O currículo branco adotado pelo Sistema de Ensino brasileiro interfere diretamente nas reações interpessoais no ambiente escolar. A ausência de referências positivas soma-se ao excesso de estereótipos. Isso porque a produção do conhecimento não se refere a uma simples e fiel descrição de fenômenos, mas é construída a partir de perspectivas dominantes e disputas de interesses que circundam as relações sociais. Grupos sociais hegemônicos constroem saberes, distorcem fatos e projetam imagens e valores que atendem a seus projetos ideológicos (RODRIGUES, 2017, p. 116).

Embora a fala de Cândida Mara evidencie o deslocamento da importância da inclusão da temática racial nos espaços de formação médica, do lugar que privilegia a prevalência de patologias, para aquele no qual há um reconhecimento efetivo do preconceito e discriminação como desencadeadores de sofrimento, não foi possível, nesse momento, apreender se tal percepção está ancorada na constatação da própria racialidade nessa relação com os sujeitos não brancos que sofrem com o racismo, ou se ela advém da imensa racialidade a eles atribuída, o que, de uma forma geral, tende a solapar processos de subjetivações individuais para transformá-los em característica de um grupo, como demonstra Piza:

É esta excessiva visibilidade grupal do outro e a intensa individualização do branco que podemos chamar de “lugar” de raça. Um “lugar” de raça é o espaço de visibilidade do outro, enquanto sujeito numa relação, na qual a raça define os termos desta relação. Assim, o lugar do negro é o seu grupo como um todo e do branco é o de sua individualidade. Um negro representa todos os negros. Um branco é uma unidade representativa apenas de si mesmo. Não se trata, portanto, da invisibilidade da cor, mas da intensa visibilidade da cor e de outros traços fenotípicos aliados a estereótipos sociais e morais, para uns, e a

neutralidade racial, para outros. As consequências dessa visibilidade para negros são bem conhecidas, mas a da neutralidade do branco é dada como ‘natural’, já que é ele o modelo (PIZA, 2016, l. 1200 - *E-book kindle*).

A fala de outra entrevistada evidencia a necessidade da abordagem da temática racial nos espaços de formação médica:

Eu acho que era importante a gente ter dessa questão coisas mais aprofundadas, tanto da parte de saúde mesmo, né? Das questões das patologias, das doenças e tudo. Mas eu acho também que das outras questões... Acho que discutir essas questões raciais dentro da graduação, ainda mais na medicina de família, porque a gente lida muito com os determinantes sociais, né? Então, eu acho que isso tinha que ser mais aprofundado também. As questões sociais, as questões de vulnerabilidade, de tudo. As questões de preconceito, racismo. Eu acho que tinham que ser tocadas na graduação... Mas isso aí nem de perto mesmo (Lívia Rosa).

Lívia Rosa não deixa de considerar a importância, nos espaços de formação médica, de maior aproximação das questões relacionadas às doenças com recorte racial, porém demonstra a necessidade, em especial, para a medicina de família, da inserção da dimensão dos determinantes sociais que impactam na saúde da população negra, ratificando a relevância de que nessa abordagem sejam contemplados o preconceito e o racismo como condicionantes do processo saúde e doença do segmento não branco da população.

Tal posicionamento é o que a PNSIPN reconhece como de fundamental importância para os processos formativos, visto que prevê as mudanças curriculares com a inclusão de maneira transversal da temática racial nos cursos de formação profissional em saúde, como a estratégia que viabilizará sua efetiva implementação em articulação com os princípios organizativos e doutrinários do SUS. Para tanto, afirma que a qualidade da formação profissional em saúde precisa ser discutida em seu sentido político, em especial no que se refere às escolhas que influenciam a organização dos currículos, programas educativos e similares (SANTANA, *et al.*, 2019). Por fim, apresento mais algumas respostas sobre a importância atribuída à temática racial nos espaços de formação médica de outros participantes:

Eu acho que é importante, não sei se limitando à questão racial, né? Mas eu acho que a questão do acesso, né? A gente nota que ele é muito diferente. Mais vinculado ao poder econômico do que propriamente racial, porque hoje em dia é tudo miscigenado, né? Tão misturado. Mas se tivesse esse foco do que a medicina na época pra população de menor [interrompe a fala]. Eu não vou me reportar [ao negro]. Eu me sinto desconfortável, tá? Porque eu nunca vivi essa situação de... [não fala racismo ou preconceito]. Na minha casa a gente nunca teve isso. A empregada dormia junto com a gente, entendeu?

Dormia junto com a gente. Mamãe viajava, a gente ficava com ela e era uma baita pessoa de cor e a gente adorava ela, né? Eu acho estranho e eu estou me sentindo desconfortável em falar do negro porque eu não tenho esse problema (Vitória Sá).

A resposta de Vitória Sá, tanto a essa pergunta como em outras ao longo da entrevista, foi marcada por manifestações explícitas de desconforto com a temática racial. Como se pode observar nesse pequeno trecho, silêncios, manifestações verbais de incômodo, posturas defensivas e interrupções no momento de se referir à população negra como aquela de menor condição econômica, a não verbalização da palavra “negro”, que foi substituída, posteriormente, por “pessoa de cor”, tudo isso evidencia seu embaraço diante da necessidade de falar uma palavra que conotaria racismo ou preconceito.

O conteúdo da resposta dada por Vitória Sá referente à importância da abordagem da questão racial nos espaços de formação em saúde denuncia a ideia amplamente disseminada na sociedade brasileira da ideologia da democracia racial, cujo poder de capilarização social se deu, entre várias estratégias, por uma estrutura educacional que se constituiu a partir dos apagamentos, das deturpações e das produções de representações sociais equivocadas sobre o processo de construção sócio-histórica de nossa sociedade. Dessa ideologia surge um dos mais frequentes discursos defensivos característicos do pacto narcísico da branquitude²⁶, o qual é regularmente acionado quando a branquitude é confrontada com a questão racial, ou seja, o discurso que reduz a problemática das desigualdades raciais à ordem econômica, numa tentativa de neutralizar ou invisibilizar o racismo e, ao mesmo tempo, a própria implicação da branquitude em sua produção e manutenção.

Após os anos de 1930, a maleabilidade do uso da cor, associada a uma ampla propaganda oficial, transformou a mestiçagem de uma imagem negativa, que prognosticava a condenação do Brasil a um país não civilizado, a uma visão de absoluto enaltecimento, manifesta pela “democracia racial”. De acordo com Schwarcz (2017), isso produziu, de forma eficaz no imaginário social, uma ideia de tolerância à diferença racial e uma sociedade supostamente avessa às demonstrações de racismo. Esse projeto de representação nacional, apoiado por uma elite intelectual da época, da qual se podem destacar nomes como Gilberto

²⁶ O termo “pacto narcísico da branquitude” foi cunhado por Maria Aparecida Silva Bento, importante intelectual brasileira que discute branquitude, como sendo uma espécie de acordo tácito entre os brancos, constituído em uma espécie de alianças inconscientes, intergrupais, caracterizadas pela ambiguidade. No que se refere ao racismo, a partir desse “pacto” haveria, por parte dos brancos, uma tendência de negação do problema racial, pelo silenciamento, pela interdição dos negros em espaços de poder e pelo constante esforço para promover exclusão moral, afetiva, econômica e política do negro do universo social (SCHUCMAN, 2014).

Freire, Arthur Ramos e Donald Pierson, tinha no perfil mestiçado da população e na harmonia do convívio cultural, as bases para a construção de uma crença de que o Brasil era um exemplo do convívio amistoso entre as raças.

Vitória Sá, ao deslocar a questão da necessidade da temática racial na formação médica, para a priorização daquela que trata as condições econômicas, visto que “*tudo é miscigenado*”, utiliza-se de um argumento eficazmente produzido pela branquitude. Segundo Lopes (2017), o grupo branco, de forma geral, desconsidera o fato de que as relações raciais no Brasil são produzidas por aquilo que é aparente ou visível, ou seja, a cor da pele e o fenótipo, que, numa espécie de escala gradativa, aciona o racismo que se modula em intensidade, a depender do polo em que o que é visível se encontra. O racismo brasileiro, diferente do estadunidense, não se produz tão somente pela ancestralidade genética, pela “gota de sangue”, mas se reorganiza também naquilo que está ao alcance do olhar, na estética captada pela retina, a qual se calibra pela cor da pele.

Conforme Kabemgele Munanga (2017), a mestiçagem, a despeito de ser uma característica genética predecessora da sociedade brasileira,

não impede o observador atento de notar a posição ocupada pelos mestiços na situação estrutural e relacional existente. A exclusão econômica ou de classe atinge a todos, brancos, afrodescendentes e indígenas, apesar de, coletivamente, os dois últimos serem mais atingidos, sofrendo dupla discriminação, a menos que se neguem a práticas racistas e o racismo institucional, como me parece ocorrer no discurso de alguns setores do governo e da sociedade (MUNANGA, 2017, p. 43).

Ao considerarmos essa fala de Munanga, para o qual somente “praticando a política de avestruz e fingindo cegueira para a crua realidade essa situação deixa de ser visível” (MUNANGA, 2017, p. 43), fica evidente que a fala de Vitória Sá fundamenta-se mais em uma reprodução acrítica do mito da democracia racial do que em convicções pautadas no que os estudos sociológicos já comprovaram quanto à condição dos negros (pretos e pardos) na sociedade brasileira.

Guimarães (2009) demonstra que Florestan Fernandes, ao analisar a passagem da ordem escravocrata para a sociedade de classes, concluiu, primeiramente, que essa transição conservou, sobremaneira, o sentido hierárquico e a ordem racial da sociedade escravista; em segundo lugar, que os negros foram integrados a essa sociedade de classes de forma tardia e subordinada. O “preconceito de cor” era a manifestação da resistência das classes dominantes brasileiras à nova ordem competitiva. Aponta, também, que Thales de Azevedo, ao estudar esse

mesmo processo de transição, concluiu que a cor e a origem social restringiam a mobilidade social e as oportunidades de vida dos negros brasileiros.

Ambos os autores advogavam a ideia de que a sociedade brasileira não era uma sociedade de classes caracterizada por um mercado onde os indivíduos livres competiam entre si e se associavam em busca de oportunidades de vida, de poder e prestígio, mas sim uma sociedade hierarquizada em grupos, cuja pertença era atribuída pela origem familiar e pela cor. Fato que observamos até os dias atuais, em que a hierarquia racial visível no país não pode ser apreendida apenas como um vestígio da ordem escravocrata extinta, mas compreendida como uma estratégia do próprio modelo capitalista, que, longe de prescindir do “preconceito de cor”, parece ter feito dele um de seus principais mecanismos de reprodução de desigualdades sociais (GUIMARÃES, 2009).

Por fim, Vitória Sá aciona o próprio passado, numa evidente manifestação de desconforto, para afirmar uma posição não racista, justificada pelo resgate de uma relação de afeto com a empregada, que era uma “*baita pessoa de cor*” e assumia um lugar de responsabilidade no cuidado das crianças na ausência da mãe. Experiência que, de acordo com Corassacz (2014), remete aos modelos de relações sociais entre gêneros, cores e classes, cujas origens se localizam no Brasil colonial, quando os descendentes de colonos europeus e suas famílias tinham mulheres escravas de origem africana, trabalhando em suas casas, realizando os afazeres domésticos e cuidando das crianças. Modelo em que as relações se constituíam simultaneamente como sociais, de trabalho, servis e familiares e representaram, como demonstrou Gilberto Freyre em sua obra *Casa Grande e Senzala* (1933), um dos pilares da formação do *ethos* cultural da nação brasileira.

Esse exemplo pode ser compreendido como continuidade das posições sociais das mulheres negras escravas e dos senhores ou senhoras branco(a)s que delas eram donos e de cujos serviços usufruíam no período colonial, para as do período pós-abolição e da contemporaneidade, quando a classificação pela cor/raça adquire papel predominante para a instauração das hierarquias raciais, que naturalizam as desigualdades sociais e servem como recurso para encobrir o racismo.

Nesse caso, a branquitude, mesmo que de maneira implícita, desvela-se a partir de uma relação sentida como afetiva com uma mulher negra e pobre. Entretanto, para além de uma relação que se encerra no campo do particular e individual, ela é radicada na sobreposição histórica de hierarquias de cor, gênero, classe, representando ao mesmo tempo relação de intimidade e desigualdade. Também é utilizada como espécie de comprovação, não solicitada, de que houve socialização positiva com negros, o que, inclusive, justificaria postura de não distinção entre brancos e não brancos, exatamente pela proximidade afetiva com os últimos.

Segundo Corossacz (2014), essa aproximação entre intimidade e desigualdade nas relações de brancos e negros, ao contrário do argumento utilizado pela branquitude para negação do racismo, é uma das expressões que o caracterizam especialmente na sociedade brasileira.

Outra resposta semelhante à de Vitória Sá, porém concisa na demonstração de seu conteúdo é a de Aline Lúcia, que enfaticamente se posicionou quanto à importância da abordagem da questão racial nos espaços de formação médica: “*Não é não [...] nada. Não vejo importância porque nossa população é miscigenada*” (Aline Lúcia).

Já outros profissionais, quando indagados sobre o que julgam importante a respeito da temática racial na formação profissional, responderam:

A princípio é suficiente (Augusto Magno).

Eu não sei, mas eu acho que pelo conhecimento que eu tenho é suficiente (Alvo Lúcio).

Tirando isso [conhecimento de algumas patologias mais prevalentes e alguns tratamentos], a cor da pele não faz diferença para o meu modo de atender, tanto que o meu modo de atendimento e pro que a gente faz aqui no dia-a-dia não interfere. Independente da cor do paciente, o atendimento é realizado e tratamento feito (Níveo Elísio).

Augusto Magno e Alvo Lúcio afirmam que o conteúdo ofertado em suas graduações a respeito da questão racial na saúde, que se restringe à abordagem de algumas patologias mais prevalentes na raça negra, com os seus respectivos tratamentos, é suficiente para o que compreendem ser necessário para a produção do cuidado dos sujeitos negros nos seus cotidianos de trabalho. O que é ratificado por Níveo Elísio, que complementa dizendo que a cor da pele não interfere no atendimento e no tratamento.

Tais afirmativas denunciam, ao menos no trato da questão racial na saúde, uma postura subsumida ao modelo biomédico hegemônico, que, como já discutido, limita as possibilidades da produção do cuidado centrado nas necessidades do sujeito, à primazia das tecnologias leves relacionais e na consideração das determinações sociais do processo saúde e doença da população negra, o que inevitavelmente se traduz em uma assistência fragmentada, que pouco ou nada contribui para a construção da autonomia dos negros e negras na forma de lidarem com seus problemas de saúde, bem como na maneira de “andarem na vida”.

Considerar como importante para a formação e prática profissional tão somente a ordem orgânica e patológica é colaborar para a produção das desigualdades e iniquidades raciais em saúde, comprovadas por importante literatura acadêmica, que vem dedicando-se a essa temática

e demonstrando as disparidades existentes entre brancos e negros, seja no acesso aos serviços e tratamentos, seja nas condições de vida determinadas pelos problemas de saúde.

Para lidar com as desigualdades e iniquidades raciais de forma geral e na saúde em particular, é fundamental que o olhar que se direciona para os sujeitos não brancos seja sistematicamente calibrado, pelo exercício da alteridade, para que se reconheçam efetivamente as diferenças que, numa sociedade estruturada no racismo, transformam-se em desigualdades injustas. Talvez, essas respostas, que denotam suficiência quanto ao conhecimento necessário para o acolhimento das complexas necessidades inerentes ao segmento negro da população na dimensão da saúde, com tudo que ela abarca, possa nos revelar uma das facetas da branquitude.

Piza (2016), referenciando a intelectual Frankenberg, afirma que essa autora estabelece a necessidade de se conhecer o comportamento branco, escrutiná-lo, descrevê-lo, para, somente depois, estabelecerem-se estratégias de intervenção nos processos das relações raciais. Refere, também, que essa autora, embora reconheça a branquitude como uma falácia ideológica, afirma que ela se institui como um modo de pensar e sentir o mundo racializado à sua volta, sustentando-se por meio da repetição cotidiana e sistemática dos padrões da ideologia da raça. Assim, define branquitude a partir do significado de ser branco dentro de um universo racializado, tido como um lugar estrutural, que representa posição de poder não nomeada e a partir do qual o sujeito branco enxerga o outro e a si mesmo.

Entretanto, enxergar o outro não significa percebê-lo em sua singularidade. Nesse sentido, a neutralidade, característica manifesta da construção da identidade branca, entra em conflito com a alteridade, a qual precisa, segundo Piza, ser reavaliada dentro dos estudos sobre relações raciais:

A constituição da alteridade é o reconhecimento de um outro, a partir de um nós. Exige processos cognitivos de comparação, classificação, constituição de semelhanças e de diferenciação, além da reciprocidade – eu sou o outro para ele; ele é o outro para mim [...]. Não há com quem se comparar, a não ser consigo mesmo. Só existem as semelhanças e é com estas que eu construo um universo possível de ser compreendido e nomeado. A não percepção de si é condição para a não percepção do outro (PIZA, 2016, 1.1417 - *E-book* kindle).

Nesse sentido, na profissão médica, como em qualquer outra do campo da saúde, podemos estimar a dimensão de abrangência do olhar do profissional, numa perspectiva de enxergar efetivamente a partir da análise de alguns códigos com os quais ele se relaciona no exercício prático de seu ofício. Assim, a escolha de um médico branco, privilegiando uma dimensão que reduz e fragmenta o sujeito nas patologias que se encerram em seu corpo, em particular quando

esse corpo é o não branco, potencializa os efeitos de uma identidade em que o reconhecimento do “outro” somente ocorre quando ele é o semelhante. Dessa forma, o discurso da “igualdade na diferença” acaba por tornar-se distante e incompreensível na perspectiva de uma dada branquitude, para a qual o diferente não existe como “outro”. A diferença não pode ser apreendida porque o diferente sequer existe, na medida em que o branco, caracteristicamente, não é nomeado em termos de diferença. Ele é o neutro, a norma dentro de uma posição racial não nomeada, o que exclui a possibilidade de alguém se reconhecer, bem como reconhecer o outro, seja “em termos de igual-semelhança, igual-igual ou igual-diferente” (PIZA, 2016, l.1437 - *E-book* kindle).

7.3.2 O entendimento sobre raça e o quesito raça/cor nos formulários do SUS

À medida que as entrevistas foram avançando na investigação de outros elementos que pudessem demonstrar a compreensão e o posicionamento dos participantes da pesquisa quanto à questão racial na saúde, foi ficando perceptível o proporcional aumento dos incômodos e desconfortos revelados por variadas manifestações, que iam, desde o inquietante silêncio anterior às repostas, até o riso ansioso com a explicitação verbal da dificuldade frente a perguntas sobre as quais nunca se refletiu antes. Reações que revelavam, para além da simples surpresa ou dúvida, a desestabilização do lugar de neutralidade da branquitude, já que os sujeitos brancos, de forma geral, por não se perceberem racializados, quando confrontados nas relações raciais, acionam, ainda que inconscientemente, as mais variadas emoções.

Após ter perguntado sobre o contato que tiveram com a temática racial em suas formações e a importância que atribuíam à abordagem desse tema nos espaços profissionalizantes da medicina, avancei com mais três perguntas que pudessem explorar a compreensão sobre raça, a maneira como lidam com o quesito raça/cor nos formulários do SUS, bem como a importância atribuída a esse recorte nos documentos oficiais presentes no cotidiano de trabalho.

No que se refere à compreensão sobre raça, todos os médicos de família demonstraram certa dificuldade nas respostas, as quais variaram desde a conceituação ainda vinculada às teorias raciais científicas de cunho biologicista, até as referências ao pertencimento identitário e cultural, porém nenhum deles ofereceu uma resposta que pudesse ser apreendida como resultado de conhecimento mais aprofundado sobre o tema. No que se refere à pergunta de como lidam com o quesito raça/cor nos formulários do SUS e qual a importância atribuída, houve variação das respostas, desde o não preenchimento – por não valorização, por falta de tempo ou porque os formulários já chegavam preenchidos – até a afirmativa de realização do registro, ora seguindo a normativa de autodeclaração, ora realizando a hetero classificação.

A apreensão dos significados dados à raça pelos médicos de família brancos, bem como a maneira como trabalham o quesito raça/cor nos formulários do SUS, explorando a importância a eles atribuída, é de fundamental importância, seja para verificar se e como os sistemas de informação de saúde estão sendo alimentados com dados que possam subsidiar estudos para o planejamento de ações de enfrentamento às doenças e condições de saúde adversas, que atingem mais diretamente a população negra, seja para dimensionar o valor que tal recorte tem para as práticas cotidianas de produção de cuidado destinadas ao segmento não branco da população, nos territórios de atuação dos médicos de família.

Como anteriormente explicitado, as desigualdades e iniquidades raciais em saúde podem ser comprovadas por inúmeros estudos estatísticos, que somente tiveram êxito na denúncia das disparidades raciais quanto às condições de acesso e de qualidade da atenção, às desvantagens nos indicadores socioeconômicos e nas demais desigualdades vivenciadas no setor saúde, devido à possibilidade de utilização da variável raça/cor nos inúmeros documentos oficiais que compõem o sistema de informação em saúde. A partir de tais estudos, constata-se que as populações negra e branca, além de ocuparem lugares distintos nos espaços sociais, têm oportunidades desiguais quanto ao nascimento, à vida, à doença e à morte (LOPES, 2007).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, tornou obrigatório o registro da variável raça/cor nos formulários que alimentam os diversos sistemas de informação em saúde, adotando o critério de autodeclaração, a partir do qual os sujeitos definem a raça/cor com a qual se identificam, excetuando-se, naturalmente, os casos de recém-nascidos e óbitos, ou outras situações em que haja impossibilidade para tal. Nessas particularidades, cabe aos familiares ou responsáveis definir a cor ou pertencimento étnico-racial, que precisam estar dentro de uma das cinco categorias instituídas pelo sistema de classificação do IBGE: branca, preta, parda, amarela e indígena. A autodeclaração refere-se à percepção de cada pessoa em relação à sua raça/cor, considerando não somente os traços físicos, mas também a sua origem étnico-racial e aspectos socioculturais envolvidos na construção de sua história e de sua subjetividade (BRASIL, 2017):

As informações com os dados desagregados por raça/cor são relevantes para atender ao princípio da equidade do SUS, ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, oferecendo atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades. Nesse sentido, o princípio da equidade norteia as políticas de saúde, reconhecendo as demandas de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos (BRASIL, 2017, p. 09).

Entretanto, se, por um lado, temos a determinação oficial prevista na portaria ministerial, que reconhece a importância dos registros da variável raça/cor nos documentos que alimentam o sistema de informação em saúde, objeto de luta dos movimentos sociais negros, desde a década de 1990 e presente nas diretrizes da PNSIPN, por outro, existe a realidade cotidiana das relações entre trabalhadores e usuários nos serviços de saúde, que é profundamente marcada por estratégias sociais e raciais de encobrimento do racismo, que levam a processos falhos ou inexistentes de coleta da variável raça/cor. Outro fator dificultador reside na complexidade relativa à grande fluidez da linha de cor no Brasil, que gera dúvidas e conflitos tanto na autodeclaração quanto na heteroclassificação, particularmente envolvendo a categoria de mestiços, cujas respostas quanto ao pertencimento racial ou de cor são determinadas macro e microestruturalmente (PIZA; ROSEMBERG, 2016, *E-book kindle*).

Segundo Piza e Rosemberg (2016), enquanto as determinações macroestruturais estão relacionadas às ligações estreitas entre declaração de cor e tentativas individuais ou institucionais de branqueamento, a dimensão microestrutural é a que mais necessita de observação, devido à lacuna existente entre a compreensão por parte dos sujeitos da aplicabilidade da terminologia racial instituída e “sua reinterpretação pelos sujeitos na incessante troca entre o olhar de si e o olhar do outro que (in)formam o campo da identidade racial” (PIZA; ROSEMBERG, 2016, l. 1605 - *E-book kindle*).

Nesse sentido, por ser a raça uma categoria essencialmente relacionada ao poder e às hierarquias, a classificação de cada sujeito, seja pela autodeclaração seja pela heteroclassificação, está diretamente ligada à história e aos significados construídos sobre cada grupo, que irá depender significativamente das inúmeras características sociais e culturais do lugar onde esses grupos são socializados (SCHUCMAN, 2014). Portanto, a identificação racial é uma questão relacional no Brasil, que irá variar de acordo com o indivíduo, com o lugar, com o tempo e com o próprio observador.

Quanto mais claro aquele que pergunta, mais ‘escura’ pode ser a resposta, e vice-versa. O mesmo entrevistado alterará sua formulação tendo em mente a pessoa – a cor e a posição social e cultural – que faz a questão. As definições são volúveis, tal como as subjetividades das situações. Como diz Caetano Veloso sobre si e em relação a outros: ‘Gil é um mulato escuro o suficiente para, mesmo na Bahia, ser chamado de preto. Eu sou um mulato claro o suficiente para, mesmo em São Paulo, ser chamado de branco. Meus olhos são, sem embargo, muito mais escuros do que os dele’ (SCHWARCZ, 2017, p. 110).

Assim, segundo Schwarcz (2017), existe um certo “uso social” da cor, que, além de fazer sua terminologia ser algo subjetivo, torna sua utilização objeto de disputa numa lógica de “cálculo racial brasileiro”, com evidente preferência pelo branco ou por tudo que na gradação de cores a ele se assemelhe, rechaçando o preto para o ponto mais baixo da escala social. Assim, “nesse ‘status racial’, pardo não é preto e nem branco, mas na prática, se aproxima – na representação popular – dos negros” (SCHWARCZ, 2017, p. 111). Representação sistematicamente produzida, afirmada e disseminada pelo poder hegemônico da branquitude.

Partindo dessas considerações, passo para as respostas dos participantes às perguntas de como trabalham com o quesito raça/cor nos formulários do SUS e a importância atribuída a esse quesito em suas práticas de médicos de família, que muito nos revelam a complexidade dessa questão:

Eu acho que o correto é perguntar, né? [...] Eu falo: ‘A gente tem um cadastro aqui e eu vou perguntar alguns dados da senhora. Cor: a senhora se considera branco, pardo, negro?’. Eu pergunto até pra poder evitar de alguém ver aquilo lá e me contestar, entendeu? Eu pergunto porque essas coisas têm que perguntar, né? Até pra poder evitar... (problemas) porque, muitas vezes, esse papel até a pessoa leva, né? Tanto que até nesses vestibulares de cota é autodeclaração, né? Às vezes, alguém contesta... Ah, eu acho que isso é pra fins do governo. Dos órgãos de saúde fazerem índices de prevalência e incidência talvez de algumas patologias [...]. Até mesmo porque a gente sabe que tem algumas doenças que são mais prevalentes nas pessoas negras e outras em pessoas brancas. né? E tem medicações que são mais eficazes pra negros e outras pra brancos, apesar de que eu não sei se você tem observado isso... A tendência nossa é todo mundo ser pardo daqui uns tempos, porque eu tenho notado muito aqui e em todos os lugares. Muitos casais brancos com negros. Acho que a tendência futuramente é ficar todo mundo pardo (Augusto Magno).

Augusto Magno, quando indagado sobre como trabalha com o quesito raça/cor dos formulários do SUS, afirma sempre utilizar o critério de autodeclaração, perguntando ao respondente a cor que ele se atribui, dentro das alternativas do formulário. Interessante observar que, em sua fala, quando se refere à explicação que fornece ao “paciente” sobre as alternativas do quesito, substitui a cor preta por negro. Confusão observada em respostas de outros participantes e que denunciam tanto a falta de familiaridade dos profissionais com as categorias estabelecidas pelo IBGE na definição da variável raça/cor (branco, preto, pardo, amarelo e indígena), em que a palavra “negro” não existe, quanto os efeitos da pluralidade de termos que compõem o gradiente de cores que se foi construindo na sociedade brasileira.

Percebe-se, também, que Augusto Magno valoriza a autodeclaração tão somente por receio de possíveis contestações que poderiam surgir caso a cor que ele atribuisse não estivesse em concordância com a percepção do sujeito em atendimento. Faz referência, inclusive, às contestações nos casos das cotas para ingresso nas universidades públicas, embora, nesse caso, seja uma inversão do padrão do “cálculo racial”, em que sujeitos brancos se autodeclaram pardos, a fim de usufruírem de um direito instituído pelas políticas afirmativas direcionado ao segmento negro da população.

No que se refere à importância do quesito raça/cor, Augusto Magno tem o entendimento de que ele existe exclusivamente para fins de estatísticas governamentais, a partir das quais se fará a mensuração da prevalência de determinadas doenças na população negra, o que, segundo ele, é importante, inclusive, devido a alguns medicamentos que são mais eficazes para negros e outros para brancos.

A produção acadêmica que se dedica ao estudo da relação entre raça e saúde tem enfatizado a inexistência de evidência científica comprobatória de que as diferenças raciais observadas em diversas doenças sejam primariamente atribuídas a fatores biológicos, da mesma forma que apontam a necessidade de se considerarem, na análise da questão racial em saúde, os fatores históricos e estruturais presentes na construção das sociedades racialmente hierarquizadas, que impactam sobremaneira no processo saúde e doença da população negra.

Dessa forma, segundo Pearce *et al.* (2004), a variável raça/cor, nas pesquisas epidemiológicas, precisa ser analisada como produto de construção social, considerando-se as especificidades que condicionam essa construção em cada sociedade. A partir disso, necessitam ser mais relacionadas aos fatores ambientais do que aos genéticos, visto que a determinação genética explica apenas uma parcela insignificante do adoecimento e mortalidade das populações.

Nesse sentido, a desconstrução da percepção essencialista da raça, em particular no campo da saúde, pode ser auxiliada a partir de evidências científicas que comprovam o equívoco da concepção de que o genótipo determina o fenótipo, visto que, embora fatores genéticos tenham influência sobre a saúde, eles representam apenas uma peça de uma engrenagem muito mais complexa e ampla. Mesmo doenças cujas etiologias estejam vinculadas a fatores genéticos, poucas são consideradas essencialmente hereditárias devido à constante interação entre genes e ambiente (ARAÚJO; *et al.*, 2009).

Pearce *et al.* (2004), em estudos realizados na Nova Zelândia, demonstraram que doenças hereditárias essencialmente genéticas são extremamente raras e representam pequena proporção da carga total de doenças, tais como fibrose cística (1/2.300 nascimentos), distrofia

muscular de Duchenne (1/3000) e doença de Huntington (1/10.000). Desse modo, a suposição de que determinadas doenças são genéticas por ocorrerem em membros de uma mesma família, pode estar mais relacionada com as condições do ambiente que determinam um estilo de vida comum, do que efetivamente com determinação de fatores genéticos.

Esses autores afirmam, também, que estudos têm evidenciado que, na determinação de adoecimento e mortalidade da população, os fatores ambientais têm-se sobreposto aos genéticos. Tal assertiva pode ser verificada ao se analisarem as tendências observadas nas taxas de mortalidade: os fatores genéticos não são suficientes para explicar diferenças raciais em saúde, visto que a melhoria nas condições de vida é acompanhada proporcionalmente pela redução de muitas doenças, sugerindo, portanto, pouca ou nenhuma influência da carga genética.

No final de sua fala, Augusto Magno ainda relativiza a importância do quesito raça/cor, porque, de acordo com sua percepção, a sociedade brasileira caminha rumo à homogeneização, de modo que a *“tendência futuramente é ficar todo mundo pardo”*. Essa afirmativa remete-nos ao final do século XIX, quando se apostava “no branqueamento da nação de forma científica ou apelando-se para a providência divina” (SCWARCZ, 2017, p. 111).

Entretanto, como já visto anteriormente, o pardo, produto da mestiçagem, a despeito de qualquer vantagem de status social que possa obter, não está livre, como grupalidade, de uma posição essencialmente equivalente ao negro: “Ambos, vítimas de igual desprezo, idêntico preconceito e discriminação e cercados pelo mesmo desdém da sociedade brasileira institucionalmente branca” (NASCIMENTO, 2016, p. 84).

Quando questionado sobre o que compreendia por raça, após um longo período de silêncio, demonstrando dificuldade na elaboração da resposta, disse: *“O que é raça pra mim? Na verdade, eu acho que a gente segue as definições do governo, né? Das instituições. Eu acho que raça é definir a etnia, a cor. A raça tá ligada à questão da cor”* (Augusto Magno).

Embora a resposta de Augusto Magno demonstre que o seu entendimento sobre raça seja determinado a partir das *“definições do governo”*, referindo-se, nesse caso, ao que é instituído na categoria raça/cor nos formulários oficiais de coleta de dados, depreende-se o conteúdo ideológico, no qual se transfere a conceituação naturalizada da ideia de raça para o fenótipo, em que a cor da pele dos sujeitos não brancos é tratada como um dado da natureza e não como um argumento ideológico. Portanto, essa abordagem naturalizada contrapõe-se ao entendimento de raça como um conceito historicamente construído.

Já Níveo Elísio, com relação à pergunta de como trabalha com o quesito raça/cor nos formulários do SUS, elabora a seguinte resposta:

Eu acho isso uma questão um pouco delicada. Normalmente mamografia, preventivo que tem notificações... Como a gente é obrigado a colocar, eu coloco, tá certo? Mas, às vezes, na mamografia ou pedido de preventivo eu não coloco normalmente, não. Eu passo! Como isso normalmente não é importante pra mim... definir isso, eu não preencho, não.

Mas quando preenche você segue a determinação da autodeclaração?

Normalmente eu coloco, tá certo? A não ser que fique na dúvida. Às vezes eu pergunto, mas não é comum eu perguntar não. Normalmente eu coloco mesmo. Não é minha intenção ser nenhum juiz racial pra definir se é preto ou branco... Mas, quando é muito óbvio, assim eu não pergunto. Se a gente sabe que pode ter uma certa confusão, eu pergunto qual a cor se considera (Níveo Elísio).

A resposta de Níveo Elísio a essa pergunta específica, como nas demais da entrevista, foi acompanhada de um perceptível incômodo com a temática racial, traduzido em evidentes manifestações de inquietação e de antecipada defensiva. Ele demonstra conhecimento a respeito da obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor, afirmando, inicialmente, preenchê-lo, para, logo a seguir, informar que “normalmente” não faz o registro por não ser algo importante para ele. Afirma, também, não seguir o critério de autodeclaração, excetuando-se os casos em que fica na dúvida com relação à raça/cor do respondente.

Ao contrário de Augusto Magno, que realiza o preenchimento seguindo a determinação da autodeclaração e verifica sua importância, mesmo que seja na perspectiva essencializada do quesito raça/cor enquanto elemento para a produção de dados estatísticos referentes à prevalência de doenças mais comuns na população negra, Níveo Elísio, nas vezes em que realiza o preenchimento, vale-se da heteroclassificação e afirma não ver nenhuma importância na variável raça/cor para a sua prática profissional.

Importante atentar para a fala de Níveo Elísio quando se refere ao fato de não ter intenção de ser um “juiz racial pra definir se é preto ou branco”, nos casos em que se sente impelido a perguntar devido a alguma dúvida com relação à raça/cor do respondente. Se, por um lado, Níveo Elísio utiliza-se do argumento da não intencionalidade de ser um “juiz racial” quando precisa dirimir sua dúvida, fica evidente que, na ausência da incerteza, é esse papel que assume ao racializar o outro na utilização da heteroclassificação.

Segundo Ruth Frankenberg, a “branquitude é um ponto de vista, um lugar a partir do qual nos vemos e vemos os outros [...] um *locus* de elaboração de uma gama de práticas e identidades culturais, muitas vezes não marcadas [...], normativas [...]” (FRANKENBERG, 2004, p. 312). A fala de Níveo Elísio desvela essa característica da branquitude que, ao funcionar como norma não marcada de uma condição racial, demarca com muita facilidade a dos outros não brancos, que, objetificados, são vistos, avaliados, nomeados e classificados.

Nesse sentido, os processos de naturalização da branquitude, além de dificultarem a autorracialização, potencializam a racialização e a conseqüente objetificação do negro, reduzido ao essencialismo da cor, que, por si só, já é um dos critérios de inclusão ou exclusão social, numa sociedade racialmente hierarquizada como a brasileira. Tal fato, agregando-se sinergicamente às práticas e aos comportamentos produzidos a partir da ideologia biomédica hegemônica, cujos alicerces ancoram-se na ciência positivista eurocêntrica branca, esvazia os espaços das relações entre médicos brancos e sujeitos negros de possibilidades reflexivas, seja com relação aos condicionamentos produzidos pelo pertencimento racial no processo saúde e doença da população negra, seja na busca de porosidades no modelo assistencial hegemônico, que possam permitir linhas de fuga em busca de melhores ações que promovam a equidade racial em saúde. Quando indagado sobre o que compreende por raça, Níveo Elísio oferece a seguinte resposta, antecedida por um longo silêncio:

Oh... difícil... Não sei... Tanta dificuldade de definição nisso... Porque acho que a gente reduzir raça só pelo tom de pele é negócio problemático. É uma coisa mais complexa... Acho que essa definição serve para outras situações do reino animal, mas acho pro humano não deveria ser uma definição a ser definida, porque não tem como definir isso [...] não tem diferença de cromossomo, na quantidade de cromossomo. A única diferença é um genezinho que resolve trocar a cor da pele [...]. Eu acho que têm algumas particularidades e tal, mas talvez seja um exagero. Sei lá!... Não sei se tem como a gente definir raça. Um negócio complicado. Eu não saberia definir isso, porque não é do meu feitio [fazer diferenciação]. Assim, o tom de pele só importa se for uma lesão de pele que eu não consigo ver pelo excesso de melanina. Você não vê uma petéquia. Isso não é importante. Eu nunca me foquei nisso [...] não acho que tem muita importância não. Paciente é paciente! (Níveo Elísio).

Com visível dificuldade diante da pergunta, Níveo Elísio produz sua resposta a partir daquilo que ele acredita não ser raça, dizendo que esse termo não pode ser reduzido à cor da pele, pela inexistência de diferenças biológicas/genéticas entre os seres humanos. Afirma reconhecer algumas “*particularidades*” dessas diferenças, porém julga ser um exagero na medida em que ele próprio não faz diferenciações. Dá como exemplo concreto a prática de avaliação dermatológica de um paciente negro, que, pelo excesso de melanina, pode desfavorecer o diagnóstico de uma lesão de pele. Se, inicialmente, demonstra o entendimento de que raça não pode ser reduzida ao “*tom*” da pele, no fim, a dimensão da cor é acionada para compor sua explicação. Importante ressaltar que, mesmo afirmando a impossibilidade de definição, o elemento cor surge, porém não de maneira genérica, mas relacionada com o excesso de melanina, o que denuncia como a branquitude, ao ser convocada a refletir sobre os

processos de racialização, promove o apagamento de sua condição, suscitando, em última instância, que quem tem raça é sempre o outro não branco.

A imprecisão e polissemia do termo “raça” e etnia, juntamente com a inexistência de elementos biológicos que permitam efetivamente definir de maneira inquestionável a raça de uma pessoa, já que menos do que características físicas ela é determinada pelo intercruzamento de aspectos políticos, étnicos e sociais, gera, inclusive nas pesquisas na área da saúde, ambiguidade conceitual, em que ora raça expressa perspectiva de construção social, ora manifesta-se como dado biológico (ARAÚJO; *et al.*, 2009).

Nesse sentido, a não familiaridade com a temática, somada à resistência que frequentemente se encontra entre os brancos para a reflexão das relações raciais, pode potencializar o já naturalizado entendimento do aspecto essencialista da raça, reproduzido em discursos e práticas da branquitude, apesar da compreensão inicial fornecida pelas ciências biológicas de que diferenças genéticas não abarcam a complexidade do conceito de raça. Assim, evidencia-se como as palavras e, conseqüentemente, os conceitos são produtos histórico-culturais reveladores de intencionalidades individuais ou coletivas que devem ser percebidas como intimamente correlacionadas à construção da realidade social (HOFBAUER, 2006). Vejamos outras respostas:

Normalmente eu não preencho, porque essa parte burocrática, protocolar, geralmente eu não preencho, e ela normalmente já chega pra gente feita. Mas normalmente eu não me lembro de nada que eu tenha que colocar [...] branco, negro, o que for [...], mas, se eu tiver que colocar, eu coloco a cor que eu vejo na pessoa, aquilo que eu vejo e, quando eu tenho dúvida, porque existem certas pessoas que você não pode colocar, eu pergunto: ‘com que cor que você se define?’. Mas eu acho que deve ter mais de um ano que eu não faço essa pergunta [...]. Pra um processo de cuidado, pra mim enquanto médica, eu não vejo nenhum problema não. Talvez pra levantamento epidemiológico faça algum sentido. Talvez pra um estudo, né? Alguma coisa voltada pra isso. Mas pra que que possa exercer uma medicina de acordo com o que eu julgo ser correta, eu não sinto falta, não. Até mesmo porque eu lido de forma muito próxima (Vitória Sá).

Vitória Sá compreende o quesito raça/cor nos formulários de atendimento do SUS como algo tão somente burocrático e protocolar, não realizando, portanto, o preenchimento. Afirma que, caso seja obrigada, por alguma situação, a realizar o registro, ela o faz utilizando a heteroclassificação, salvo em situações de dúvidas, em que pergunta ao respondente a cor com a qual se define. Não considera a variável raça/cor importante para a sua prática de cuidado, verificando alguma relevância somente para estudos epidemiológicos, os quais, segundo ela, também não interferem no exercício de seu ofício, já que tem relação muito próxima com as pessoas às quais atende.

Evidencia-se, a partir dessa fala, absoluta desconsideração da variável raça/cor, seja para a produção do cuidado, seja para práticas de equidade racial em saúde. Como já referido anteriormente, Vitória Sá, em vários momentos da entrevista, deixou evidente seu desconforto com a temática racial, reiterando, sempre que possível, seu posicionamento de indistinção entre brancos e negros. Para além de um discurso afim com a ideologia da democracia racial, pairava uma espécie de autodefesa antecipada, que, frente a uma possível ameaça de julgamento de racismo, desvelava uma constante tentativa de não implicação com qualquer possibilidade discriminatória. Se, por um lado, pode-se inferir que a tendência de não marcação da branquitude pode gerar estratégias de afastamento da realidade racial, como a crença de que “*somos todos iguais*” ou “*não vejo diferença por conta da proximidade*”, por outro, ela se revela nas brechas de inconsistência de seu próprio discurso.

Vitória Sá, em um dado momento da entrevista, para reforçar a ideia de não diferenciação entre brancos e negros em sua vida social, lembra um caso em que, ao buscar seu filho na casa de um amigo, em um condomínio fechado da classe média alta da cidade, surpreendeu-se ao perceber que se tratava de uma família de negros. Diz ter perguntado ao filho o porquê de nunca ter comentado sobre a pertença racial do amigo, tendo recebido como resposta uma outra pergunta: “*Qual a razão de comentar?*”. Embora esse caso tenha sido relatado com o intuito de ratificar vivências interracialis harmoniosas e não hierarquizadas, nele se desvela que a diferença somente não é marcada quando o negro se encontra no lugar naturalizado da subalternidade imposta por uma pertença socioeconômica inferior. Longe de ser um pequeno detalhe, tal caso denuncia como a branquitude opera na produção e reprodução de discursos e comportamentos racializantes, muitas vezes inconscientes, porém sempre veiculados pelos valores da ideologia da supremacia racial branca, que, por ser a norma, pretende-se invisível.

Entretanto, essa invisibilidade precisa ser relativizada, visto que ela é seletiva e circunstancial. A branquitude pode ser invisível para alguns brancos, entretanto, para os negros, que historicamente dela são vítimas, ela explode na retina e se faz sentir de maneira concreta nos cotidianos das relações raciais, como denuncia Frankenberg (2004):

Enquanto isso, fico impressionada com a extraordinária facilidade com que alguns indivíduos (especialmente brancos) conseguem resvalar da consciência da branquitude para a falta dela e, num correlato desse resvalo, da consciência para a inconsciência da raça e do antirracismo para o racismo, seja de um ano para outro, de uma situação para outra, ou de uma frase para outra (FRANKENBERG, 2004, p. 313).

Nesse sentido, pode-se inferir que a não valorização da variável raça/cor por parte dos médicos de família brancos nos seus atendimentos dos sujeitos negros, bem como a heteroclassificação apenas como cumprimento a uma exigência meramente burocrática podem configurar-se como desdobramento do caráter lábil da branquitude, que, em seu estado circunstancial de silenciamento, como já falado anteriormente, suprime a possibilidade de olhar para si, naturalizando diferenças, aniquilando a alteridade e, conseqüentemente, perpetuando os padrões de desigualdades raciais e seus efeitos materiais e discursivos. Vejamos outra fala semelhante:

Às veze, nem pergunto pra pessoa, ou às vezes, nem preencho [...] porque vai passando e eu vou pegando o principal: nome, etc. É por uma questão de rapidez e aí eu acabo deixando de lado, não só esse quesito, mas outros também. Mas, se eu tivesse que preencher, eu não perguntaria, seria na minha percepção, o que eu sei que é errado [...]. Por eu não prestar muita atenção nele, eu não vejo muita importância [...] talvez por eu não sofrer essa... [não completa a frase]. Eu sempre priorizo a necessidade. Eu não consigo enxergar que eu tô atendendo um negro ou que eu tô atendendo um branco, ou que eu tô atendendo amarelo. Talvez existam diferenças em outros atendimentos, talvez em outras situações, mas na minha, dentro do meu consultório, o que eu vejo são as necessidades (Alana Lins).

Alana Lins, como Vitória Sá, não vê importância na variável raça/cor, dizendo não fazer o preenchimento do quesito no formulário, mas, caso tivesse que realizá-lo, seria pela heteroclassificação. Importante notar que, quando justifica a não valorização por não ser algo que lhe chama a atenção, não completa a frase, deixando uma discreta lacuna silenciosa, observada também em falas de outros profissionais, de forma que esse não dito supostamente poderia emitir significado de preconceito, discriminação ou racismo. Embora não seja efetivamente possível afirmar a intencionalidade de Alana Lins, infiro, particularmente a partir de todas as manifestações não verbais presentes ao longo da conversa, que esse breve hiato em sua resposta pode representar o vestígio de um “olhar para si” da branquitude, no reconhecimento de seus privilégios materiais e simbólicos, numa sociedade racialmente hierarquizada.

A frase não terminada, com aquilo que me deixou como subentendido, poderia ser demonstração do poder da branquitude em suas estratégias de silenciamento e no pacto de resistência a qualquer investimento no reconhecimento do seu papel na produção e manutenção de relações raciais hierarquizadas. Reforça minha inferência o fato de que esse possível vestígio de reconhecimento do lugar de privilégio foi imediatamente substituído pela justificativa de priorização de necessidades, afirmando não conseguir enxergar diferenças de cor nos atendimentos que realiza. Alana Lins ainda reconhece que tais diferenças de atendimento por

conta da cor podem acontecer em outras situações, mas nunca nas suas relações com sujeitos não brancos em seu consultório.

Como demonstra Bento (2002), independentemente do grupo de brancos a que estamos nos referindo, com suas específicas concepções, práticas políticas e lugares sociais, há uma característica comum que os une, particularmente quando tentam explicar as desigualdades raciais. Segundo a autora, é como se fosse um acordo tácito produzido pela branquitude, que faz com que os brancos não se reconheçam como parte da produção do racismo e da permanência das desigualdades raciais. É esse “pacto narcísico” que leva os brancos a advogarem a favor de valores democráticos e igualitários, a aceitarem as injustiças sobre aqueles que não são seus pares, ou a compreenderem-nas como algo externo a eles, que pode acontecer “em outras situações”, das quais não fazem parte:

A explicação desses vieses [...] diz respeito à necessidade do pertencimento social: a forte ligação emocional com o grupo ao qual pertencemos nos leva a investir nele nossa própria identidade. A imagem que temos de nós próprios encontra-se vinculada à imagem que temos do nosso grupo, o que nos induz a defendermos os seus valores. Assim, protegemos o ‘nosso grupo’ e excluimos aqueles que não pertencem a ele (BENTO, 2002, 1.411 – *E-book* Kindle).

Ao afirmar que não consegue enxergar as diversas “cores” nos seus atendimentos, importando-lhe as necessidades, Alana Lins, além de utilizar o recurso da homogeneização como estratégia do pacto narcísico, desconsidera que as necessidades dos sujeitos, seja pela produção do desejo seja por qualquer forma de carência, são produtos de complexas interconexões das subjetividades constituídas a partir dos diversos pertencimentos de classe, gênero, sexualidade, cultura e raça. Assim, na perspectiva de Alana Lins, corre-se o risco de o esquadramento das necessidades ficar encapsulado em um universo restrito, no qual a única referência possível para julgamento seja a fundamentada em seus próprios códigos de valores. Desse modo, o campo da relação médico de família e “paciente” negro fica esvaziado das possibilidades de apreensão da real dimensão da vida do sujeito não branco e, conseqüentemente, o que seria efetivamente necessário para suprir suas reais necessidades, sobretudo na perspectiva de promoção de ações mitigadoras das desigualdades injustas a que ele está submetido. Alana Lins, quando questionada sobre o que compreende por raça, responde:

[...] A raça é humana. Raça a gente tem do cachorro: o cachorro pequenez, o pastor alemão. O que eu vejo é cor. Dentro do consultório, eu não vejo nem a cor, eu vejo é a necessidade. Então raça, até se tem esse contraponto aí se existe raça ou não, porque raça pra mim é humana e acabou (Alana Lins).

Alana Lins, mais uma vez, utiliza-se do argumento homogeneizador, afirmando primeiramente que a raça é humana. Porém, talvez por uma incerteza dessa afirmativa, diz que esse conceito só caberia no universo canino e o que vê é a cor dos sujeitos. Entretanto, imediatamente se contradiz, quando fala que, no consultório, nem a cor vê, mas tão somente a necessidade. No final, retorna ao seu posicionamento da universalidade da raça humana.

A despeito da efetiva polissemia e confusão envolvidos no conceito de raça, a fala de Alana Lins não traduz nem uma perspectiva biológica tampouco a de construção social da raça, permanecendo no campo da generalização de que “*todos somos iguais*”. Se, por um lado ela resvala de não objetificar o negro, por fugir da afirmativa inicial de que veria somente a cor, por outro, sua imprecisão e confusão na tentativa de explicação demonstra que efetivamente a resposta pode ter mais um caráter defensivo, no sentido de reproduzir o silenciamento, a omissão ou a distorção em torno do lugar do branco nas relações raciais, tão peculiar da branquitude, do que realmente convicção com relação à sua resposta.

As respostas de outros participantes às perguntas sobre o quesito raça/cor dos formulários do SUS, bem como a referente ao entendimento de raça, variaram muito pouco em seus conteúdos, entretanto possibilitam outras reflexões importantes para o objetivo desta pesquisa. Vejamos algumas delas:

Às vezes, eu pergunto: ‘Aqui, eu tenho que colocar qual é o seu tipo de pele. O que você quer que eu coloque? Você é negra, parda, branca, o que você quer que eu coloque?’ [...] Na maioria das vezes, eu pergunto, mas se eu achar que é negra, negra mesmo, eu já coloco, entendeu? Mas se eu ficar na dúvida, eu pergunto. Pardo eu quase nunca coloco porque eu não sei bem o que que é. Quando minha filha nasceu [...], meu marido é mais branquinho que eu [...], eu tenho a pele branca, minha mãe tem uma pele mais morena, e o meu pai era aquele branco de olho verde. Então, lá em casa, todo mundo é branquinho. Aí, a minha filha nasceu branquinha. Aí, a moça veio [profissional de saúde da maternidade] fazer aquela lista [formulário]. Aí ela colocou parda. Aí eu falei: ‘Ó moça, eu acho que a minha filha é branca, não é parda. Por que você colocou parda?’ ‘Ah... não sei, eu coloquei parda...’. Aí, eu falei: ‘Então, moça, coloca branca!’ ‘Não posso, não, porque eu tenho que trocar todo o formulário’. Aí eu falei: ‘Então você troca, moça, porque você nem me perguntou e já preencheu pra mim’. Aí ela trocou, sabe? Aí eu falei que ela era branca, mas só por tonalidade mesmo. Por achar que ela é branquinha, porque o cabelinho dela é até meio loiro [...]. Só se for talvez importância epidemiológica mesmo, porque assim como a gente tem essa questão social, às vezes da raça negra ser uma raça menos favorecida pela questão da escravidão, pela questão do preconceito [...] um nível social mais baixo, talvez assim pra ver o acesso ao serviço, entendeu? Outra pergunta que você fez que eu nunca parei pra pensar [...] a raça a gente só preenche. Você não para pra pensar (Valentina Luz).

A resposta de Valentina Luz sobre como trabalha com a variável raça/cor no seu cotidiano de trabalho – faz a pergunta somente quando tem dúvida sobre o “*tipo de pele*”, explicando ao respondente as alternativas que constam no formulário –, como já observado em outras falas, utiliza a palavra “negro” em substituição à cor preta. Outra observação importante está na afirmação de que faz a heteroclassificação quando tem certeza de que o respondente é negro e que, no caso dos pardos, por não saber “*bem o que é*”, “*quase nunca*” faz o registro sem perguntar. Importante ressaltar a absoluta invisibilidade das outras categorias de raça/cor na fala de Valentina Luz, o que desvela, mais uma vez, forte tendência da branquitude em se estabelecer como norma não racializada, mas que tranquilamente promove a racialização de todo sujeito não branco, processo que se torna progressivamente mais fácil, na medida em que a gradação da cor da pele se aproxima da cor preta.

Todavia, se, por um lado, Valentina Luz tem dúvidas com relação ao que vem a ser pardo, por outro, seu relato sobre o nascimento de sua filha, quando uma profissional da maternidade registrou-a como parda, demonstrou muito bem saber o que não é pardo, ao reivindicar a modificação no formulário para a cor branca, visto que houve heteroclassificação equivocada, segundo suas próprias palavras. O objetivo aqui não é questionar a insatisfação de Valentina Luz frente ao fato de a profissional da maternidade não lhe ter perguntado sobre a raça/cor de sua filha, muito menos de sua exigência na mudança da cor no formulário, mas tão somente chamar atenção para o fato de que o processo de racialização pela heteroclassificação somente se torna um problema quando objeto do olhar do outro é o branco, sobretudo em um caso como esse, em que a cor atribuída foi distinta daquela que se estabelece como norma na sociedade. No momento em que houve a desestabilização da norma, a branquitude de Valentina Luz deixou de ser uma identidade não marcada, saindo da invisibilidade para reivindicar sua condição racial, como a de sua filha.

Schucman (2014), referindo-se à obra de Guerreiro Ramos (1957) – *A patologia social do “branco” brasileiro* –, demonstra que tanto o racismo quanto a ideologia do branqueamento trouxeram consequências indeléveis para a população branca brasileira. Subsumida aos significados positivos produzidos pela branquitude do ideal de beleza e da estética branca, e aos negativos referentes à estética e à cultura negra, o branco brasileiro, a despeito de sua ascendência miscigenada com os negros, cultural ou biologicamente, sente-se constrangido, como se essa proximidade representasse uma ignomínia à sua condição, cuja única ancestralidade aceitável é a europeia branca, a qual enaltece e da qual afirma fazer parte inteiramente. Tal ideia da superioridade da identidade branca é fundamental para a compreensão de como os processos classificatórios da raça/cor se construíram na sociedade

brasileira e como ainda permanece imiscuído no imaginário brasileiro, influenciando os olhares que determinam a hetero e a autoclassificação racial.

Para além de um simples processo, a investigação da variável raça/cor no Brasil, realizada a partir dos inquéritos que alimentam os sistemas de informações oficiais e, no nosso caso de interesse, os da saúde, sofre significativa influência, tanto da composição da população em que a variável raça/cor será pesquisada, quanto dos significados atribuídos a essa variável. Nesse sentido, Piza e Rosemberg (2016) afirmam que, em uma população miscigenada, como a brasileira, as respostas referentes ao quesito cor podem refletir tão somente os significados sociais atribuídos à cor pela população, seja para aqueles que investigam, seja para aqueles que respondem. Estes, podendo falsear a informação no sentido de se afiliarem ao grupo de maior prestígio social, e aqueles que coletam o dado, caso seja pela heteroclassificação, identificando grupos em ascensão ou descenso a partir de uma “cor social”.

Esse “cálculo racial” na abordagem da variável raça/cor evidencia seus maiores conflitos na medida em que, dentro do contínuo de cores da população, surge o grupo de pardos, para os quais a variação de pertencimento racial parece ser maior. Tal fato fica evidenciado a partir de várias falas dos participantes, exatamente pela influência dos significados sociais da cor, em particular no que se refere ao grupo miscigenado, cuja fluidez no trânsito das linhas de cor estabelece ampliação dos limites do universo classificatório.

Piza e Rosemberg (2016) demonstram que os problemas relacionados à categoria pardo nascem junto com a criação do termo, que foi usado pela primeira vez no censo de 1940, abarcando todas as pessoas que não se enquadravam dentro dos três critérios de classificação (branco, preto, amarelo), incluindo aquelas consideradas “caboclas”, descendentes da miscigenação entre índios e brancos, como também aqueles casos em que o investigador percebia impossibilidade de classificação. Nesse sentido, se, por um lado, o grupo de pardos surgiu como uma tentativa de aglutinar a pluralidade de termos utilizados pela população brasileira para a caracterização dos diversos fenótipos produtos da miscigenação, por outro, adquiriu, na perspectiva de pertença racial, caráter de repositório genérico de sujeitos “inclassificáveis”. Esse fato corrobora a complexidade e a limitação do nosso sistema de classificação racial.

Em resposta à pergunta referente ao valor da variável raça/cor para a sua prática, Valentina Luz oferece visão distinta da dimensão racial na saúde até então apresentada, que se reduzia à evidência epidemiológica de doenças mais prevalentes na raça negra, apresentando uma perspectiva da condição racial como determinante do processo saúde e doença, seja pela maior vulnerabilidade socioeconômica do segmento negro da população, seja pelo

“preconceito” a ele direcionado, fazendo referência à escravidão. Valentina Luz, embora não tenha elaborado uma resposta mais aprofundada, localizou a condição racial do negro como determinante para a desigualdade no que se refere ao acesso aos serviços, fato que denuncia apenas um dos diversos critérios de iniquidades raciais em saúde, mas que, por si só, já permite constatar a dimensão da gravidade desse problema.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 forneceu dados segundo os quais a população negra tem menos acesso à saúde se comparada com a população branca. A proporção de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses, antes da finalização da pesquisa, foi maior entre pessoas brancas (74,8%) do que entre pretas (69,5%) e pardas (67,8%). Sendo a média nacional de 71,2%, percebe-se que pessoas negras (pretos e pardos) estão abaixo da média quanto ao acesso à consulta nos últimos 12 meses. Já quanto à consulta odontológica, 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% (IBGE, 2015).

Embora Valentina Luz não tenha conhecimento dessas estatísticas, o fato de considerá-las relevantes já demonstra inflexão no padrão das respostas, o que é essencial para a construção de um processo reflexivo sobre a temática, podendo-se desdobrar para a compreensão da complexidade não só das relações raciais e do jogo de poder ideologicamente construído pela branquitude que estruturam tais relações, mas também dos impactos negativos produtores das iniquidades raciais de forma geral e na saúde em particular. Esses processos construídos historicamente se fazem presentes de forma concreta na vida de negros e negras no Brasil, mas ainda são desconhecidos por significativa parcela de brancos, como revela a fala de Valentina Luz no final de sua resposta: “*a raça a gente só preenche, você não para pra pensar*”. Já ao que se refere à pergunta sobre o que entende por raça, Valentina Luz forneceu a seguinte resposta:

Raça? [risos]. Deixa eu pensar! [...] Pra mim são as tonalidades de pele mesmo. Você tá fazendo umas perguntas que eu não paro pra pensar. Eu não sei se é porque a gente não sofre preconceito, né? Por ser branco [...] não ser negro. Não sei se é por isso que a gente não para pra pensar, né? Mas raça pra mim tem a tonalidade [...], é a origem da pessoa, de onde ela veio [...], ou então cultura, porque a cultura também influencia, né? (Valentina Luz).

A resposta de Valentina Luz foi antecedida e entrecortada por risos, denunciando reação frente ao inusitado da pergunta. Logo de início, ela aciona a carga ideológica envolvida no conceito de raça, em que a cor da pele e o fenótipo foram determinantes para a construção da ideia

essencialista do termo e permanecem fortemente impregnadas no imaginário popular. Relevante destacar que Valentina Luz percebe como dificuldade na elaboração da resposta o fato de não parar para pensar no tema, acessando como justificativa o motivo de ser branca e, diferente do negro, não sofrer preconceito. Diferente da fala de Alana Lins, a partir da qual inferi que estivesse subentendida a pretensão de usar a justificativa de não sofrimento de preconceito por ser branca, para não valorizar a variável raça/cor, Valentina Luz deixa explícita sua racialidade como lugar de privilégios materiais e simbólicos, protegido das diversas formas de opressão produzidas pelo racismo. Ao compreender raça como algo que está para além das “*tonalidades da pele*”, fazendo referência à origem e à cultura como elementos que constituem o conceito de raça, ela avança e rompe com a visão essencialista, aproximando-se da perspectiva da construção social.

Lívia Rosa, outra participante da pesquisa, também trouxe em suas respostas outros elementos importantes para análise. Quando indagada sobre como trabalha com o quesito raça/cor, respondeu que sempre utiliza o critério determinado pelo Ministério da Saúde de autodeclaração. Afirma, inclusive, que, nos casos de formulários que já chegam com o quesito raça/cor preenchidos por outros colegas de trabalho da unidade de saúde, repete a pergunta a fim de verificar a fidedignidade a partir da percepção do usuário. Quanto à importância dada à variável raça/cor, responde:

Tem a importância vamos dizer, assim, epidemiológica dentro de algumas patologias que são prevalentes dentro desse recorte. E eu acho muito também do que essa pessoa se dá. Aí, eu acho a questão da identidade, da ancestralidade, da pessoa se identificar, se reconhecer como sendo daquela raça e valorizar aquilo. Porque nós temos essa questão no Brasil que é muito forte. Porque, quando a gente coloca a questão de que é autodeclarada, muitas pessoas não querem se autodeclarar negras [...], porque não é bom ser negro no Brasil. Então, pra mim, tem essa questão quando você joga pra pessoa se autodeclarar. Mas eu acho que isso vem mudando por conta das políticas afirmativas. Mas ainda tem algumas pessoas que ficam desconfortáveis pra responder [...]. Eu não fico desconfortável para perguntar (Lívia Rosa).

Embora Lívia Rosa não deixe de reconhecer a importância epidemiológica para a verificação da prevalência de doenças mais comuns na população negra, sua resposta traz à tona a questão da autoafirmação identitária dos sujeitos não brancos como algo de fundamental importância. Tal consideração é de significativa relevância, sobretudo no Brasil, onde a ideologia do branqueamento, produzida e complementada por outros dispositivos de poder provenientes da branquitude, faz com que as pessoas não queiram declarar-se como negras, visto que “*não é bom ser negro no Brasil*”.

Apesar de Livia Rosa, por um lado, reconhecer que “*muitas pessoas não querem se declarar como negras*”, por ser “*essa questão no Brasil muito forte*”, por outro lado, não esclarece o que seria “*essa questão*”. Nesse sentido, não foi possível apreender, por sua fala, a partir de quais fundamentos se assenta sua percepção sobre a “*questão*” que leva alguns não brancos, além de não quererem autodeclarar-se como negros, ficarem desconfortáveis diante da pergunta sobre a variável raça/cor. Infiro que a afirmação de Livia Rosa de que “*essa questão no Brasil é muito forte*” esteja referindo-se ao racismo, ainda que, de fato, sua resposta não o aborde diretamente. Além disso, reproduz a tendência de centralização da problemática racial no negro, seja pela proposição da importância da afirmação identitária, seja pelo reconhecimento da dificuldade de alguns negros de se identificarem como tal.

Se, por um lado, há uma referência da importância da afirmação identitária negra, por outro, tal alusão esvazia-se de sentido na medida em que não é explorada no contexto das relações raciais que promovem verdadeiros embargos aos não brancos no processo de afirmação de suas identidades. Processo este que se forja, entre outros fatores, no permanente silenciamento em torno da identidade racial branca, que, como a negra, é produzida secularmente na relação de poder com os não brancos, a partir da qual se constroem subjetivações positivas para os primeiros e negativas para os últimos, que, em muitos casos, são sequestrados pela ideologia do branqueamento.

No que se refere à questão do branqueamento, Bento (2016) demonstra que, longe de se considerar a implicação do branco na construção dessa ideologia, o negro é o elemento responsabilizado, como se seu desconforto e descontentamento com a sua condição racial fossem inatos, da mesma maneira que seria o seu desejo de identificação com o branco, a partir do qual se produziria a miscigenação como estratégia para “*purificação da raça*”. Nesse sentido, o papel do branco, sistematicamente reproduzido, seria tão somente o de referência universal de humanidade, bem como estética, moral, civilizatória, intelectual, política e econômica, mas também, conseqüentemente, objeto de desejo e inveja dos demais grupos raciais.

Tomando esse universo de referências e instituindo-as como verdades, a elite branca brasileira, ao consolidar progressivamente essa apropriação simbólica, fortaleceu a autoestima de seu grupo de pertença, em detrimento do segmento não branco da população, cujo legado foi o produto de representações negativas no imaginário coletivo, criadas estrategicamente de forma a legitimar a supremacia econômica, política e social dos brancos. Assim, ao negro restou sua identidade solapada, sua autoestima dilacerada, sua história apagada, além da culpa pela discriminação e desigualdade racial das quais são vítimas (BENTO, 2016).

Pela fala de Livia Rosa afirmo que, apesar da importância da construção e da afirmação identitária pelos negros para a luta antirracista, a análise da construção da identidade negra não está na centralidade de meu interesse para esta pesquisa, visto pretender investigar a branca, particularmente pelo seu caráter de pretensa invisibilidade, que bem se pôde constatar ao longo deste trabalho. No entanto, é importante ressaltar que as identidades raciais, como aponta Schucman (2014), são sempre construídas em uma perspectiva relacional, em universos de tensões e disputas, em que há uma contínua conscientização de um “nós” em oposição a um “outro”. Assim, a branquitude é forjada historicamente na relação com o não branco.

Nesse processo de construção permanente, as especificidades das experiências pessoais determinam a maneira como os indivíduos constroem suas referências de mundo, incluindo aquelas através das quais eles podem reconhecer-se como individualidade, ou seja, referências coletivamente compartilhadas a partir das quais os sujeitos se organizam a si mesmos e suas relações com o mundo. Dessa forma, como aponta Ferreira (2009), as construções das experiências dos indivíduos desenvolvem-se com estruturas de significados que operam como um sistema de vários constructos, sendo a identidade um dos principais, determinantes para a constituição e manutenção do próprio sistema.

Logo, a branquitude foi construindo-se sócio-historicamente a partir dessas estruturas de significados que estabeleceram o lugar de poder, de norma e de referência cultural, estética, civilizatória, política e econômica, isto é, trata-se de um constructo ideológico cuja base fundante ancora-se na relação de poder hierárquica historicamente estabelecida com o não branco. Porém, é importante ressaltar, como demonstra Ferreira (2009), que nenhuma construção identitária é estanque no tempo, estando sempre em pleno processo de transformação, cujas mudanças vêm sempre associadas à modificação de referências e a novas construções de realidade por parte dos indivíduos, e determinada por sua participação em certos processos provocadores de impacto existencial. Aqui reside a importância de investimento nos estudos da branquitude, no sentido de não somente racializar o branco e implicá-lo nas relações raciais, mas provocá-lo para construção de novas realidades que possam romper com a lógica imposta pela supremacia racial branca.

Para responder ao que entende por raça, Livia Rosa, além de recorrer à dimensão identitária e à ancestralidade, fazendo distinção entre raça e cor, apresenta a perspectiva da cultura como determinante para a construção da raça como elemento de diferenciação dos sujeitos e critério de inclusão e exclusão social.

Difícil, né? Porque tem a questão de raça e cor. São coisas que são diferentes, né? Mas eu acho que tem a ver com identidade... Eu acho que é uma coisa que é colocada pra gente culturalmente também [...] que tem a separação, que tem a diferenciação. Aí vem a questão da ancestralidade também, que eu acho que tá envolvida no conceito. Mas eu acho que tem uma questão da percepção, da identidade, com o que você se identifica (Lívia Rosa).

Dentro daquilo que é de interesse para o objeto desta pesquisa, refletir sobre a questão da identidade é de fundamental importância, visto que, de maneira geral, nos espaços de discussão sobre as relações raciais, a centralidade da problematização identitária recai sobrejamente sobre o negro. Isso fica patente nas diversas falas dos médicos de família, que a todo momento polarizam suas reflexões sobre a temática apenas na perspectiva do não branco. Como na resposta de Lívia Rosa que, mesmo afastando-se da visão estritamente essencialista, ao utilizar os termos “identidade”, “percepção”, “cultura” e “ancestralidade”, tem como referência não o branco, mas o não branco em todas as suas variações fenotípicas. A fala de Taís Lucinda é bem elucidativa quanto a essa proposição: “*Raça envolve cultura, envolve até a inserção da pessoa no meio. Não fico só pensando na cor não, tá? [...] todas as coisas anteriores que você tinha, da África, das culturas, da comida*” (Taís Lucinda).

Como Lívia Rosa, Taís Lucinda, além de não compreender raça tão somente como cor da pele, faz menção à África, especificamente à cultura e ao que se lembra da influência da “comida” africana na nossa sociedade. Fica evidente, portanto, que todas as concepções de raça – às vezes de maneira sutil, outras de forma concreta, seja nas falas de perspectiva mais essencialista, seja nas mais próximas da visão de construção sócio-histórica do termo – traduzem a ideia de expectador, ou seja, daquele que, ao enxergar o outro, define-o, nomeia-o e classifica-o.

Esse outro não branco, cuja identidade é produzida em meio às tensões cotidianas de relações de poder absurdamente desiguais, a partir do desprezo e de tentativas de silenciamento e desqualificação opressivos, tem sua dignidade sequestrada e, sendo assassinado real e simbolicamente, tem ceifada tanto a vida quanto a condição de vivê-la no mais pleno gozo da liberdade. Relação esta em que o polo da força, ao mesmo tempo em que restringe as oportunidades de uma construção identitária positivada para os destituídos de poder, constrói e fortalece a sua própria, tendo, inclusive, a possibilidade de mantê-la numa espécie de limbo, a partir do qual se revela ou não, dependendo dos interesses envolvidos.

7.3.3 Os determinantes sociais e as determinações sociais da saúde da população negra

Ao avançar nas entrevistas, após abordar as questões referentes ao entendimento e à prática do cuidado e da equidade em saúde, bem como à compreensão sobre raça e a maneira como valorizam e trabalham com a variável raça/cor nos formulários do SUS, entrei no campo específico da determinação social da saúde da população negra, inquirindo os médicos de família sobre o que percebiam como determinações sociais no condicionamento do processo saúde e doença do segmento não branco da população, que com eles se relaciona nos cotidianos de produção do cuidado. Apresento algumas dessas falas:

Moradia, transporte [...] a falta de acesso à educação é muito complicada, porque eles vão até uma faixa e de repente eles abandonam, tá? Então tem o problema da educação, no acesso à educação [...] uma evasão escolar. Você não consegue manter essas pessoas. A falta de emprego... A gente tem muitos jovens, uma faixa etária que saíram da escola [...] eles ficam na rua [...] eu não sei se você percebeu aqui, em cada esquininha, você tem dois, três desempregados, mas desempregado oficialmente, porque eles são do tráfico, emprego do tráfico. Acabam recebendo uma grana pra ficar aí como 'muleira' [...] E fora lazer, né? Que é uma coisa muito importante (Taís Lucinda).

Pobreza, falta de acesso ao emprego [...] a falta de oportunidade. O tráfico levava esses meninos cedíssimo... Aí, o único exemplo que eles tinham era esse... era o tráfico... E aí, o de 10 anos já entrava... porque o de 15 já tinha morrido, foi assassinado, e o de 20 era o dono da boca também, passava para o de 15 e ia subindo o cargo, e era isso que eles viam... a falta de acesso (Alana Lins).

Questão econômica [...] que envolve desemprego, renda baixa, um grande número de filhos... Eu vejo famílias maiores [...], sem recurso, mas numerosas... Até não consigo entender, ter baixas condições e ter tantos filhos [...] falta de orientação não é. As negras costumam ter mais filhos, mas eu não sei o porquê. Não porque por ser negro não podem ter mais filhos, em todas as situações eu me questiono [...]. Outros determinantes: questão de educação, porque isso contribui [...], porque às vezes, pra você, continuar ou não o tratamento, você precisa entender, né? Isso leva à negligência do tratamento, alguns não continuam, às vezes não sabem ler [...], tipo de moradias precárias, às vezes de risco [...], a gente tem bastante famílias na parte mais de morros, aqui onde tem boca de fumo e tem outros agravantes também [...], já se torna uma questão de risco para o uso de drogas estar convivendo com aquilo ali (Clara Carolina).

Acho que a questão que, às vezes, pega mais mesmo é a questão financeira. O que eu vejo mais é a questão socioeconômica que interfere muito. A questão de acesso à escola [...], desemprego [...], a informalidade do trabalho, trabalho mais braçais, que é uma questão que eu vejo que gera adoecimento (Lívia Rosa).

As respostas de Taís Lucinda, Alana Lins, Clara Carolina e Lívia Rosa sobre o que seriam as determinações sociais do processo saúde e doença dos negros e negras que atendem evidenciam que o problema econômico é o principal determinante social de saúde desse segmento populacional. Suas falas revelam o deslocamento das determinações sociais para os determinantes sociais, visto que tão somente reproduzem, de maneira pontual e não reflexiva, aquilo que é posto no senso comum, que correlaciona, de forma ampla e irreflexiva, o negro com a pobreza. Longe de não refletir nossa realidade social, visto que a pobreza no Brasil tem cor preferencial, que não é a branca (OXFAM, 2018), o problema está no reducionismo da questão à ordem avaliativa, que desconsidera a complexidade relacionada com a estratificação das classes sociais, que, decerto, não se fundamenta tão somente na mensuração da renda dos sujeitos. Aqui, depara-se com a sequela produzida no imaginário coletivo, tanto pela ideologia da democracia racial brasileira, quanto pela estratégia da branquitude, em naturalizar hierarquias, sobretudo quando tais naturalizações auxiliam no silenciamento das implicações que a supremacia racial branca tem na produção e manutenção das desigualdades raciais:

O racismo, tal como atuante no Brasil, também atua mediante a tentativa de negar a existência de problemas sociais aos grupos discriminados decorrentes da discriminação étnico-racial. Ou seja, neste caso, as dificuldades destes grupos passam a ser entendidas como inexistentes ou geradas por fatores outros que não o próprio modelo das relações sociais existentes. Assim, ao olhar deste tipo de agente discriminador, a perpetuação das desvantagens de um contingente perante os demais se naturaliza, passando a ser compreendida como supostamente inevitável tendo vista serem decorrentes ou do distante passado histórico, ou por problemas sistêmico-estruturais em geral ou por falhas no funcionamento do mercado (PAIXÃO, 2009, p. 23).

Logo, não se trata de desprezar na análise das desigualdades raciais as dimensões históricas, sistêmicas ou estruturais, inclusive aquelas que dizem respeito mais diretamente aos mecanismos sociais que determinam as distinções econômicas, mas incorporar, no intento avaliativo, a perspectiva microssociológica, que reconhece o planos do simbólico e do subjetivo na conformação das relações humanas e sociais. Nesse sentido, para ampla compreensão, seja dos DSS, seja das determinações sociais para o processo saúde e doença da população negra no nosso país, é imperativo contextualizar o padrão de relacionamentos sociorraciais, o qual está completamente submerso no seio de uma ideologia racista, que se construiu a partir da utilização dos fenótipos distintos de indivíduos e grupos da sociedade, delegando a eles prestígios e estigmas inferiorizantes, a depender da marca racial em questão (PAIXÃO, 2010).

A avaliação da classe social, considerando o poder do simbólico na dinâmica social, é explicada sinteticamente a partir da seguinte proposição:

Uma classe não pode jamais ser definida apenas por sua situação e por sua posição na estrutura social, isto é, pelas relações que mantêm objetivamente com as outras classes sociais. Inúmeras propriedades de uma classe social provêm do fato de que seus membros se envolvem deliberada ou objetivamente em relações simbólicas com os indivíduos das outras classes, e com isso exprimem diferenças de situação e de posição segundo uma lógica sistemática, tendendo a transmutá-las em distinções significantes (BOURDIEU, 2004 *apud* PAIXÃO, 2009, p. 22).

Nesse sentido, na dinâmica social, a dimensão simbólica está essencialmente ligada às estruturas econômicas e políticas, de onde se estabelece uma relação em que tal dimensão simultaneamente se retroalimenta e usufrui de autonomia própria. Assim, o racismo à brasileira, por se fundamentar no critério fenotípico, vai tecendo-se e fortalecendo-se a partir das relações assimétricas de poder que se constituem no bojo da sociedade, alimentadas pela formação de mecanismos de prestígio social, que privilegiam os sujeitos fenotipicamente brancos, estabelecendo disparidades no acesso às oportunidades de mobilização social ascendente e aos direitos sociais. Da mesma forma que se produz a partir das estruturas sociais inscritas no aparelho do Estado, dos segmentos do setor privado, dos meios de comunicação, das escolas, que ratificam e legitimam as desvantagens estruturais daqueles cujo fenótipo difere do grupo branco hegemônico (PAIXÃO, 2010).

Logo, a compreensão dessa coerência entre as linhas de cor e classe no Brasil precisa estar amparada em um exercício reflexivo que rompa com a visão de unicausalidade naturalizada e centrada exclusivamente na perspectiva econômica, no sentido de alcançar o entendimento de que tais linhas se reforçam mutuamente de maneira contínua na construção dos relacionamentos sociorraciais.

Todos os participantes, ao elaborarem suas respostas, incluindo aqueles que apontaram o “preconceito” racial como determinante social do processo saúde e doença da população negra, acabaram, no fim, por subsumir a questão ao campo do econômico. A inexistência de qualquer aprofundamento reflexivo ou contextual demonstra que os médicos de família brancos entrevistados reproduzem discursos sobre os DSS, reduzindo-os às variáveis ou fatores causais dentro do modelo interpretativo que trabalha com ações de governança limitada e funcionalista. Isso se explica pelo entendimento predominante de que a superação das desigualdades sociais em saúde restringe-se ao plano da melhoria das condições de vida e da repartição de recursos. A saúde, nesse sentido, como explicam Breilh (2013) e Arellano, Escudero e Carmona (2008), é compreendida limitadamente como um bem de justiça distributiva, cuja responsabilidade deve ficar exclusivamente a cargo do Estado.

A partir das considerações anteriores, na seção em que discorro sobre as críticas aos pressupostos positivistas que fundamentam o modelo de DSS adotado pela OMS, pode-se inferir que tais pressupostos determinaram a confusão lexical entre determinante social e determinação social observada nas falas dos médicos de família, na elaboração de suas respostas referentes ao que percebem como determinação social de saúde da população negra. Isso porque, nesse modelo de DSS, o campo do social torna-se passível de isolamento pela possibilidade de caracterizá-lo, limitá-lo e, conseqüentemente, decompô-lo em tantos estratos, camadas, fatores, quantos forem necessários para o empreendimento de estudos e organização das relações de causalidade com os fenômenos da vida, entre eles, o processo saúde e doença de negros e negras em uma sociedade hierarquizada pelo racismo.

Pode-se inferir, também, que a visão fragmentada e irreflexiva dos médicos de família sobre as determinações sociais de saúde deva-se à inexistência de uma formação médica que rompa com o modelo biomédico tecnicista, para o qual a primazia do binômio patologia/conduita limita a inserção de outros campos de saber, especificamente das ciências sociais. A inserção de outras áreas de conhecimento, que não a estritamente biomédica, poderia contribuir para a desconstrução da ideia do social como dimensão externa ao indivíduo e à saúde, visão que contribui para estabelecer e reforçar dicotomias entre o indivíduo, o coletivo, o natural, o social e o biológico. Por outro lado, outra inferência possível é que tal visão reducionista dos processos de determinação social de saúde da população negra esteja consorciada às estratégias do pacto narcísico da branquitude, em suas multiplicidades de mecanismos defensivos e de negação da questão racial. Na verdade, acredito que ambas atuem simultaneamente, em um potente processo de retroalimentação.

O caminho de superação desse paradigma moderno da racionalidade científica que fragmenta e dispersa o social é aquele que propõe uma ciência que transcenda a ideia de um mundo controlado e manipulado, para uma outra na qual a centralidade esteja nas tentativas de compreensão e contemplação desse mundo. Trata-se da construção de um paradigma que privilegie a incorporação dos pressupostos metafísicos e culturais, dos sistemas de crenças e das sabedorias diversas, na explicação científica da natureza e da sociedade. Um modelo que consiga romper com a dicotomia entre sujeito-objeto, natural-social, coletivo-individual, em que a abordagem do social seja compreendida numa perspectiva de reagrupar, redefinir e reestabelecer conexões e associações fornecidas por domínios específicos e heterogêneos da realidade, a partir da qual se poderão compreender os fenômenos pelas suas incessantes vinculações com a realidade subjetiva do “outro” e da vida em coletividade (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

Retornando às falas de Taís Lucinda, Alana Lins, Clara Carolina e Lívia Rosa, avanço em outras análises relevantes de conteúdos enunciados em suas respostas. Todas se referem à falta de oportunidade, de emprego e à questão da educação como consequências da precariedade econômica, compreendendo-as como determinantes sociais importantes para a saúde da população negra. Aqui, conforme apresentado na reflexão a respeito do reducionismo e da fragmentação da ordem social, observa-se, também, tão somente o apontamento do que seriam fatores determinantes, sem nenhuma reflexão adicional que possa avançar no sentido de apreender como tais fatores operam na complexa trama das relações sociais, produzindo as determinações sociais da saúde da população negra.

Souza (2009) chama essa visão redutoramente econômica do mundo de “economicismo” e afirma que ela não se restringe aos economistas e cientistas sociais, estando, também, presente nas “pessoas comuns”, no sentido de “não especialistas”, ou seja, naquelas “não autorizadas por seu capital cultural ou jargão técnico, a falar com autoridade sobre o mundo social. É isso que faz do economicismo a ideologia dominante do mundo moderno” (SOUZA, 2009, p. 18). Para o autor, a problemática que tal ideologia promove está diretamente relacionada à percepção da classe social, que passa a ser compreendida tão somente a partir da ideia da “herança” material, pensada em termos econômicos de transferência de propriedade e dinheiro. Assim, a “classe social”, com seus privilégios ou ausência deles, dependendo do caso, transfere-se às novas gerações, seja por meio de objetos materiais e palpáveis, seja pela ausência deles, no caso dos desprivilegiados.

O reducionismo dessa percepção economicista do mundo invisibiliza outro tipo de herança, que se dá pela transferência de valores imateriais na reprodução das classes sociais e de seus privilégios no tempo. Essa invisibilidade impossibilita a percepção de que

Mesmo nas classes altas, que monopolizam o poder econômico, os filhos só terão a mesma vida privilegiada dos pais se herdarem também o ‘estilo de vida’, a ‘naturalidade’ para se comportar em reuniões sociais, o que é aprendido desde tenra idade na própria casa com amigos e visitas dos pais, ao aprender o que é de ‘bom tom’, ao aprenderem não serem ‘over’ na demonstração de riqueza como os ‘novos ricos’ e ‘emergentes’, etc. Algum capital cultural também é necessário [...], ainda que esse capital cultural seja, muito frequentemente, um mero adorno e culto às aparências (SOUZA, 2009, p. 19).

Portanto, esse aprendizado produzido por essa herança imaterial demonstra que apenas o dinheiro enquanto tal não é capaz de promover a quem o possui a diferenciação do rico entre os ricos. É essa herança que permitirá, mesmo nesses casos de frações de classes, em que a

riqueza material é o fundamento de todo privilégio, o acesso a relações sociais que permitirão a reprodução ampliada do próprio capital material.

Souza (2009) ainda aponta que a visão redutoramente economicista do mundo é mais evidente na classe média, a qual se reproduz pela transmissão afetiva e invisível, dentro do universo privado do lar, das precondições que permitirão aos seus filhos competir, com chances de sucesso, na aquisição e reprodução do capital cultural. De forma quase imperceptível, o filho ou filha da classe média acostuma-se, desde sempre, com um padrão de identificação afetiva, a partir do qual imita determinados comportamentos, práticas e valores (leitura de jornal, romances, aprendizado de língua estrangeira, familiaridade com a evolução tecnológica, viagens para o exterior, etc.), de modo natural ou pré-reflexivo, o que torna esse processo invisível e extremamente eficaz na legitimação do privilégio. Trata-se de um processo de identificação emocional e afetivo, promotor de extraordinária vantagem em relação às classes desfavorecidas na competição social, seja na escola, seja no mercado de trabalho.

Nesse sentido, o “capital cultural”, que pode ser compreendido basicamente como aquele produzido pela incorporação de conhecimento útil ou de prestígio pelos sujeitos, é de fundamental importância para as chances de sucesso no mundo moderno, visto que é indispensável tanto para a reprodução do capitalismo, quanto para o capital econômico. O mesmo se pode dizer do “capital social de relações pessoais”, que é o originário do estabelecimento das inúmeras relações que se tecem cotidianamente no meio caminho entre interesse e afetividade, estando diretamente relacionado em suas possibilidades de aquisição, aos capitais econômico e cultural. A posse conjugada desses capitais (econômico, cultural e social de relações pessoais) decide, em grande medida, o acesso a todos os bens e recursos escassos do mundo (SOUZA, 2017).

Ter em vista essa dimensão inter-relacional dos diversos “capitais” promove a construção de possibilidades reflexivas que permitem a apreensão da realidade da ordem social para além do reducionismo econômico. No que é de interesse desta pesquisa, tal compreensão permite o entendimento de como as desigualdades raciais foram sendo construídas e mantidas historicamente em nome de um projeto moderno de civilização pautado pela ideologia do capitalismo. Ideologia que depende não só da manutenção das distinções no acesso a esses capitais, mas também da disputa pelas interpretações, legitimações e justificativas das posições alcançadas. A branquitude, nesse sentido, desde sempre, com seu arsenal de elementos simbólicos constituintes de seus privilégios (referência de modo de vida, de status, de estética, de cultura, etc.), foi criando as condições ideais, não somente para a distinção com os não brancos, mas, sobretudo, do impedimento a eles do acesso a esses capitais, impossibilitando a conseqüente mobilidade social.

Taís Lucinda e Alana Lins trazem em suas respostas a questão do tráfico de drogas como um grande problema que impacta na saúde da população negra. Enquanto Taís Lucinda correlaciona a evasão escolar à captação precoce de crianças e adolescentes pelo universo do tráfico, Alana Lins correlaciona tal precocidade à falta de oportunidade de empregos. Embora tais afirmativas sejam corretas na perspectiva das desigualdades raciais produzidas pelo racismo estrutural e institucional na sociedade brasileira, ambas entrevistadas tão somente identificaram a precariedade econômica como fator causal, não demonstrando o quanto e como o recorte racial influencia na construção dessa realidade social. Precariedade econômica que, de acordo com os estudos realizados pela FLACSO BRASIL (2016), atinge brancos e negros, mas os últimos, particularmente jovens e homens, lideram as estatísticas de mortalidade por causas externas, especialmente as decorrentes da violência produzida pelo tráfico de drogas.

Nos territórios estigmatizados, onde a população negra e periférica vive, não restam dúvidas de que a violência do tráfico de drogas ilícitas impacta diretamente na saúde desse segmento populacional, seja pelas altas taxas de mortalidade, seja pelos desdobramentos psíquicos, emocionais, materiais e afetivos decorrentes da produção desse tipo de marginalidade. Nesse sentido, seria importante que os médicos de família, como os demais profissionais de saúde inseridos nesses territórios de exclusão, tivessem possibilidade de compreender o quanto a ideologia racista atua de forma a justificar moralmente o preconceito, a discriminação e as situações crônicas de desigualdades verificadas entre pessoas fenotípicas e culturalmente diferentes da norma branca hegemônica.

Se, por um lado, referenciar determinantes sociais, tais como moradias precárias, falta de acesso à educação, desemprego, entre outros, desvela a obviedade da eficácia de tais condicionantes para o encarceramento da população negra em *status* desprivilegiado dentro de uma sociedade racialmente hierarquizada, por outro, demonstra o quanto tal entendimento é esvaziado de possibilidades explicativas que contemplem o nexo causal dessas condições vulneráveis para além da ordem estritamente econômica. Segundo Paixão (2009), isso comprova o quanto a ideologia racista se faz eficiente tanto no processo de adestrar os olhos e a mente de toda a sociedade para a aceitação acrítica da coincidência verificada entre as hierarquias de classe e as hierarquias étnicas e raciais, quanto, no limite, fundamentar limpezas étnico-raciais e massacres contra coletividades inteiras.

Taís Lucinda, embora fale dos problemas de moradia, transporte e falta de acesso à educação, para, por fim, dizer que o problema não é o acesso, mas a evasão escolar de crianças e adolescentes negros, ela não se aproxima do questionamento capaz de romper com a lógica estigmatizante e unicausal, que invisibiliza o fato de que muitas dessas crianças e sobretudo os

adolescentes são destituídos tanto do capital material quanto do cultural e social. Assim, a subtração de tais capitais, somada à constante violência discriminatória, faz com que tais sujeitos acabem sendo privados das precondições sociais, emocionais, morais e econômicas que permitem criar um indivíduo produtivo e competitivo em todas esferas da vida. Tal fato resulta, no campo microeconômico, como demonstra Paixão (2009), no desestímulo para o empenho nos estudos por parte desses adolescentes negros, visto que não veem probabilidade de melhor inserção no mercado de trabalho, tornando mais racional, nesse caso, partir o quanto mais cedo para a busca de possibilidades de obtenção de recursos monetários seja em trabalhos de baixa qualificação, com conseqüente reduzida remuneração, seja no oferecido pelo tráfico de drogas ilícitas.

Importante enfatizar a perversidade desse ciclo que se alimenta secularmente, de forma que os negros, que representam a classe abandonada, ao contrário das classes brancas privilegiadas, são solapados nas possibilidades de construção da aptidão para a competição social. Tal fato naturalizado se dá não somente pela herança de ódio e desprezo dos tempos de escravidão, mas pelo aniquilamento da autoestima e autoconfiança produzido pelo racismo, que furta do segmento negro, pobre e periférico, a chance de investimento prospectivo no futuro, pela escassez dos capitais imateriais e pela pobreza instalada, que implica pensar no aqui e agora por conta da necessidade de sobrevivência.

Na mesma linha discursiva, temos a resposta de Alana Lins, que identifica como determinantes sociais para o processo saúde e doença da população negra a pobreza, a falta de acesso ao emprego e às oportunidades, sendo tais condicionantes uma porta de entrada para o mundo das drogas. Entretanto, a fala de Alana Lins, como as demais, não demonstra a compreensão de que, no plano econômico, a discriminação atua diferenciando brancos e negros:

Nas probabilidades de acesso aos ativos econômicos e mecanismos favorecedores à mobilidade social ascendente: empregos, crédito, propriedades, terra, educação formal, acesso às universidades, qualificação profissional, treinamentos no emprego (*job-training*). No plano dos direitos sociais, a discriminação opera tolhendo, aos grupos discriminados, o acesso à justiça e à proteção policial contra a violência, bem como criando barreiras ao acesso aos bens de uso coletivo nos planos educacional, ao sistema de saúde e à realização de investimentos públicos nas áreas mais frequentes de residência etc. No plano legal, quando chegam a este ponto, as práticas discriminatórias contra o outro acabam sendo expressas institucionalmente, passando a integrar o corpo das leis da nação, tal como revela a experiência de países como, por exemplo, EUA (até os anos 1960, quando começaram a ser superadas) e África do Sul (até 1994, quando, oficialmente, se encerrou o *apartheid*) (PAIXÃO, 2009, p. 21).

Nesse sentido, para que se possa compreender o porquê dessas diferenças no acesso a privilégios materiais e simbólicos entre brancos e negros, inclusive daqueles que se encontram no mesmo patamar socioeconômico, é necessária a percepção de como os “capitais impessoais” (cultural e social), que constituem toda a hierarquia social e permitem a reprodução da sociedade moderna, são diferente e desigualmente apropriados entre esses dois grupos raciais. Para os negros, além da significativa ausência desses “capitais”, há o desprovimento das condições sociais, morais e culturais que permitem a apropriação seja do capital econômico, seja do cultural. Assim, é que vai ocorrendo e sendo consentido por toda a sociedade o abandono social e político de toda classe de indivíduos “precarizados”, que se reproduz há gerações. Trata-se de um grupo que tem sua gênese e destino esquecidos, sendo percebido no debate público somente como um conjunto de indivíduos carentes ou perigosos, tratados fragmentariamente por temas de discussão superficiais, pouco ou nada propositivos numa perspectiva de desconstrução da desigualdade. Temas como “violência”, “segurança pública”, “problema da escola pública”, “carência da saúde pública”, “combate à fome”, entre outros, acabam por não nomear o problema real, de modo que

A invisibilidade dos problemas dos grupos discriminados, sua crônica dificuldade de expressar seus dilemas no espaço público e a naturalização das coincidências entre as linhas de classe e étnico-raciais raramente deixam de se traduzir em graves e severas sequelas para os contingentes alvos desta modalidade de racismo, especialmente os afrodescendentes (PAIXÃO, 2009, p. 23).

Ainda dentro dessa perspectiva economicista, que naturaliza como coincidência a associação entre raça negra e pobreza, a fala de Clara Carolina, como as demais, afirma que o principal problema que se relaciona na determinação social do processo saúde e doença da população negra é o econômico, devido ao “desemprego e renda baixa”, agravado pelo “grande número de filhos”. Cita outros DSS, como a falta de educação, que, segundo ela, leva à “negligência do tratamento”, e as precárias condições de moradia:

Eu vejo famílias maiores [...] sem recurso, mas numerosas [...] até não consigo entender, ter baixas condições e ter tantos filhos [...] falta de orientação não é. As negras costumam ter mais filhos, mas eu não sei o porquê. Não porque por ser negro não podem ter mais filhos, em todas as situações eu me questiono [...] (Clara Carolina)

Nesse trecho, Clara Carolina demonstra sua percepção de que mulheres negras têm mais filhos do que as brancas, manifestando ainda um juízo de valor, ao afirmar seu não entendimento para uma prole numerosa diante da precariedade de recursos econômicos. Se, por

um lado, diz não saber as razões para essa diferença no número de filhos entre mulheres brancas e negras, por outro, foi enfática na afirmação de que não é por falta de orientação, sinalizando para o trabalho de direitos sexuais e reprodutivos, que, em tese, é realizado na unidade de saúde.

Aqui emerge um sério problema que historicamente tem sido objeto de preocupação dentro do campo da saúde da população negra, exigindo não somente a compreensão da dimensão do racismo e sua relação com os corpos negros, mas também a intersecção entre gênero e raça, que se materializa nesses corpos. Assim, sobre o corpo da mulher negra, particularmente no que se refere à sua sexualidade e condição reprodutiva, recai a mais variada sorte de representações negativas e estereotipadas, também naturalizadas no senso comum.

O não entendimento de Clara Carolina sobre o que percebe como diferença no número de filhos entre mulheres brancas e negras é produto da não reflexão sobre a realidade de que a condição biológica dessas mulheres não é suficiente para promover igualdade de poder no campo relacional. Isso porque tal condição sofre a ingerência de diversos determinantes sociais, de forma que apostar no argumento de igualdade, a partir do pressuposto de uma mesma condição feminina ditada pelo biológico, naturaliza as diferenças historicamente construídas entre mulheres negras e brancas:

Observa-se que é somente dentro de uma perspectiva relacional, que coloca sob foco a intersubjetividade, ou o confronto de diferentes subjetividades, que podemos apontar para a possibilidade de um campo de articulação entre raça e gênero, que designaria realidades construídas em contextos sociais comuns, e em que comportamentos, atividades e opções, no campo da saúde reprodutiva, configurariam distintos processos de construção social para mulheres negras e brancas (SOUZAS, 2004, p. 15).

Diante disso, essas distintas construções sociais para mulheres negras e brancas determinadas pela ideologia racista, além de rechaçar a mulher negra para a última posição da escala de valorização social, traz, como consequência, a subtração da possibilidade de exercício do direito sobre o próprio corpo, que pode traduzir-se tanto nas limitações no campo de negociação sexual quanto no uso de determinado método contraceptivo. Em outras palavras, o direito de escolha de um método para a contracepção está comprometido pela percepção estereotipada da mulher negra, muito bem representada pelo ditado popular “Branca é para casar, mulata é para fornicar e preta é para trabalhar” (SOUZAS, 2004). Aforisma racista e sexista que, longe de ser apenas uma anedota presente no imaginário coletivo, faz com que o racismo perpassa, tanto pela sexualidade quanto pela saúde reprodutiva das mulheres negras

brasileiras, as quais, historicamente, diferentemente das mulheres brancas, não foram pensadas para ocupar o lugar de esposa, companheira e mãe.

As desigualdades e iniquidades raciais em saúde das mulheres negras, em particular a sexual e reprodutiva, são consequências diretas da realidade a elas imposta, sobre as quais recaem a responsabilidade pela “chefia” da família, a dificuldade de acesso à educação, as maiores taxas de desemprego e, quando dentro do mercado de trabalho, a precariedade e a discriminação nos processos de seleção, promoção, treinamento e demissão (IPEA, 2013). Nesse particular, são mais evidentes os padrões impostos pela branquitude na imposição de critério de “boa aparência”, que acaba operando como um elemento de discriminação seletiva.

Para Almeida (2009), a discriminação da mulher, em particular da mulher negra, é historicamente demarcada pela exclusão. A diferença se coloca como elemento constitutivo das relações sociais e de identidades, em que mulheres negras sofrem tripla discriminação (de gênero, raça e classe), claramente interposta para impedir acesso ao status social igualitário. Fato que se verifica na própria concepção construída sobre a liberdade e a maternidade, sendo que esta, para a mulher negra, diferentemente da branca, ainda se ancora no ideário histórico da “mãe preta”, a partir do qual a maternidade seria um “dom” (SOUZAS, 2004).

Clara Carolina, ao manifestar sua percepção de que mulheres negras, mesmo em condições econômicas precárias, têm mais filhos do que as brancas, tão somente permite emergir uma ideia amplamente disseminada na sociedade brasileira, produto direto do racismo, do preconceito de classe e do sexismo. Tripla discriminação que atua na produção do sofisticado processo de objetificação do corpo feminino negro, especialmente no campo da saúde.

Nascimento e Melo (2014), em pesquisa etnográfica com profissionais e usuárias da ESF da cidade de Maceió entre 2010 e 2012, cujo objetivo era compreender a forma como a atenção básica, especialmente a ESF, lidava com a noção de gênero, família e pobreza, demonstraram a recorrência de falas, por parte dos profissionais, da associação da pobreza com um grande número de filhos. Enfatizam que a presença constante do discurso dos profissionais de saúde sobre os pobres, caracterizando-os como o “outro”, trazem noções idealizadas de família e comunidade, sendo a última usada como referência ao universo social daqueles que se encontram à margem das possibilidades econômicas. Assim, traduz-se um olhar sobre o mundo desse outro, definindo e nomeando a diferenciação social.

Em que pese o inegável aumento da cobertura dos serviços de saúde no Brasil, particularmente a partir da ESF, bem como a instituição, desde 2004, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), cujas diretrizes estão de acordo com os princípios do SUS numa perspectiva interseccional, ainda pouco se avançou, no campo das

práticas, em ações efetivas que consigam trazer as discussões de gênero e raça na elaboração da oferta de serviços. As ações, de acordo com Nascimento e Melo (2014), nesse sentido, por estarem centradas na família, permanecem responsabilizando a mulher, seja no que se refere ao cuidado de todo o lar, seja, inclusive, pela reprodução, o que traduz a abordagem tradicional, muito distanciada dos debates sobre direitos sexuais e reprodutivos.

Em anos de trabalho como médico de família, quer no exercício clínico no cotidiano das unidades básicas de saúde, quer nos espaços de gestão da saúde de Juiz de Fora (MG), sempre observei a tendência de se perceber a contracepção como responsabilidade exclusiva da mulher. As poucas atividades chamadas Grupos de Direitos Reprodutivos demonstram que o controle da natalidade é a ideia central orientadora de todas as ações que deveriam destinar-se à saúde reprodutiva. Ideia que, além de reforçar a tendência naturalizada de objetificação do corpo feminino, desdobra-se na falta de respeito pela autonomia da mulher, que pouca ou nenhuma gerência tem sobre a decisão de qual método utilizar. Tal decisão, geralmente dentro do tom normativo de intervenção, é tomada pelos profissionais médicos, que, imbuídos das representações tradicionais sexistas de gênero, associam o corpo masculino à sexualidade e o feminino à reprodução.

Quando esse corpo feminino é marcado pelos estereótipos da pobreza e apresenta o fenótipo não branco, a estigmatização é potencializada nos processos de orientação da saúde reprodutiva, em que a contracepção toma caráter emergente de mecanismo de controle, cujas orientações, via de regra, assumem tendência crítica e culpabilizante. Assim, de acordo com Nascimento e Melo (2014), a mulher preta, pobre e periférica, diante da “irresponsabilidade” da numerosa prole, torna-se culpada, como também sofre as investidas estigmatizantes da ideia de sexualidade desregrada e descuidada, que precisa ser objeto de intervenção e controle.

A fala de Clara Carolina, nesse sentido, além de desvelar essa perspectiva estigmatizante, considerando-se que, nos últimos anos, houve redução na taxa de fecundidade de mulheres negras no Brasil (UNFPA, 2018), demonstra também o entendimento de que as orientações dadas a essas mulheres são suficientes para promover o adequado padrão de contracepção. Entretanto, um trabalho voltado para a saúde reprodutiva, que não leve em consideração a complexidade das relações de raça e gênero e que se prive de uma abordagem contextualizada sobre as reais demandas dessas mulheres, pouco ou nada contribuirá para a construção da autonomia, visando à efetiva apropriação do direito sexual e reprodutivo por essas mulheres, já tão alijadas de seus direitos.

Outras visões, que desvelam as representações negativas e estigmatizantes relacionadas à população negra, surgiram nas falas de alguns médicos de família, que as entendem como DSS resultantes da precariedade econômica:

Eu faço muita visita domiciliar e você vê casas em condições insalubres, com animais circulando dentro da casa [...] questões básicas de higienização, porque eu vejo famílias que não validam muito isso, né? (Vitória Sá)

A questão financeira, que muitas vezes é pior como determinante social pra adoecimento, né? Mais o quê? Lazer eu não vejo diferença [...]. Negro se coloca como gosta de pagode, né? Não sei, tem essas coisas que tem gente que gosta mais. Aí, são mais animados. Eu vejo muitas vezes que gosta de samba [...]. Eu vejo a fulana mesmo, aproveita a vida mil vezes mais que eu. Eu falo: ‘Eu vou encostar em você aqui um pouco. Você me dá 10% da sua alegria, minha filha, porque eu vivo aqui arrastando piano e você vive aí sambando (Valentina Luz).

Na fala de Vitória Sá está a referência à falta de higiene como um DSS da população negra. Embora, de fato, a “insalubridade” seja um sério problema de saúde pública em territórios marginalizados, mais por negligência do Estado no que se refere à precariedade na implementação de políticas eficazes de saneamento, a afirmação de que a não validação – “*não validam muito isso*” – de questões básicas de higiene seja um DSS mais perceptível na população negra, menos do que uma certeza pautada em comprovações estatísticas ou mesmo evidências empíricas do cotidiano, pode ser um dos produtos das representações negativas sobre os negros.

Como explicitado anteriormente, muito do que se pensa sobre o negro é proveniente do discurso científico racista do século XIX, produzido a partir das teorias raciais europeias, que foram amplamente disseminadas na sociedade brasileira. Esses discursos foram absorvidos nos espaços específicos da medicina, a qual teve importante papel na construção de um ideário de nacionalidade, em que o negro representava a mácula impeditiva para o intento da consolidação de uma identidade nacional, que se pretendia branca e higienizada.

Assim, ao longo do tempo, dentro da lógica de manutenção da supremacia racial branca, bem como da legitimação e reprodução do capitalismo, inúmeras subjetivações foram sendo produzidas por processos coletivos, institucionais e sociais, atravessando os indivíduos e produzindo uma série de representações negativas sobre os negros. Historicamente, portanto, de acordo com Zamora (2012), eles são vistos pelo poder e pelo senso comum como menos inteligentes e racionais, ligados ao universo dos instintos, das emoções e, por fim, mau cheirosos, de pouca higiene e cabelo ruim.

Dentro da mesma lógica estigmatizante, a fala de Valentina Luz identifica que, no campo do lazer, não há diferenças entre brancos e negros atendidos por ela, visto que esses últimos gostam de “pagode” e “samba”, o que os torna mais “animados” e “alegres”. É importante enfatizar o peso que a palavra tem na proposição de alguns enunciados, particularmente quando estamos tratando das relações raciais no Brasil, as quais, por conta da

ideologia da democracia racial, muitas vezes se traduz em sutilezas discriminatórias por parte daqueles cujo grupo de pertença é o do branco hegemônico. Assim, Valentina Luz, ao se referir ao pagode diz: “*tem essas coisas que tem gente que gosta mais*”. Portanto, é possível pensar que, ao emitir essa afirmativa, Valentina Luz não está tão somente delimitando a diferenciação do seu gosto (branco), daquele que ela observa de determinado tipo de “gente” (não branco), mas que essa diferenciação está carregada do teor estigmatizante e classificatório.

Bourdieu (2007) estabelece que as práticas culturais, juntamente com o que se denomina por gosto ou preferências em diversas dimensões da vida, como educação, esporte, política, música e arte, etc., de forma geral, estão intimamente correlacionados ao nível de instrução e ao capital cultural acumulado e, secundariamente, à herança familiar. Nesse sentido, para o autor, o gosto classifica e distingue, promovendo aproximação ou afastamento entre os sujeitos, dependendo das possibilidades de experimentação dos bens culturais. Assim, tais preferências culturais vão sendo apreendidas pelas ações de imposições positivas de valores, seja pela instituição escolar ou pela família, seja nas próprias redes de sociabilidade, garantindo aos sujeitos a aptidão para adotar a disposição estética que esteja de acordo com sua pertença social.

Valentina Luz também promove comparação ao dizer que “*fulana*”, mulher negra e companheira de trabalho (não médica), é mais alegre e aproveita muito mais a vida, por gostar de samba. Ainda faz a afirmação de que gostaria de ter um pouco de sua alegria, já que passa os dias “arrastando piano” e a “*fulana*” sambando.

Aqui, importa-nos revelar o que um olhar não racializado e desprovido de contextualização das relações raciais e de gênero pode não enxergar. Interessa-me problematizar o quanto a branquitude, alimentada por representações estereotipadas do negro, foi tecendo juízos de valor que legitimam e mantêm seus privilégios materiais e simbólicos.

Ao comparar as alegrias, Valentina Luz lança mão do estereótipo do negro, construído e introjetado no imaginário coletivo, como aquele que gosta de “samba”, “festa” e “vadiagem”. Explícita, em sua fala, uma diferenciação hierarquizada no investimento no trabalho, visto que, enquanto “carrega piano”, sua companheira de trabalho, negra, vive sambando. Embora esteja longe de corresponder a uma verdade sobre o modo de vida dos negros e negras, tais representações estereotipadas são utilizadas desde sempre para demarcar e justificar o lugar de imobilidade social e exclusão dos sujeitos não brancos e, em contrapartida, reforçar a imagem positiva e de referência da supremacia racial branca.

Pode-se inferir que, nesse caso, um duplo processo de invisibilização acontece: de um lado, desconsidera-se a tripla discriminação sofrida pela mulher negra em nossa sociedade, o que tão somente a alegria do samba não é capaz de mitigar; por outro, silenciam-se, pelo

argumento do “*carregar piano*”, todas as incontáveis possibilidades de acesso ao capital cultural, material e social que uma mulher branca de classe média tem, e que se desdobra em variadas alternativas de lazer, na maioria impeditivas para mulheres negras pobres.

Portanto, a fala de Valentina Luz denuncia o quanto a branquitude, calibrada pela assimilação das representações estereotipadas sobre o negro, em particular a mulher negra, produz o encarceramento da possibilidade de reflexão crítica sobre a realidade social, o que no exercício da medicina de família, particularmente no que tange à saúde da população negra, contribui para reforçar o racismo institucional na saúde. Não se trata apenas de uma fala despretensiosa, cujo conteúdo denota a compreensão de um dado positivo referente ao determinante social “lazer” na vida dos não brancos que atende, mas, sim, um discurso generalizante que não abarca todas as (im)possibilidades de experiência de prazer dos sujeitos negros.

Por fim, tivemos a participação de outros profissionais que, como os demais, elaboraram suas respostas à pergunta referente às determinações sociais do processo saúde e doença da população negra, a partir da perspectiva meramente economicista e reduzida ao apontamento de alguns DSS. Suas falas destacam-se não pela proposição de que a questão econômica é a principal determinante para a produção do adoecimento da população negra, mas pelo recorrente discurso de indistinções entre brancos e negros, visto que, para tais participantes, todos se encontram em um mesmo patamar indiferenciado de vulnerabilidade social:

Então, aqui no bairro, eu acho que a maioria da população é negra, mas, mesmo aqueles que não são, eu acho que todos aqui têm as mesmas condições sociais, né? São muito semelhantes, então, eu não faço uma distinção assim específico não. Acho que é mais social mesmo. O pessoal aqui, a condição financeira deles é bem limitada, né? (Augusto Magno).

Específico desse grupo de pacientes eu não vou saber citar. A gente atende aqui uma população que o percentual muito grande tem uma renda mais baixa. Eu tenho paciente de baixa renda branco e baixa renda negro. Eu acho que a questão pode ser mais associada a essa questão [...] de renda. A renda seria mais importante para a população que a gente atende de uma forma geral do que a questão mesmo de cor da pele necessariamente. Eu não consigo ver diferente. Eu não vou saber responder isso (Níveo Elísio).

Para Augusto Magno e Níveo Elísio, não existe um processo de determinação social da saúde específico para o segmento negro da população. Ambos concordam que a precariedade econômica atinge igualmente brancos e negros nos territórios em que atuam, não fazendo sentido diferenciá-los. Assim, evidencia-se, na radicalidade, a invisibilização do racismo e, conseqüentemente, das inúmeras iniquidades raciais amplamente comprovadas por inúmeros

estudos estatísticos, como demonstrado por PAIXÃO (2009), IBGE (2013), IPEA (2013), IBGE (2015), FLACSO BRASIL (2016) e IBGE (2016).

A partir dos fragmentos de suas falas, desvela-se o paradoxo que caracteriza o racismo à brasileira, posto que sua produção se dá sem a existência dos racistas. Peculiaridade ainda presente em nossa sociedade, fruto da ideologia da democracia racial e das inúmeras estratégias de silenciamento da branquitude. De acordo com Zomara (2012), são inúmeros os estudos que revelam o quanto o branco brasileiro se esconde por trás de suas próprias contradições: ao mesmo tempo em que reconhece a existência do racismo em nossa sociedade, nega-o dentro de si mesmo.

As respostas de Augusto Magno e Níveo Elísio estão coerentes com a linha discursiva que apresentaram no transcórre de suas respectivas entrevistas. Ambos, juntamente com Vitória Sá, de todos os participantes, foram os que mais demonstraram uma subsunção à ideologia da democracia racial, com tentativas frequentes de fuga de qualquer possibilidade de implicação com o racismo, seja no nível pessoal, seja na perspectiva macroestrutural.

Embora reproduzam o comportamento de negação característico do branco brasileiro quando o assunto é racismo, encontram-se entre aqueles que levam à radicalidade esse processo de dissensão, mesmo quando apresentados aos dados que comprovam estatisticamente as iniquidades raciais em saúde. Para ambos, o racismo localiza-se tão somente em atos isolados de algumas pessoas, de modo que o compreendem como algo particular e não o reconhecem como uma ideologia estrutural na sociedade brasileira.

Nesse sentido, as visões de Augusto Magno e Níveo Elísio, embora sejam coincidentes com as dos demais participantes no que se refere ao reducionismo das determinações sociais em saúde ao campo dos determinantes sociais de ordem econômica, diferem pela total homogeneização que fazem entre pobres brancos e negros. Isso aniquila qualquer possibilidade de reconhecimento de distinção que poderia configurar-se na produção de desigualdades injustas para os negros. Tal fato, além de evidenciar a tendência da branquitude em buscar estratégias de invisibilização do racismo, que possam a eximir da responsabilidade de obtenção e manutenção dos privilégios pela produção das desigualdades raciais, traz profundas implicações para a promoção da equidade racial em saúde, visto que não há como lutar pela igualdade de direitos se não se reconhecem as diferenças produtoras de iniquidades.

As percepções de Augusto Magno e Níveo Elísio referentes à questão racial reproduzem as ideias elaboradas nos anos 30 e 40 do século passado, quando o Brasil era percebido como um país cordial, da alegria e um paraíso racial, bem distanciado da realidade que se evidencia de uma sociedade hierárquica, clientelista e de exclusão social e racial. Ambos os participantes, a partir de suas concepções, não “enxergam” ou não reconhecem o racismo como um fator

chave na estruturação da sociedade brasileira. Desconsideram que a cor, no Brasil, como aponta Guimarães (2009), é de fundamental importância para a identidade social de alguém, bem como para a posição social que esse alguém pode ocupar legitimamente na estrutura social.

Pensar o Brasil ainda sob os ditames da ideologia da democracia racial é ir contra os diversos estudos sociológicos e antropológicos que há décadas têm demonstrado ser a cor, em grande medida, a que legitima, secularmente, a exclusão social no Brasil. São os negros nas suas mais distintas variações na graduação de cor da pele que têm conformado o que se entende por “ralé brasileira” (SOUZA, 2009), a qual, ao ser destituída de individualidade, também o é de direitos. Daí emerge, de acordo com Guimarães (2009), a expressão mais perversa do “racismo à brasileira”, que consiste em negar a uma parcela significativa da população de não brancos a igualdade e a individualidade plenas (direitos naturais dos brancos). Negação que se traduz na segregação e discriminação no acesso a bens, serviços, empregos e, por fim, na limitação dos direitos à cidadania.

7.3.4 O negro, o branco e a promoção da equidade e/ou iniquidade racial em saúde

Pensei nos homens brancos chegando pela primeira vez numa vila africana, estranhos ali como eu sou um estranho aqui, e tentei imaginar o povo chocado tocando seus cabelos e maravilhado com a cor de sua pele. Mas existe uma grande diferença entre ser o primeiro homem branco a ser visto por africanos e ser o primeiro homem negro a ser visto pelos brancos. O homem branco toma a perplexidade como uma homenagem, pois chegou para conquistar e converter os nativos, cuja inferioridade em relação a ele sequer é questionada, enquanto eu, sem um pensamento de conquista, me vejo entre um povo cuja cultura me controla, de certa forma até me criou, pessoas que me provocaram mais angústia e raiva do que jamais saberão, que ainda assim sequer sabem da minha existência. O assombro com que poderia tê-los cumprimentado, se eles tivessem ido parar na minha vila africana alguns séculos atrás, poderia ter alegrado seus corações. Mas o assombro com que eles me cumprimentam hoje só pode envenenar o meu (HOOKS, 2019, p. 298).

7.3.4.1 O olhar branco sobre o negro e sobre si

Nesse momento direcionei as indagações no sentido de tentar apreender, dentro do campo etno-semântico, como os significados “negro” e “branco”, enquanto categorias inseridas em um código social, eram percebidos pelos participantes.

As perguntas “*o que é negro?*” e “*o que é branco?*” foram pensadas na perspectiva de se responder às seguintes questões: se o que constitui o sujeito é o olhar do outro, como fica o negro quando confrontado com esse olhar, sobretudo quando esse outro é o branco que demonstra reconhecer o significado que a pele “negra” traz como significante? Partindo do

pressuposto de que o branco representa condição genérica, neutra e não marcada, qual o significado que os médicos de família dão à própria cor (branca) da pele?

A tentativa de apreender esses sentidos de “negro” e “branco” dados pelos participantes da pesquisa foi de fundamental importância, tanto para o desvelamento de como os significantes “negro” e “branco” fazem parte de um complexo arranjo semântico, político, econômico e histórico, mas, sobretudo, para tentar apreender como tais sentidos operam nas relações raciais que se tecem nos cotidianos profissionais desses médicos de família, contribuindo para a visão reificada dos negros e naturalizada dos brancos, o que interfere sobremaneira na produção da equidade racial em saúde. Vejamos algumas dessas respostas sobre o que é negro e branco para os participantes:

Um homem ou uma mulher que tem a cor diferente da minha, mas que é igual a mim [...] cor preta ou parda, mas que é igual a qualquer ser humano [...]. É você ter acesso a determinadas situações que o negro não teria [...], é ser detentora de um poder de maioria [...]. Pra mim é tão complicado, eu não consigo enxergar as pessoas como preto, branco, sabe? (Taís Lucinda).

É quando a cor da pele é mais escura, mais marrom, preta... Ah, sei lá, existe pele preta, né? Existe marrom escuro, preta [...]. Primeiro esteticamente, sei lá, não, fisicamente. Ter a pele mais clara. Outra é ter mais oportunidade, porque infelizmente [...] são oportunidades da vida, né? E eu tive mais oportunidades. Eu sou branca e tive mais oportunidades, mas sinceramente eu não paro pra pensar: ser branca e ser diferente de ser negra ou preta. Pra mim, como eu te falei, eu tenho muita dificuldade de diferenciar sabia? (Cândida Mara).

Taís Lucinda, ao dar sua resposta sobre “o que é negro”, afirma que seria aquele que tem uma cor de pele diferente da sua (branca), podendo ser preta ou parda. Embora esteja correta na definição das cores que são utilizadas pelo IBGE para o grupo negro, é a ela que se restringe para explicitar o seu entendimento desse outro não branco, enfatizando, imediatamente, que este outro tanto é igual a ela, tanto “é igual a qualquer ser humano”. Essa percepção de igualdade, no entanto, é flagrada em sua fragilidade quando responde à pergunta sobre o que é branco. Em que pese ter sido uma resposta destituída de conteúdo reflexivo mais aprofundado, visto que afirma que branco é “ter acesso a determinadas situações que o negro não teria” e ser “detentor de um poder de maioria”, deixa evidente sua percepção de que há, portanto, distinção entre brancos e negros, que não se resume à cor da pele, mas que se assenta no privilégio do poder reservado à supremacia racial branca.

Cândida Mara, de forma semelhante à Taís Lucinda, vale-se da diferenciação pela cor da pele para elaborar sua resposta sobre o que é negro. Entretanto, em flagrante demonstração de desconforto, demonstra dificuldade de falar sobre as tonalidades de pele que caracterizariam

um sujeito negro, questionando, inclusive, se existe pele de cor preta. Entretanto, mais do que dúvida real, atribuo tal demonstração de incerteza ao incômodo de ter sido convidada a aproximar-se, de maneira inusitada, de uma definição sobre o negro. Tal inferência parte de outros momentos da entrevista, quando Cândida Mara demonstrou, como na questão sobre o quesito raça-cor, ter conhecimento das cores que definem o grupo negro.

Quando indagada sobre o que é branco, diferentemente de Taís Lucinda, inicia sua resposta utilizando o termo “*esteticamente*”, mudando imediatamente para “*fisicamente*” e, por fim, dizer que é ter a “*pele mais clara*”. Como em outras situações ao longo das entrevistas, penso que, longe de preciosismo semântico, faz-se relevante refletir sobre proposições fundamentadas na ideologia racista, que podem ser enunciadas em determinadas falas. Definir a própria racialidade, utilizando, mesmo que em um lapso, alusão estética, enquadra-se na perspectiva da naturalização do branco enquanto norma e referência de beleza universal. Logo depois, como Taís Lucinda, Cândida Mara correlaciona o branco com maiores possibilidades de oportunidades, embora também de forma nada reflexiva, não havendo, portanto, elementos em sua fala que pudessem confirmar o nível de percepção que Cândida Mara tem a respeito dos próprios privilégios de mulher branca, médica e classe média. Igualmente, termina sua resposta dizendo da grande dificuldade de diferenciar brancos e negros, visto que não pensa sobre esse assunto, o que me faz inferir que esse “*não pensar*”, seja produto desse processo de naturalização das diferenças e desigualdades raciais, tão peculiar da branquitude.

A partir do que foi apreendido do encontro e das falas de Taís Lucinda e Cândida Mara, acredito ser possível enquadrá-las dentro da categoria denominada por Cardoso (2017), de branquitude crítica. Partindo dos estudos críticos da branquitude, o autor, diferencia a branquitude crítica da acrítica, sendo a primeira a pertencente ao sujeito branco, que desaprova “*publicamente*” o racismo e tem, de forma geral, postura antirracista. Entretanto, esse autor enfatiza que a existência da branquitude crítica, por si só, não significa necessariamente que o sujeito branco, fora dos espaços públicos, desabone o racismo, visto que “os pensamentos guardados em segredo no espaço privado ou nos ambientes íntimos, em que é possível sentir-se à vontade para expressar algumas ideias reprováveis de forma ética, moral e legal, pelo consenso social moderno” (CARDOSO, 2017, l. 3 - *E-book* Kobo), podem ser compartilhados dentro do grupo de pertença branco.

Dentro da mesma linha de raciocínio, tem-se a resposta de Alvo Lúcio:

Acho que é simplesmente a cor da pele da pessoa. A cor negra mesmo, né? Mas é lógico que depende da pessoa também. Se a pessoa falar 'eu sou negro', é negro [...]

Eu acho que é simplesmente a cor da pele [...] eu acho que muda algumas coisas [...] até o julgamento também, né? Que alguns lugares que você frequenta as pessoas te olham até diferente quando você é negro ou quando você é branco [...]. Ser branco, dependendo do lugar que você vai, tem até a questão da roupa, do carro que você chega [...], você é olhado de forma diferente do que se você fosse um negro. Um exemplo assim: vamos dizer que tenha uma loja, o segurança tem que escolher alguém pra vigiar. Na cabeça dele, ele vai achar é que o negro é que vai roubar, mas às vezes quem vai roubar é o branco (Alvo Lúcio).

Alvo Lúcio elabora suas respostas às questões do que é negro e branco, utilizando a cor como elemento distintivo, porém fazendo referência à cor “negra” e não à preta, o que corrobora a pouca familiaridade com o quesito raça/cor, o que já havia sido demonstrado quando, em momento anterior da entrevista, essa questão foi abordada. Ao definir o branco, faz referência à distinção do julgamento a que brancos e negros estão expostos em determinados espaços, exemplificando o que seria um dos privilégios simbólicos da branquitude, que, por ser a norma e lugar de poder, acaba por beneficiar-se das representações negativas e inferiorizantes imputadas ao negro, como a utilizada no exemplo dado por ele.

Entretanto, embora Alvo Lúcio, em sua resposta, manifeste a percepção do privilégio branco, não foi possível apreender o quanto essa percepção é suficiente para a produção do questionamento a respeito desse privilégio racial, o que, segundo Cardoso (2017), é outra característica da branquitude crítica, visto que tão somente perceber o privilégio não significa que o branco tem autocritica com relação aos próprios benefícios advindos de sua pertença racial.

Da mesma forma, temos as respostas de Lívia Rosa:

É porque a gente vai definindo mais com relação a cor, né? Eu acho que o que acaba definindo é mais a cor. Às vezes, algumas características relacionadas ao nariz, ao lábio [...] e também aquela questão da identidade [...], a questão da ancestralidade. Porque às vezes pode ser uma pessoa que, numa primeira vista, você não fala que é negro, mas, quando você vai buscar aquela pessoa, tem uma ancestralidade negra, e a pessoa se identifica com aquilo [...]

Ser branco na sociedade que a gente vive hoje é ter privilégio. Normalmente fenotipicamente pela cor da pele branca [...] é você entrar nos lugares, ir ou vir sem preocupação se você vai ser abordada. Se você entrar numa loja, não ter preocupação do segurança olhar pra você, desconfiado de você ter pegado alguma coisa. Eu acho que é ter privilégio. Na sociedade que a gente vive, eu percebo muito isso. É você estar tranquilo, o acesso é sempre mais fácil, você não é questionado quando consegue alcançar alguma coisa (Lívia Rosa).

Lívia Rosa, como Alvo Lúcio, utiliza a cor (embora não a especifique) para elaborar sua resposta do que compreende como negro. Além disso, faz referência às características fenotípicas, bem como à “*ancestralidade*”, aludindo à questão da miscigenação no Brasil, onde nem sempre há condições de classificação racial tão somente pela cor da pele ou características fenotípicas, sendo, portanto, importante avaliar a pertença racial que o sujeito se atribui. Quanto à resposta referente ao branco, já inicia marcando o lugar de privilégio, tanto usando o mesmo exemplo de Alvo Lúcio, como identificando outros, tais como a facilidade de acesso dos brancos e a possibilidade de eles, por pertencerem ao grupo racial hegemônico, estarem livres de questionamentos referentes às suas diversas conquistas, já que elas lhes são previstas como naturais. Seja por esse trecho, seja por outras falas produzidas durante a entrevista, Lívia Rosa demonstra ter criticidade com relação aos próprios privilégios, embora não tenha sido possível avaliar a dimensão dessa autocrítica, na perspectiva de apreender efetivas práticas antirracistas no cotidiano de trabalho.

Já Imaculada Elisa, no que se refere ao negro, aponta a cor “preta” como a que o caracteriza, demonstrando, também, dificuldade na elaboração de sua resposta, mais relacionada às terminologias utilizadas para a identificação racial do que propriamente pelas atitudes de desconforto e defensiva frente à temática. Embora não utilize a palavra racismo para caracterizar o sofrimento do negro, demonstra sensibilidade para perceber os “*obstáculos*” imputados ao segmento não branco, bem como a dimensão histórica desse sofrimento que, segundo ela, atinge todos os negros, independentemente de sua classe social. Da mesma forma, ao definir o branco, centraliza sua fala na percepção dos privilégios materiais e simbólicos da branquitude, embora, também, não tenha sido possível, como nas falas anteriores, aferir a dimensão de sua autocrítica referente à sua própria condição de branca privilegiada:

É a cor. Eu já ia falar a cor da raça (risos). É a cor da pessoa. A cor preta. É ser uma pessoa que sofre pra dedêu. Eu acho. Ela tem que vencer vários obstáculos. É isso aí. Ela é uma pessoa que já tem o sofrimento, já é herdado, desde a escravidão [...]. Então eu acho que já vem um sofrimento junto, independente. Pode ser o negro mais bem sucedido, mas eu acho que já tem um sofrimento lá no fundo. É uma pessoa sofrida pra mim [...]. Branco é ser privilegiado [...] de ter justamente condições de ter uma educação decente, entendeu? Ter condições de sair, ir à luta, de buscar trabalho pra se manter [...], pra poder ter uma família. Coisa que eu acho que o negro enfrenta muita dificuldade. A gente vê... É muito (Imaculada Elisa).

Embora não desconsidere a sensibilidade de Imaculada Elisa em sua percepção referente ao sofrimento dos negros, faz-se importante a reflexão de que sua fala, mesmo carregada de intencionalidade, que não tenho subsídios para afirmar que não seja boa, reproduz, também, a visão estereotipada do negro sofredor. Por assim ser, ele é reificado, tipificado, tornado genérico, furtado

da preservação de sua particularidade e, sobretudo, analisado de maneira descontextualizada, como se as mazelas que a ele se sobrepõem não tivessem outra origem, que não o mero acaso ou a marca indelével do período escravocrata. Nesse sentido, tal identificação do sofrimento negro tem pouca ou nenhuma contribuição no desvelamento, não somente dos privilégios materiais e simbólicos da branquitude, mas sobretudo das inúmeras estratégias por ela utilizada para se reeditar, ao longo do tempo, em suas possibilidades de produção e manutenção do racismo:

Incluir-se numa comiseração liberal pelo Outro [não branco] sofredor é um avanço insignificante. Além disso, é um avanço que mantém intacto o binário Eu-Outro e não oferece nenhum discernimento da autoridade e da santidade autodesignadas do Eu (FRANKENBERG, 2004, p. 317).

De maneira mais aprofundada, eis as respostas de Clara Carolina:

No Brasil é difícil. Geralmente é ser alvo de discriminação, é já estar inserido, na maioria das vezes, num ambiente não tão favorável para o desenvolvimento intelectual, pra um cuidado em saúde, falta de atividade de lazer. Então, eu acho que ser negro no Brasil é algo muito difícil. É quase que fosse um determinante. Se a pessoa não tiver uma força de vontade e uma ajuda, uma rede integrada que dê um suporte pra mudar essa realidade, vai ser difícil. Ela vai seguir aquilo que já foi da família, porque a questão econômica conta muito pra você conseguir estudo, saúde, tá muito atrelado, né? Não tem como separar [...]. A maioria aqui que eu vejo é de classe baixa. Tem uma correlação muito forte [...].

Então, eu acho que ser branco é mais fácil do que ser negro no Brasil. Porque já tem uma cultura que subjuga o negro e não tem isso com o branco. Não tem um preconceito invertido. Na nossa sociedade, não. Por exemplo, eu não vejo os negros terem preconceito contra os brancos, né? Então eu acho que ser branco é isso: já parte do pressuposto que, pelo menos, esse preconceito de raça a gente não vai ter. Ninguém se preocupa com o filho que nasce branco de sofrer discriminação pela cor (Clara Carolina).

Clara Carolina, já de início, contextualiza o negro no cenário da sociedade brasileira, aludindo ao preconceito (também não utiliza a palavra racismo), bem como a algumas situações que evidenciam as desvantagens da população negra para a aquisição de plena cidadania. Embora tenha, na resposta referente às determinações sociais de saúde da população negra, como os demais participantes, feito uma abordagem economicista e reduzida a alguns DSS, nesse trecho já consegue demonstrar sua compreensão da relação entre o *status* de precariedade econômica do segmento não branco com a cultura racista que “*subjuga*” o negro. É assim que inicia sua fala sobre o branco, sendo a única entrevistada que, mesmo de maneira pouco aprofundada, fez a referência à correlação entre o poder da branquitude, o “*preconceito racial*” a que negros estão submetidos e à facilidade de ser branco em uma sociedade que se estrutura nessas desigualdades raciais.

A partir dessa fala, pode-se inferir maior aproximação de Clara Carolina à possibilidade reflexiva que contextualize a branquitude como padrão arbitrário, normativo e cultural, que precisa ser questionada no sentido de se desconstruir, mesmo que no campo individual, esse *status quo* em que a identidade racial branca se encontra. Lugar de poder, onde segundo Jesus (2017), comportamentos e ações racistas insistem em manter o branco em posição de superioridade, em detrimento da maioria absoluta de negros, que são sistematicamente inferiorizados e depreciados numa sociedade caracterizada por dominação e hierarquia de raças.

Nesse sentido, os apontamentos de Clara Carolina são significativos na medida em que esse processo de desconstrução dos padrões normativos de superioridade da branquitude que permeiam o imaginário coletivo e geram ações concretas produtoras das desigualdades raciais é uma tarefa árdua, que precisa levar em consideração a vantagem estrutural dos brancos solidificada em campos vitais para a sobrevivência em sociedade. Esses campos referenciados por Clara Carolina consistem na inserção em ambiente não favorável para o desenvolvimento intelectual, devido à dificuldade de acesso à educação, bem como à saúde, ao lazer e aos recursos econômicos.

Assim, segundo Jesus (2017), para que se possa avançar em reflexões sobre a branquitude, tendo em vista qualquer possibilidade de mudança desse *status quo* que determina as vantagens estruturais da identidade racial branca, faz-se, também, importante problematizar como a categoria classe, atravessada pela desigualdade racial, influencia na maneira como as relações individuais e de grupo se constituem. Da mesma forma e no mesmo intento, como aponta Cardoso (2010), é importante considerar, na produção dessas problematizações, outras interseccionalidades de gênero, sexualidade, nacionalidade, religiosidade, faixa etária, etc. Vejamos as respostas de outros participantes.

É uma pessoa de pele escura, ponto! [...] É uma pessoa com pele clara, mais pigmento ou menos pigmento, ponto! (Alana Lins).

Uma pessoa que tem a pele preta [...]. Uma pessoa que tem a pele branca (Vitória Sá).

Negro é a pessoa que se autodeclara negra. Pele da cor preta vamos dizer assim [...] (Risos). Ah, sinceramente eu acho que é normal ser branco e ser negro, entendeu? Graças a Deus eu não tenho nenhum tipo de preconceito assim. Ser branco é ser um cidadão, né? Ter uma vida, ter os seus direitos e ter os seus deveres, entendeu? É isso (Augusto Magno).

Negro é aquela pessoa que tem um tom de pele mesmo tendendo ao negro, ou pode ser um mestiço, um mulato... Nunca parei pra pensar sobre isso não. Sou só branco. Podia ter sido negro, não teria problema nenhum. Minha irmã é negra, sem problemas. Se ela tivesse optado... Foi opção dela... Ter estudado, formado, poderia ter tido uma formação diferente. Foi uma escolha dela (Níveo Elísio).

Alana Lins e Vitória Sá, ao produzirem suas respostas, utilizaram tão somente o critério da cor da pele escura ou preta, bem como a clara ou branca, para a demonstração do que compreendem como negro e branco respectivamente.

Pode-se observar, de maneira semelhante, a resposta de Augusto Magno, que acrescentou ser negro aquele indivíduo que se declara como tal e que tem a cor da pele preta. Já, ao responder o que é branco, imediatamente fez uso de uma fala defensiva, afirmando “*achar ser normal ser branco ou negro*” e enfatizando ser um branco desprovido de qualquer tipo de preconceito. Por fim, diz que branco é ser um “*cidadão*” com seus direitos e deveres, o que, em última instância, não deixa de ser uma caracterização correta, embora destituída de qualquer reflexão que pudesse apontar as condições de privilégio ofertadas historicamente aos brancos que lhes permitem, inclusive, o desfrute dessa cidadania. Augusto Magno, com essa resposta, tão somente manteve sua linha discursiva de não diferenciação entre negros e brancos, apreendida em outros momentos da entrevista.

Níveo Elísio também define negro exclusivamente pela cor da pele, fazendo referência ao “mestiço” e ao “mulato”²⁷, sendo esse último termo rechaçado por parte da população mestiça e pelos movimentos sociais negros pela carga pejorativa que apresenta (SÍLVIA, 2018). Já na resposta sobre o que compreende por branco, afirma nunca ter pensado sobre a questão e oferece uma resposta evasiva, não atribuindo à condição de branco nenhum outro elemento que seja distinto de um mero acaso. Ainda afirma que, se fosse negro, não seria um problema, visto que tem uma irmã adotiva negra, deixando a entender que ela não tem problema com relação à sua condição racial e que uma possível diferença de status social entre ambos existe pelo fato de a irmã ter optado por não dar continuidade aos estudos. Importante observar que Níveo Elísio, como Augusto Magno, durante todo o percurso das entrevistas, mostrou-se incomodado com o tema proposto, mantendo sempre uma postura defensiva de não reconhecimento do privilégio branco e um discurso homogeneizador de indistinção entre negros e brancos.

Pode-se inferir, a partir de tal posicionamento, que Níveo Elísio tão somente esteja cumprindo os “termos contratuais” estabelecidos pelo “pacto narcísico da branquitude”, que, como já falado anteriormente, “é um acordo tácito entre os brancos de não se reconhecerem

²⁷ De acordo com o Diccionario de la Lengua Spañola, da Real Academina Española, “mulato” tem origem de “mulo”, aplicado primeiro a qualquer mestiço. Sendo “mulo” derivado do latim *mulus*, significa filho de burro e égua, quase sempre estéril. A biologia considera que os descendentes de diferentes espécies são inférteis. Porém segundo a visão tradicional, a palavra é de origem espanhola (conforme consta no dicionário oficial espanhol) e passou a ser utilizada nos tempos da escravidão negra nas Américas, tempos em que os conceitos antropológicos de raça hoje rechaçados ainda eram vigentes, o que evidenciaria o seu real emprego, na época, como termo ofensivo e desqualificador.

como parte absolutamente essencial na permanência das desigualdades raciais” (BENTO, 2002, l.343 - *E-book* Kindle). Nesse sentido, tais desigualdades passam a configurar como resultantes de fatores de ordem socioeconômica e/ou como falta de mérito individual e não como recursos estratégicos que sustentam, nas sociedades estruturadas pela supremacia racial branca, a manutenção dos privilégios materiais e simbólicos para os que pertencem ao grupo racial hegemônico. Assim, a branquitude introjetada e experienciada como norma presenteia o branco com a possibilidade de “*nunca pensar sobre isso*”, tornando a sua identidade racial supostamente invisível e tendo como consequência a ausência de questionamento sobre suas vantagens raciais, visto ser desprovido de autoconsciência.

No campo acadêmico que se dedica ao estudo da branquitude, o tema da invisibilidade tem sido objeto de questionamento por diversos pesquisadores, como se pode observar nos trabalhos de Frankenberg (2004), Oliveira (2007), Schucman (2012), Piza (2016) e Cardoso (2017). Se, por um lado, existe o argumento de que o caracterizador da identidade racial branca seja a invisibilidade, compreendida como a impercepção, por parte de alguns brancos, de sua racialização e dos privilégios a esta relacionados, o que faz com que tal identidade seja vivenciada como “norma”, por outro, ela pode passar a ser visível, sobretudo quando o lugar de privilégio branco é, de alguma forma, ameaçado em sua hegemonia. Portanto, segundo Frankenberg (2004), a branquitude tanto pode esconder-se por trás dessa “invisibilidade” como revelar-se de forma quase tangível, dependendo dos interesses presentes nessa arena de relação de poder.

Importante ressaltar que o que não é percebido por essa cegueira relativa de alguns brancos constitui-se em obviedade escancarada para a maioria dos negros, visto que a eles os privilégios da branquitude historicamente foram e são negados. Assim, esse jogo de invisibilidade para alguns e visibilidade para outros vai mantendo-se sob regras injustas, já que essa invisibilidade, de acordo com Frankenberg (2004), somente é possível em sociedades subsumidas pelo poder hegemônico da supremacia racial branca. Consequentemente, como demonstra Schucman (2004), se, de um lado, o negro não tem poder de racializar o branco, de outro, este pode não se perceber como mais uma das identidades raciais, por entender ser pertencente àquela que é a norma, sendo, portanto, referência que deve ser alcançada nos níveis econômicos, morais, estéticos, intelectuais, etc.

A partir do que foi apreendido ao longo das entrevistas realizadas com Níveo Elísio e Augusto Magno, especificamente no que se refere à postura de constante defensiva e de evidente demonstração de indiferença à temática racial, pode-se recorrer à distinção realizada por Miranda (2017) entre invisibilidade e neutralidade da branquitude. Para o autor, embora a neutralidade, diferentemente da invisibilidade, refira-se à consciência com relação aos

privilégios de ser branco em uma sociedade racialmente hierarquizada, há um “posicionamento ativo, dissimulado e intencional de omissão e indiferença frente aos privilégios” (MIRANDA, 2017, l.18 - *E-book kobo*). Tal postura é reforçada pela ausência de autocritica que se estabelece, não pela impercepção das “regalias” historicamente concedidas ao grupo branco, mas em virtude da manutenção da zona de conforto forjada na não implicação com as consequências advindas de tais regalias para os não brancos, como para o fortalecimento desse lugar e permanência nele.

Na esteira do discurso de Níveo Elísio e Augusto Magno, temos as respostas de Valentina Luz, que se utiliza tanto do critério da cor ou “tonalidade” da pele para definir o que é negro e branco quanto do argumento da indistinção entre ambos:

Ah, pra mim é ter uma tonalidade de pele diferente e ter características físicas mais próprias. Às vezes, eu vejo que o negro tem o lábio maior, o narizinho maior e a cor da pele negra, né? Mas, pra mim, é todo mundo igual mesmo. Não tem diferença, entendeu? [...]
A minha pele ser clara, isso é ser branco. Quando minha filha nasceu, e eu falei que era branca era porque a pele dela era clara. Pra mim é a minha resposta. Eu nasci pobre também. Meu pai era motorista, minha mãe do lar, meus irmãos são pedreiros. Então, assim, eu não sei. Eu não vejo muita diferença nesse sentido. Eu não moro num bairro rico. Eu moro num bairro pobre. Pra mim é questão de pele mesmo. Nasci branca. Sou branca porque minha pele é clara (Valentina Luz).

Valentina Luz também recorre ao discurso de classe, ao afirmar um passado desprovido de privilégios materiais, a fim de justificar a sua não percepção da diferença entre negros e brancos. Interessante ressaltar que tal indistinção não foi feita em respostas anteriores, cujas perguntas não implicavam comparação direta entre brancos e negros. A indiferenciação somente surge nesse momento, quando a convidado a refletir simultaneamente sobre ambos.

Schucman (2014) relaciona o pertencimento de determinados sujeitos ao grupo de brancos e à condição de classe. Para a autora, em seu trabalho, ficou evidente como os sujeitos diferenciavam e hierarquizavam os próprios brancos a depender da condição socioeconômica em que eles se encontravam. Daí o nome de sua obra – *Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo* (2014) – em que as gradações do branco vão intensificando-se em alvura na proporção direta do local de poder em que o sujeito se encontra dentro da hierarquia social. Assim, o branquíssimo seria aquele branco pertencente ao estrato de uma elite econômica, e o encardido, aquele localizado no nível mais pauperizado da sociedade.

Nesse sentido, Valentina Luz, por ter vivido boa parte de sua vida em uma condição que considerava de pobreza e, portanto, em condições socioeconômicas similares aos negros, experienciou uma possibilidade de relações raciais mais harmoniosas e menos assimétricas (SCHUCMAN, 2014), o que pode ter contribuído para a construção de uma visão de indiferenciação entre brancos e negros, bem como a dificuldade de percepção dos próprios privilégios advindos de sua pertença racial.

Em que pese o fato de Valentina Luz reproduzir um discurso que desvela o caráter de não marcação da branquitude, fica evidente o quanto tal invisibilidade é relativa, visto que, em outras respostas, não só demonstrou serem-lhe perceptíveis as inúmeras situações de condições de vulnerabilidade dos negros, mas também não teve dúvidas ao reivindicar a cor branca de sua filha, quando, na maternidade, foi-lhe imputada a cor parda por uma heteroclassificação. Nesse sentido, infiro que Valentina Luz não seja desprovida de autopercepção quanto à sua racialidade, mas que tal capacidade de se perceber como branca não é acompanhada de um processo reflexivo que permita autocrítica, seja de sua pertença racial, seja dos privilégios a ela relacionados.

A complexidade em torno de tais definições, menos do que fatores que estão na ordem da percepção individual e particular, ocorre porque

as categorias sociológicas de etnia, cor, cultura e raça se entrecruzam, se colam e se deslocam uma das outras, dependendo do País, região, história, interesses políticos e época em que estamos investigando. Ser branco e ocupar lugar simbólico da branquitude não é algo estabelecido por questões apenas genéticas, mas sobretudo por posições e lugares sociais que os sujeitos ocupam [...]. Nesse sentido, ser branco tem significados diferentes, compartilhados culturalmente em diversos lugares (SCHUCMAN, 2012, p. 23).

Tal proposição de Schucman (2012) desvela-se nas falas dos participantes que, a partir de suas trajetórias, incluindo seus pertencimentos de classe e os padrões de relacionamentos com brancos e não brancos, bem como as diversas subjetivações produzidas por uma sociedade estruturada no racismo e nas desigualdades raciais, demonstraram a visão que têm a respeito de suas próprias identidades raciais.

Muito da minha trajetória de homem branco assemelha-se ao que foi possível apreender das trajetórias de alguns participantes. Por ter infância e adolescência marcadas pela precariedade econômica e facilidade de trânsito entre os universos branco e negro, o que Telles (2003) chamou de “relações raciais horizontais”, fui construindo um discurso de indiferenciação entre negros e brancos, influenciado naturalmente pela ideologia da democracia racial, inclusive no que se referia ao enaltecimento da meritocracia. Utilizo a palavra “discurso”

e não “ideia” ou “concepção”, pelo fato de hoje, seja pela imersão nos estudos das relações raciais, seja pelos potentes afetos vividos com não brancos, eu ter a possibilidade de acessar a memória e perceber que, menos do que a indiferenciação com relação aos negros, havia uma diferenciação com relação a outros brancos que se encontravam em condições socioeconômicas superiores à minha.

Durante muito tempo, seja pelo processo de naturalização do *status quo* branco, o qual me favorecia no sentido da isenção e falta de reflexão crítica, seja pelas defesas em me assumir pertencente ao grupo que produz e mantém o racismo, fui substituindo a percepção que, desde muito cedo, tinha dos privilégios que me diferenciavam dos negros com os quais convivía, pelo discurso liberal meritocrático. Dessa forma, tal discurso, além de fortalecer minha isenção, como justificava de minha ascensão social, afastou-me da convivência com os negros e fortaleceu minha relação com os brancos que ocupavam *status* social superior ao meu.

7.3.4.2 Equidade racial em saúde pela perspectiva da branquitude

As discussões até aqui apresentadas desvelaram alguns atributos da branquitude dos médicos de família, atributos estes que a caracteriza como uma representação social do que é ser branco na sociedade brasileira. Uma identidade racial opera como uma organização simbólica, sobre a qual se desenvolvem determinadas maneiras de estar no mundo, amparadas por certos discursos e pensamentos que condicionam sobremaneira as práticas cotidianas e as relações sociais dos brancos em um potente processo de produção subjetiva. Processo de subjetivação que vem assegurando a estabilidade e a naturalização da branquitude como lugar de poder e de privilégios materiais e simbólicos, a partir dos quais se produzem e mantêm as desigualdades e iniquidades raciais.

Foi uma opção para a produção das análises e discussão desta pesquisa seguir uma trajetória em que se pudesse revelar gradativa e particularmente os “olhares brancos” mais desarmados, as nuances de uma racialidade nem sempre facilmente perceptíveis. Digo “olhares brancos”, visto que aos negros, historicamente subjugados pela supremacia racial branca, restou tão somente a possibilidade de resistência pelo escrutínio secular do branco opressor.

Dessa forma, optei por utilizar como último tópico de discussão aquele que julguei mais revelador de uma característica muito peculiar da identidade racial branca, já abordado ao longo deste trabalho, que é o “pacto narcísico” da branquitude. Tal acordo tácito apresentou-se de forma flagrante na contradição das respostas da quase totalidade dos participantes, quando

confrontados com duas questões: a primeira, referente ao que julgam como causas das iniquidades raciais em saúde, após serem apresentados a alguns dados estatísticos que comprovam tais iniquidades e a outros que demonstram a diferença de rendimentos entre brancos e negros no mesmo patamar socioeconômico; e a segunda, referente à pergunta de como, no cotidiano do exercício profissional, realizam ações de promoção da equidade racial.

Apresento, primeiramente, algumas das respostas relacionadas ao que entendem como causas das iniquidades raciais em saúde:

Pela vulnerabilidade, pelo problema racial, preconceito, discriminação [...] (Cândida Mara).

Ah, racismo mesmo. Eu acho [...] porque essas pessoas são jogadas à margem, eles ficam à margem, né? (Lívia Rosa).

Ah, com certeza por conta do preconceito, né? Por ainda ser marginalizado, muitas vezes, por ter ainda ascensão social deficiente [...] (Valentina Luz).

Tem a discriminação no próprio sistema de saúde de achar que pode tratar diferente [...]. Tratam-se os pobres de forma diferente, essa é uma verdade, tanto brancos quanto negros, mas eu acho que uma dosagem maior de indiferença quanto se trata de negros (Clara Carolina).

Por exclusão, preconceito. Isso eu não tenho dúvida. Inclusive da área de saúde [...], violência obstétrica é fato. As mulheres chegam relatando como foram tratadas nos serviços, desmerecidas. Isso não acontece com a população branca. A gente tem muito mais pacientes negras grávidas e usuárias nossas do SUS da unidade do que mulheres brancas. A diferença é brutal. A expectativa de vida, mesma coisa. A violência externa tá muito maior com os negros. Se eu vejo um branco de casaco e com capuz aí na frente, eu não vou chamar a polícia. Eu não, eu não chamo para nenhum deles. Mas se alguém ver ali [um negro], vai chamar, falando que tá um perigo (Aline Lúcia).

Cândida Mara, Lívia Rosa, Valentina Luz, Clara Carolina e Aline Lúcia demonstram nesses fragmentos de suas respostas a percepção de que as iniquidades raciais em saúde são produzidas a partir do “preconceito racial”, da “discriminação” e do “racismo”. Em outros trechos da mesma resposta, fazem pontuações referentes à precariedade econômica e todas as consequências dela advindas, como dificuldade de acesso, deficiência na educação, violência urbana e precárias condições de moradia, como situações que influenciam nas estatísticas das iniquidades raciais em saúde, por mim apresentadas na elaboração da pergunta. No entanto, percebe-se, nesse momento, menos do que a visão economicista que delega a vulnerabilidade dos negros à precariedade econômica, a perspectiva centralizada na raça como geradora tanto dessa precariedade quanto de suas consequências.

Vejamos um outro trecho da resposta de Clara Carolina que bem nos explica tal perspectiva:

Eles [negros] estão mais vulneráveis e susceptíveis a esses tipos de agravos [...]. A menor expectativa de vida já começa com uma questão de um ambiente com uma carência econômica, que leva a uma má alimentação, que leva a morar numa casa que não tem uma estrutura, uma higienização, um esgoto [...]. Às vezes é localizada num ponto de vulnerabilidade, num sentido de drogas e tal... Aí já vem essa questão de homicídios [...] Expectativa [de vida] eu acho que entra a alimentação, os recursos, não consegue um plano de saúde. Às vezes, trabalhos extenuantes, né? Sem uma alimentação adequada, a falta de acesso a medicamentos porque tá desempregado [...]. Essa questão das doenças infecciosas, eu acho que por questão estrutural de morar em áreas de risco e talvez menos consciência sobre essas doenças, porque talvez menos acesso à informação ou porque entendem menos as informações que são dadas pelo grau de escolaridade (Clara Carolina).

A proposição de Clara Carolina está de acordo com o que Almeida (2018) analisa sobre a questão racial no âmbito econômico a partir da obra *An American Dilemma: the Negro Problem and the American Democracy* (1944), do pesquisador sueco Gunnar Myrdal (1898-1987). Para o pesquisador, ganhador do prêmio Nobel de economia de 1974, a situação da população negra poderia ser explicada a partir do que denominou como “causas cumulativas”:

Um exemplo: se pessoas negras são discriminadas na educação, é provável que tenham dificuldades para conseguir um trabalho. A educação precária também leva à desinformação quanto aos cuidados que deve ter com a saúde. O resultado é que com menos dinheiro e menos informação relativos aos cuidados com a saúde, a população negra terá maiores dificuldades não apenas para conseguir trabalho, mas para nele se manter. Além disso, a pobreza, a pouca educação formal e a falta de cuidados médicos ajuda a reforçar estereótipos racistas, tais como a esdrúxula ideia de que negros tem pouca propensão para trabalhos intelectuais, completando-se assim um *circuito fechado* em que a discriminação gera ainda mais discriminação (ALMEIDA, 2018, p. 123).

Tais causas cumulativas, segundo o pesquisador sueco, eram consequências diretas de como a sociedade norte-americana, com sua política segregacionista, tratava os negros. Afirmando que tal tratamento era incompatível com a economia que se pretendia avançada e democrática, advogava que o Estado e suas instituições, na perspectiva dos valores de liberdade e igualdade e do pensamento econômico desenvolvimentista, deveriam reduzir o preconceito contra os negros, integrando-os à sociedade industrial, rompendo o círculo vicioso do racismo (ALMEIDA, 2018).

Em contraposição a Gunnar Myrdal, Almeida (2018) baseia-se no sociólogo Oliver Cox (1901-1974), que, a partir das teorias marxistas, afirmava que os conflitos raciais consistem em um fenômeno da modernidade, quando a exploração racial surgiu e se desenvolveu na sociedade europeia

junto com o capitalismo e o nacionalismo. Para o sociólogo, o ódio racial era estrutural para a exploração capitalista e construiu a “tese de que o racismo é derivado das relações econômicas capitalistas e compõem um aspecto essencial da luta de classes” (ALMEIDA, 2018, p. 124).

Myrdal e Cox, embora de maneiras distintas, pensavam o racismo como algo não exterior à economia, mas parte integrante e fundamental das relações socioeconômicas. Enquanto, para o primeiro, o racismo se solucionaria a partir de mudanças institucionais e de reorientação moral, para o segundo, seria a partir de mudanças estruturais na sociedade capitalista. Para ambos, alcançar tal intento demandaria, além de transformações comportamentais, profunda interferência na relação Estado/mercado (ALMEIDA, 2018).

Para Almeida (2018), é importante ressaltar que o racismo se manifesta no campo econômico, de forma objetiva (a política econômica de uma dada sociedade estabelece e mantém privilégios para o grupo racial dominante em detrimento do que constitui a “minoría”, como no Brasil, com sua política tributária, cuja arrecadação de impostos é feita primordialmente sobre salário e consumo, e não sobre patrimônio e renda, resultando em um peso desigual sobre pobres e assalariados, majoritariamente negros) ou subjetiva (o racismo, de maneira não específica e diretamente econômica, atua no processo de naturalização da pobreza do segmento negro da população, argumento amplamente utilizado pelos participantes em vários momentos do percurso das entrevistas). Logo, ao manifestar-se no campo econômico de forma subjetiva, o racismo

ajuda a legitimar a desigualdade, a alienação e a impotência necessárias para a estabilidade do sistema capitalista. O racismo faz com que a pobreza seja ideologicamente incorporada quase como uma condição ‘biológica’ de negros e indígenas, naturalizando a inserção no mercado de trabalho de grande parte das pessoas identificadas com esses grupos sociais com salários menores e condições de trabalho precárias (ALMEIDA, 2018, p. 135).

Clara Carolina e Livia Rosa fazem referência ao “preconceito” racial e ao que ocorre dentro do próprio SUS, o que caracteriza o racismo institucional na saúde, objeto de enfrentamento da PNSIPN e da campanha publicitária lançada pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Direitos Humanos do Governo Federal, em 2014, com o *slogan* “Racismo faz mal à saúde. Denuncie” (MINSITÉRIO DA SAÚDE, 2014). Já no mês de lançamento, ela foi alvo de uma nota de repúdio emitida pelo Conselho Federal de Medicina, argumentando sobre a existência dos problemas estruturais do SUS, para justificar o quadro das iniquidades em saúde, desconsiderando o recorte racial e eximindo os médicos de qualquer responsabilidade na produção do racismo institucional nos equipamentos públicos de saúde (COSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

Diferentemente do que disseram quando indagadas sobre as determinações sociais em saúde da população negra, cujo conteúdo das respostas se assentou no reducionismo econômico, nesse momento tais participantes fazem referência ao “preconceito racial” e à “discriminação” como determinantes para a produção das iniquidades raciais. Embora os termos usados façam alusão mais às concepções individualistas do racismo do que ao seu caráter estrutural e institucionalizado, já demonstra ruptura do silenciamento quanto aos mecanismos racistas que operam na produção das inúmeras estatísticas das iniquidades raciais em saúde e da possibilidade de compreensão de que a raça é um marcador determinante da desigualdade econômica.

Por outro lado, outros participantes permaneceram restritos ao reducionismo econômico, negando o racismo e a discriminação racial como determinantes para a produção das desigualdades e iniquidades raciais em saúde:

Falta de acesso, de oportunidades, um ciclo que não acaba nunca. É o acesso à educação, acesso ao lazer ou acesso a outro baile que não seja o baile funk. Não que ele seja ruim, mas é sempre. Não tem como. A pessoa tem que ter uma personalidade muito boa, uma cabeça muito iluminada pra sair daquele meio ali que ela sabe que só tem aquilo (Alana Lins).

Porque com certeza é uma classe [...]. Acho estranho falar classe porque eu denoto que... Né? Mas se tratando de Brasil, nitidamente você vê que a população negra, ela tem muito menos acesso a essa coisa de que eu te falei de buscar a informação. Acho que, de certa forma, o negro também se sente... Ou ele se sente menor ou ele chega muito... agressivo, entendeu? Achando que todo mundo vai maltratá-lo, que todo mundo vai deixá-lo... Vai fazer alguma coisa que não seja condizente com a pessoa dele só por causa da questão racial. Eu acho que o negro tem muito isso embutido dentro dele. Então, ele já chega armado também pra muita coisa. Mas nitidamente é uma área, é uma população que tem menos acesso a uma escola de bom padrão, a fomentos educacionais, culturais (Vitória Sá).

Eu acho que tudo tá condicionado às condições sociais, porque eu acho que as condições de acesso a eles tá bem restrita, né? E hoje também é o seguinte... Eu acho que o preconceito escancarado, assim, ele não existe mais, até pelas leis. Hoje em dia, as pessoas têm até um pouco de receio. As manifestações diminuíram muito, né? A gente percebe que diminuiu (Augusto Magno).

Eu achava realmente assim, antes de você ler a pergunta, que era mais com relação socioeconômica, mas, como você, na pergunta, disse que é desigualdade no mesmo patamar socioeconômico, aí, eu já não sei te responder [Você tem ideia ou imagina o que pode ser a causa das iniquidades raciais?] Não, não imagino (Alvo Lúcio).

A gente tá numa região que tem também os seus problemas socioeconômicos e são importantes, mas, por exemplo, aqui essas coisas são mais tranquilas. Realmente eu não vou saber se tá relacionada com a questão racial. Talvez seja mais relacionado por desorganização do poder público da ocupação do próprio espaço, que facilita na medida em que permite aglomerações de

peessoas, independente de raça e tudo mais em que o poder público não consegue chegar por falta de acesso físico. Você tem milhares de pessoas misturadas, com pouco acesso, onde o braço do Estado não vai [...] porque senão a gente poderia pegar, às vezes, locais e não deveria ter problema nenhum, mas tem. Então eu acho que as questões são das dificuldades de uma forma geral, por falta de questão financeira mesmo (Níveo Elísio).

Alana Lins justifica as iniquidades raciais em saúde pela “*falta de acesso e oportunidades*”, fazendo referência ao que poderia estar próximo das “*causas cumulativas*” de Myrdal (ALMEIDA, 2018), quando se refere a um “*ciclo que não acaba nunca*”. Entretanto, embora tenha manifestado, de maneira superficial e não reflexiva, a percepção da existência desse “*circuito fechado*”, que produz e reforça o racismo e a discriminação dos negros, ambos não foram em momento algum mencionados como causadores das iniquidades raciais em saúde. Alana Lins ainda reproduz o discurso estereotipado quando se refere ao *Funk* como a única possibilidade de lazer dos negros, o que evidencia, além da visão particularizada que desvela pouco conhecimento sobre as formas de sociabilidades dos não brancos, juízo de valor que hierarquiza as escolhas ou opções de lazer dos negros, como se elas estivessem em um patamar inferior aos dos brancos.

Vitória Sá já inicia sua resposta dizendo que os negros constituem uma “*classe*”. Imediatamente se dá conta da inadequação do termo, afirmando “*achar estranho*” usá-lo, embora interrompa a fala sem explicar as razões para tal estranhamento. Faz referência à falta de acesso à informação como uma das causas das iniquidades raciais. Inicia uma linha discursiva sobre a autopercepção por parte dos negros sobre uma suposta inferioridade, o que os torna agressivos e defensivos nas relações com os brancos. Finaliza sua fala retornando às questões de falta de acesso às possibilidades de boa educação e cultura.

Vitória Sá, também uma das entrevistadas que mais demonstrou manifestações de desconforto e defensiva com relação ao objeto desta pesquisa, menos do que produzir uma resposta assentada em reflexões críticas sobre a questão proposta, valeu-se de um recurso típico dos processos defensivos da branquitude, que é transferir para o negro a responsabilidade dos efeitos racistas produzidos nas relações com os brancos. Ao enfatizar a agressividade dos negros deflagrada pela sensação de inferioridade, Vitória Sá não só os culpabiliza pelo racismo que sofrem, mas também desconsidera que a “*ausência de referenciais positivos sobre si próprio para manter sua autoestima e o seu autoconceito, valorizando suas características*” (BENTO, 2016, l. 381 - *E-book* Kindle), tem como fator causal a herança simbólica e concreta extremamente positiva do grupo branco, que, para mantê-la, precisa reificar o negro pela criação das mais variadas representações negativas.

Além disso, Vitória Sá, ao “fugir do tema” proposto na pergunta, deslocando o foco para os comportamentos defensivos dos negros, retrata o que Bento (2016) analisou como dois processos que, em certa medida, são naturais no desenvolvimento dos sujeitos brancos:

[...] ter a si próprio como modelo e projetar sobre o outro as mazelas que não se é capaz de assumir, pois maculam o modelo [...] O primeiro está associado ao narcisismo e, o segundo, à projeção. No entanto, no contexto das relações raciais eles revelam uma faceta mais complexa porque visam justificar, legitimar a ideia de superioridade de um grupo sobre o outro e, conseqüentemente, as desigualdades, a apropriação indébita de bens concretos e simbólicos, e a manutenção de privilégios (BENTO, 2016, 1.448 - *E-book kindle*).

Augusto Magno faz referência à condição socioeconômica como a que produz as iniquidades raciais pela dificuldade de acesso, porém fornece sua impressão, em flagrante e recorrente postura defensiva, de que atualmente as “*manifestações de preconceito*” diminuíram. Como já explicitado, essa também é mais uma das características da branquitude que, diante da incontestável realidade das desigualdades raciais, embora adote conduta de reconhecimento de tais disparidades, sempre recorre a justificativas que negam a discriminação racial como elemento causal. Assumir tal realidade é deparar-se com a insuficiência dos argumentos que justificam as desigualdades raciais exclusivamente pela perspectiva do negro, “herdeiro da senzala”, e com a privilegiada herança do grupo branco que tem relação direta com a condição histórica do negro no Brasil.

Já Alvo Lúcio, em sua resposta, deixa evidente o entendimento de que as iniquidades raciais em saúde seriam produzidas pelas condições socioeconômicas da população negra. Entretanto, a partir da apresentação de estatísticas que comprovam as desigualdades de rendimentos entre brancos e negros localizados no mesmo estrato social, diz não saber a razão para as iniquidades raciais em saúde. Ainda insisti na perspectiva de estimular possibilidade de resposta, mas não tive êxito, já que Alvo Lúcio reiterou não imaginar qual seria a causa de tais disparidades. Momento flagrante do pacto narcísico da branquitude, já que em outros momentos da entrevista, porém fora do contexto de uma pergunta direta sobre o que seriam as causas das iniquidades raciais em saúde, ele demonstrou a percepção de que o racismo se constitui como um determinante para o processo saúde e doença da população negra. Dessa forma, quando afirma “*não imaginar*” o que seria uma causa para as iniquidades raciais em saúde, para além da precariedade socioeconômica, permitiu-me inferir que, naquele momento, dissimulava com a intenção de resguardar a visibilidade das implicações de seu grupo de pertença na produção de tais iniquidades raciais.

Níveo Elísio, também mantendo postura defensiva de outros momentos da entrevista, fornece como justificativas para as iniquidades raciais em saúde os determinantes socioeconômicos e a ausência do poder público nos espaços de aglomerados populacionais. Porém enfatiza a indistinção entre negros e brancos, inclusive utilizando como justificativa o fato da existência de países com população majoritariamente branca, onde existem os mesmos problemas que atingem os negros brasileiros. Aqui, também, observa-se, na radicalidade, a intenção de deslocar o elemento causal das desigualdades e iniquidades raciais em saúde ao campo circunscrito dos condicionantes socioeconômicos, o que, naturalmente, como aponta Bento (2016), neutraliza qualquer possibilidade de implicação do racismo do grupo branco na produção e manutenção das disparidades raciais, além de impedir a contextualização das diferentes dimensões dos privilégios desse grupo.

Assim, apesar da percepção consciente do ato, Níveo Elísio, recorrendo novamente ao discurso homogeneizador, que tende a situar negros e brancos pobres em um mesmo patamar de vulnerabilidades, resguarda os benefícios historicamente concedidos à branquitude, visto que “é importante, tanto simbólica como concretamente, para os brancos, silenciar em torno do papel que ocuparam e ocupam na situação de desigualdades raciais no Brasil” (BENTO, 2016, 1.390 - *E-book* kindle), já que tal silêncio é potente estratégia de proteção de uma série de interesses que estão em jogo nas relações raciais que se estabelecem cotidianamente.

O que se evidencia como ponto comum da linha discursiva desses cinco participantes é a perspectiva reducionista de suas falas, que retomam a ordem econômica como condicionante para a produção das iniquidades raciais em saúde. Observa-se, também, absoluta invisibilidade do racismo em quaisquer de suas dimensões como determinante social para a construção e manutenção de tais iniquidades, o que, em última instância, promove a isenção e não implicação do grupo de pertença dos médicos de família brancos na manutenção dessas disparidades raciais. Tais evidências já foram amplamente discutidas e analisadas pela pesquisadora Maria Aparecida Silva Bento, uma das pioneiras dos estudos críticos da branquitude no Brasil, para a qual o primeiro e mais importante aspecto que chama a atenção nos debates das desigualdades raciais é

o silêncio, a omissão ou a distorção que há em torno do lugar que o branco ocupou e ocupa, de fato, nas relações raciais brasileiras. A falta de reflexão sobre o papel do branco nas desigualdades raciais é uma forma de reiterar persistentemente que as desigualdades raciais no Brasil constituem um problema exclusivamente do negro, pois só ele é estudado, dissecado, problematizado (BENTO, 2016, 1.352 - *E-book* Kindle).

Portanto, segunda a autora, esse “silêncio”, “omissão” ou “distorção” do lugar que o branco ocupa na dinâmica da produção das desigualdades raciais no Brasil é acompanhado do

potente componente de autopreservação, que se sustenta no esforço permanente de manutenção do grupo branco como grande ou única referência de condição humana. Assim, recorre-se ao narcisismo, que, na perspectiva psicanalítica freudiana, seria o *amor a si mesmo*, condição inexorável para a preservação do sujeito e que, ao mesmo tempo, gera aversão ao outro, estranho e diferente (BENTO, 2016).

Realizada a investigação quanto ao entendimento dos participantes sobre as causas das iniquidades raciais em saúde, perguntei diretamente como se dá, em seus cotidianos de trabalho como médicos de família, a promoção da equidade racial em saúde. Apesar da não familiaridade ou da resistência com o objeto desta pesquisa, todos responderam às perguntas referentes ao entendimento sobre equidade em saúde e compartilharam algumas práticas que julgam como de promoção de equidade nos seus cotidianos de trabalho. Todavia, diante da questão específica da equidade racial, com exceção de apenas uma participante, o restante respondeu não realizar nenhuma ação voltada à promoção da equidade racial em saúde, como se pode observar nas respostas:

Eu acho que não paro pra prestar atenção nisso, não! Eu não consigo ver aonde que eu faço diferente nesse recorte... pra brancos e negros (Lívia Rosa).

Nunca parei pra pensar nisso, não, porque é aquilo que eu te falei, eu tento tratar todo mundo igual, entendeu? Então, eu tento ver só a necessidade mesmo daquela pessoa. Eu não paro pra pensar nisso. Não vejo diferença, entendeu? Eu sei que ela existe, ela tá aí, a gente lê e é falado, a gente vê isso de perto, mas, quando tá aqui comigo, eu não fico pensando na cor, entendeu? (Valentina Luz).

Eu acho que eu não faço nada focado pra isso, porque eu nunca parei pra pensar nisso... Falar que eu crio alguma coisa, que eu penso esse grupo de forma diferente, não! Se eu faço, eu faço no automático, porque eu acho que seriam até políticas públicas de forma mais abrangente que resolveriam, né? Tanto que eu sou a favor de cotas, toda essa questão, mas falar que eu faço algo especificamente que pudesse atingir esse público, dar mais condições a ele, não, eu não faço (Clara Carolina).

Não, realmente eu nunca tinha pensado nesse ponto, né? É uma questão mais que eu vejo da equidade aqui é com relação à condição da pessoa... Qualquer vulnerabilidade, a equidade racial, não (Alvo Lúcio).

Lívia Rosa, Valentina Luz, Clara Carolina e Alvo Lúcio respondem que não realizam nenhuma ação específica voltada à promoção da equidade racial em saúde dos sujeitos negros que atendem, por nunca terem refletido sobre essa questão em seus cotidianos de trabalho.

Valentina Luz diz atender todos de maneira igual, embora tenha dado exemplos de algumas práticas que compreende como de promoção da equidade em saúde, quando, em momento anterior da entrevista, foi questionada sobre essa questão específica. Além disso,

afirma não ver diferença entre brancos e negros durante seus atendimentos, em que pese saber que tais diferenças existem. A despeito do fato de Valentina Luz, como visto em outra seção deste trabalho, reconhecer a condição racial do negro como um condicionante para a produção de desigualdades no acesso aos serviços de saúde, tal percepção, bem como as de outras distinções entre brancos e negros, não são suficientes para suplantar a naturalização de tais diferenças. Nesse sentido, como veremos mais adiante também na fala de outra entrevistada, somente o conhecimento das iniquidades raciais por aquilo que se apreende por meio do que “*se lê*” e é “*falado*”, não basta para romper, seja com as inúmeras representações sociais construídas e assimiladas sobre o que é ser branco e negro em uma sociedade hegemonicamente branca e racialmente hierarquizada, seja com o pacto de autopreservação do sujeito branco e de seu grupo de pertença.

Aqui novamente retomo o que já foi apontado anteriormente por Bento (2016), no que se refere ao silêncio, à omissão e à distorção do branco na situação das desigualdades raciais: “É como se o diferente, o estranho, pusesse em questão o ‘normal’, o ‘universal’ exigindo que se modifique, quando se autopreservar remete exatamente à imutabilidade” (BENTO, 2016, l. 439 - *E-book* Kindle). Logo, para que tal imutabilidade do *status quo* branco permaneça, faz-se essencial não somente a naturalização da diferença, mas, em muitos casos, o seu apagamento.

Clara Carolina, por sua vez, utiliza como justificativa para sua postura de indistinção entre brancos e negros e a ausência de ações específicas de promoção da equidade racial em saúde, a necessidade de “*políticas públicas mais abrangentes*” relacionadas a essa questão. Tal afirmativa corrobora o seu desconhecimento da existência da PNSIPN, bem como a de outras políticas públicas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), que se fundamentam na interseccionalidade dos recortes de raça, gênero, sexualidade e classe. Em que pese a limitação na implementação efetiva de tais políticas, estudá-las e conhecê-las já possibilitaria o acesso a determinadas reflexões sobre a influência desses recortes na construção das mais diversas disparidades e iniquidades em saúde.

Já Alvo Lúcio diz utilizar qualquer aspecto de “*vulnerabilidade*” dos sujeitos para pensar a equidade em saúde, excetuando a questão racial. Logo, percebe-se que não se trata tão somente de postura de indiferenciação entre os grupos raciais, mas de discriminação específica, já que o único critério desconsiderado na avaliação das vulnerabilidades é exatamente aquele que abarca as fragilidades distintivas do segmento não branco da população assistida. Nesse sentido, desvela-se o comportamento discriminatório racista, visto que a análise da vulnerabilidade, no sentido de se dar conta da adversidade da vida como componente do processo saúde e doença, desconsidera raça/cor como característica individual ou de grupo, que,

segundo Ayres *at al.* (1999), tanto podem implicar chances aumentadas de doenças como oportunidades restritas à proteção contra o adoecimento. O mesmo se observa nas respostas de Alana Lins e Augusto Magno:

Eu não faço essa distinção. Aqui, por exemplo, tem uma grande população negra, talvez a metade ou uns 60%. Eu não tenho essa distinção... Eu atendo todos por igual, porque eu não percebi essa necessidade de intervir nisso. Eu vejo a necessidade, independente da cor, do credo. É a necessidade daquela pessoa (Alana Lins).

A verdade é que eu nunca fiz nada específico assim pra questão racial, não, entendeu? Até porque, sinceramente, aqui no posto eu não vejo necessidade, não. Nunca tivemos nada específico não, até porque a gente nunca viu necessidade, né? (Augusto Magno).

Alana Lins e Augusto Magno afirmam não fazerem distinção entre brancos e negros em seus atendimentos, utilizando como justificativa a não percepção de necessidade para tal em seus cotidianos de trabalho. Alana Lins prioriza a necessidade individual das pessoas que atende, independentemente da “*cor*”, mantendo coerência em sua linha discursiva, visto que, em outros momentos da entrevista, já havia manifestado, como Augusto Magno, tal posicionamento de não diferenciação entre os grupos raciais. De qualquer forma, ao centrar sua conduta na “*necessidade da pessoa*”, desconsiderando as especificidades particulares relacionadas com o recorte racial, Alana Lins solapa as possibilidades de reconhecimento da maior vulnerabilidade dos negros em todas as instâncias da vida e produz, a partir desse processo de silenciamento das diferenças que se transformam em desigualdades injustas, a invisibilidade dos privilégios concretos e subjetivos da branquitude. Assim, se, por um lado, pode-se avaliar positivamente uma conduta que seja centrada nas necessidades dos sujeitos, por outro, percebe-se que a avaliação de tais necessidades, pelo olhar branco hierarquizado, exclui aspectos importantes que constituem a vida dos sujeitos não brancos.

Da mesma forma temos os posicionamentos de Taís Lucinda, Aline Lúcia e Vitória Sá:

Eu não vejo diferenciação pela cor, tá? Às vezes, eu vejo a percepção assim do momento do que tá acontecendo. Não sei se eu tô errada ou não. É mesmo pela fragilidade da pessoa, seja ela da raça negra ou não (Taís Lucinda).

Eu vou te falar, eu não sei se eu trabalho porque eu atendo todos iguais, entendeu? De verdade. Eu não admito desrespeito primeiramente [...], a não ser clinicamente, que eu vou passar um na frente do outro. Ninguém pode ser tratado pela cor, pela religião, destrutado ou rechaçado, né? De nenhuma maneira, né? Quem entra primeiro é quem precisa mais, independente de cor, raça, religião, qualquer coisa (Aline Lúcia).

Não! Eu posso até fazer um diferencial do que eu suponho ser um poder aquisitivo, mas que pese a validação da cor da pele, não, da questão racial pra mim, não. Se eu tiver duas pessoas e uma, pelo que eu conheço da história, tiver um perfil de poder econômico maior e eu tiver o mesmo recurso pra oferecer a uma, independente da questão racial, menor [poder aquisitivo], eu vou tentar passar pra outra pela dificuldade que ela vai ter em conseguir. Mas, assim, dizer que o tom de pele tenha peso, não tem (Vitória Sá).

Taís Lucinda afirma não “*ver diferenciação pela cor*”, mas “*pela fragilidade da pessoa*” independentemente da raça. Aline Lúcia, igualmente, diz que suas prioridades se fundamentam tão somente nos aspectos clínicos, e Vitória Sá restringe-se à avaliação das condições financeiras para pensar práticas de equidade. Percebe-se, assim, que os critérios avaliativos utilizados para planejar ações equitativas vão desde os de caráter subjetivo, como a “*fragilidade*”, até aos mais concretos, como as condições clínicas e financeiras. Em comum evidencia-se a desconsideração do recorte racial como condicionante na produção de práticas e ações que se proponham à promoção da equidade racial.

Como anteriormente detalhado, inúmeras pesquisas evidenciam inquestionavelmente as iniquidades raciais em saúde, as quais resultam das várias dimensões do racismo, bem como dos padrões de privilégios do grupo racial branco que existem em detrimento dos negros, para os quais esses privilégios foram e são historicamente negados.

Nesse sentido, é fato incontestável que na sociedade brasileira há profundas diferenças e desigualdades sociais segundo a raça/cor, e tais diferenças se constituem em maior vulnerabilidade, seja para o adoecimento, seja para a menor possibilidade de promoção da autonomia dos negros no processo de produção da saúde.

Entretanto, diante da apresentação de alguns dados das iniquidades raciais em saúde, os mesmos participantes, quando questionados sobre a realização de práticas de equidade racial, embora reconheçam o racismo como determinante social do processo saúde e doença da população negra, adotam postura de neutralidade frente às diferenças e desigualdades entre brancos e negros.

Tal fato evidencia a força que os processos de subjetivações produzidos pela hegemonia racial branca têm na constituição dos sujeitos brancos, inclusive naqueles portadores da branquitude crítica antirracista. Torna-se flagrante a labilidade da identidade racial branca em sua criticidade, seja quanto aos próprios privilégios, seja quanto aos efeitos nefastos resultantes das relações raciais hierarquizadas. Facilmente há o recrudescimento das estratégias defensivas da branquitude, sobretudo quanto maior for a tentativa de aproximação e implicação do branco com a questão racial.

Vejam, a partir da fala de Cândida Mara, como o poder da branquitude atua suprimindo a possibilidade de consciência crítica:

Eu já te falei em um outro momento aqui que eu tenho muita dificuldade de perceber essa diferença, porque pra mim não tem diferença, sabe? Eu achava que não tinha diferença, aí eu comecei a participar da Ciranda e eu comecei a ver que eu não percebia. Eu tinha que olhar com o olhar do negro e da negra que tava ali, porque pra mim era todo mundo igual. Então eu não percebia a diferença, não. Aí na Ciranda eu comecei, na minha participação, [...] a me atentar pra isso. São pessoas discriminadas a vida inteira, gente, já nascem sendo discriminados, né? Na escola, não tem oportunidade igual outros brancos têm, e aí eu comecei a olhar diferente pra essas pessoas, sabe? Porque pra mim era tudo igual, insisto em falar isso, porque eu tinha muita dificuldade, sabe? E não é igual pela carga de sofrimento que essas pessoas têm, mas eu acho que eu trato da mesma forma. É igual, eu não trato diferente (Cândida Mara).

Cândida Mara inicia sua fala reiterando sua dificuldade em perceber as diferenças entre negros e brancos, em um flagrante movimento que confirma a visão indiferenciada, para quase imediatamente se contradizer, referindo-se à mudança no olhar após sua passagem pela “Ciranda Cidadã”. Afirma que, após a experiência na Ciranda, onde teve a oportunidade de entrar em contato de maneira mais aprofundada com as questões referentes às relações raciais, passou a “*ver o que não percebia*” e que, segundo ela, foi necessário “*olhar com o olhar do negro e da negra*” para atentar-se às diferenças que não reconhecia: “*a discriminação desde o nascimento, a diferença de oportunidades entre negros e brancos e a maior carga de sofrimento dos negros*”. Entretanto, a despeito de tais possibilidades encontradas na roda da Ciranda, Cândida Mara, mesmo demonstrando criticidade com relação à sua condição de privilégio de mulher branca, bem como às inúmeras vulnerabilidades dos não brancos, por fim, assume não fazer nenhuma forma de distinção entre negros e brancos no exercício de seu ofício como médica de família. Portanto, embora reconheça as diferenças e desigualdades injustas, Cândida Mara não promove a equidade racial pelo suposto tratamento indiferenciado desses dois grupos.

A experiência referida por Cândida Mara da vivência de discussões sobre as relações raciais promovidas pela “Ciranda Cidadã” decerto não apenas lhe possibilitou o exercício da alteridade “*ao olhar com o olhar do negro*”, mas também o de incipientemente racializar-se e perceber, em certa medida, os próprios privilégios materiais e simbólicos inerentes à sua pertença racial. O seu relato está de acordo com que Piza (2016) descreveu como a entrada para a branquitude: o branco, geralmente subsumido à norma hegemônica de seu grupo, apresenta um olhar neutro sobre o mundo, já que se entende como a única referência de humanidade, a partir da qual tenta compreender o não branco, elidindo-se de sua própria racialidade.

Entretanto, ao entrar em contato com aspectos de sua identidade racial, sofre impacto semelhante ao experimentado quando se bate a uma porta de vidro:

Talvez uma metáfora possa resumir o que comecei a perceber: bater contra uma porta de vidro aparentemente inexistente é um impacto fortíssimo e, depois do susto e da dor, a surpresa de não ter percebido o contorno do vidro, a fechadura, os gonzos de metal que mantinham a porta de vidro. Isto resume, em parte, o descobrir-se racializado, quando tudo o que se fez, leu ou informou (e formou) atitudes e comportamentos diante das experiências sociais, públicas e principalmente privadas, não incluiu explicitamente nem a mínima parcela da própria racialidade, diante da imensa racialidade atribuída ao outro. Tudo parece acessível, mas, na realidade, há uma fronteira invisível que se impõe entre o muito que se sabe sobre o outro e o quase nada que se sabe sobre si mesmo (PIZA, 2016, l. 1009 - *E-book* kindle).

Todavia, o impacto proveniente desse encontro com a própria racialidade não significa necessariamente a superação daquilo que a caracteriza enquanto poder hegemônico, sobretudo no que se refere à constante tendência de se fazer estrategicamente invisível e à consequente naturalização das diferenças e desigualdades entre negros e brancos. Talvez isso possa explicar o fato de Cândida Mara, apesar do reconhecimento das diferenças, permanecer com a dificuldade de assumi-las, inclusive no exercício prático de ações mitigatórias das iniquidades que delas surgem.

Distintamente de Cândida Mara, temos a resposta de Níveo Elísio, que manteve a coerência de seu posicionamento durante todo o percurso da entrevista:

A questão racial ser um definidor de prioridade ou não de atendimento, aí eu já não concordo. Isso eu não concordo, não. Eu acho que isso pode até às vezes estimular a um radicalismo de alguma forma, tá certo? Porque a pessoa que chega aqui para o atendimento, independente da cor dela, precisa do atendimento. Então, a gente faz o que dá pra fazer e tudo mais, porque não é critério. Não acho que isso seja um critério pertinente, porque eu não acho justo. A gente ter que aqui, por exemplo, duas pessoas da mesma faixa etária de idade, com situações clínicas semelhantes, mas que uma, por ser negra ou de uma outra etnia, ter preferência, passar na frente daquela pessoa puramente por isso. Aí, eu já acho um pouco problemático porque pode criar problemas desnecessários. Você tem outras formas de priorizar o atendimento que não precisa ser necessariamente avaliando a questão racial, eu acho que isso pode acabar estimulando um problema que aqui a gente não tem [...] vai fazer diferença do ponto de vista epidemiológico por conta de alguma ou outra particularidade que a gente precisa ficar atento. Questão de prevenção de DST, questão de prevenção de uma betatalassemia, que a gente sabe que pega o pessoal do mediterrâneo, outras questões como a anemia falciforme... Não acho que isso deveria se tornar uma política pública de fazer essa diferença, assim como essas questões de cotas e tudo mais. Eu não acho que é adequado nessa questão (Níveo Elísio).

Níveo Elísio inicia sua resposta expondo sua discordância sobre o recorte racial ser um critério para a priorização do atendimento, visto não entender como algo justo. Não obstante a limitação do entendimento quanto ao que seria uma possível prática de promoção da equidade, já que ela não se reduz tão somente à priorização de atendimentos, Níveo Elísio enfaticamente nega tal possibilidade, não utilizando sequer o argumento de indiferenciação entre negros e brancos ofertados pelos demais participantes. Recorre apenas àquilo que julga ser importante como objeto de discriminação clínica, como algumas patologias mais prevalentes em determinados grupos raciais. Ademais, manifesta sua opinião de contrariedade no que se refere à possibilidade de a promoção da equidade racial tornar-se uma política pública, já que, dessa forma, as diferenças precisariam ser consideradas a partir de determinação legal, como acontece na política de cotas raciais, da qual também discorda.

Tal posicionamento de Níveo Elísio, em um contexto social marcado pelas mais distintas disparidades entre negros e brancos, incluindo o campo da saúde pública, onde são incontáveis os dados comprobatórios das iniquidades raciais, desvela efetiva subsunção à ideologia da supremacia racial branca, que, segundo Nogueira (2013), fundamenta não apenas as relações raciais, mas as políticas de identidades que delas surgem, sobretudo, o racismo.

Nogueira (2013) define tais políticas de identidade como colonial/moderna, visto que elas estabelecem posição de privilégios aos sujeitos fenotipicamente brancos em relação com os não brancos, tendo suas origens nas relações hierárquicas, iníquas e desumanas assentadas na raça, estabelecidas entre os colonizadores europeus e os colonizados. A partir disso, estruturou-se o capitalismo global e toda a sociedade ocidental moderna.

A despeito do fato de que o colonialismo há muito tenha terminado, ainda permanece as influências de sua lógica na construção das relações sociais, nas estruturas de poder, na divisão social do trabalho, na produção de conhecimentos e identidades (NOGUEIRA, 2013). Trata-se da colonialidade²⁸ que, segundo Quijano (2009), configura-se como:

Um dos elementos constitutivos e específicos do padrão mundial do poder capitalista. Sustenta-se na imposição de uma classificação racial/étnica da população do mundo como pedra angular do referido padrão de poder e opera em cada um dos planos, meios e dimensões, materiais e subjetivos, da existência social cotidiana e da escala societal (QUIJANO, 2009, p. 68).

²⁸ Colonialidade é um conceito diferente de Colonialismo, ainda que a ele vinculado. Colonialismo refere-se estritamente à estrutura de dominação/exploração em que o controle da autoridade política, dos recursos de produção e do trabalho de uma população determinada domina outra de diferentes identidades e cujas sedes centrais estão, além disso, localizadas noutra jurisdição territorial. Mas nem sempre, nem necessariamente, implica relações racistas de poder. O colonialismo é, obviamente, mais antigo, enquanto a Colonialidade tem provado, nos últimos 500 anos, ser mais profunda e duradoura que o colonialismo. Mas foi, sem dúvida, engendrada dentro dele e, mais ainda, sem ele não poderia ser imposta na intersubjetividade do mundo tão enraizado e prolongado (QUIJANO, 2009).

A fala de Níveo Elísio, nessa resposta e em outros momentos da entrevista, não representa tão somente a manifestação de opiniões, mas, sobretudo, a marcação desse lugar da hegemonia branca que abre verdadeiras trincheiras nas relações com os não brancos. Embora não tenha, em momento nenhum, diferentemente dos demais participantes, feito qualquer menção aos privilégios do seu grupo de pertença, infiro que tal silenciamento esteja mais relacionado com o que Miranda (2017) cunhou como “neutralidade da branquitude”, do que com a suposta invisibilidade.

Tal inferência se produz não somente pelos dados apreendidos na entrevista e aqui analisados, mas também por outras manifestações verbais e não verbais externadas ao longo do nosso encontro. Assim, tanto a ausência de autocrítica quanto a própria racialidade e os privilégios a ela relacionados – como posicionamento de omissão e indiferença, seja frente aos benefícios concretos e subjetivos de sua pertença racial, seja das desvantagens históricas dos negros – caracterizam a referida neutralidade da branquitude. Ser neutro, nesse caso, não significa não ter posicionamento definido, mas colocar-se dissimuladamente diante dele, no sentido de manter a zona de conforto e os privilégios.

Contrapondo-se não só à PNSIPN, que, como dito anteriormente, tem caráter de lei pelo Estatuto da Igualdade Racial (BRASIL, 2013), mas também às outras políticas afirmativas, como as que instituem as cotas raciais, por não achar “adequada” a realização de uma discriminação positiva²⁹ de negros no que tange a um processo de promoção de equidade racial em saúde, Níveo Elísio apenas “engrossa o coro” da branquitude na defesa de seus privilégios:

Embora acreditando que o problema do racismo – e da desigualdade – é educacional, muitas pessoas foram contrárias às políticas de cotas. Isso se explica pelo fato de que no Brasil, a universidade não é apenas um local de formação técnica e científica para o trabalho, mas um espaço de privilégio e destaque social, um lugar que o imaginário social produzido pelo racismo foi

²⁹ O conceito de discriminação positiva permite discutir as políticas públicas que, baseadas em uma igualdade formal ante a lei, têm contribuído para fortalecer as desigualdades reais entre grupos sociais. Na atualidade, é retomado nas conceitualizações das teorias da justiça em regimes democráticos. As raízes do conceito se encontram nas lutas raciais nos Estados Unidos, nas reivindicações dos movimentos pró direitos civis da população afro-americana. Trata-se da chamada “Affirmative Action”, incluída na legislação, durante o governo Kennedy, para garantir o acesso ao trabalho sem discriminação racial, religiosa ou de origem. Movimentos que representavam minorias apoiaram as políticas de discriminação positiva como estratégia de “empowerment”, através da criação de medidas destinadas a prevenir ou atenuar mecanismos de discriminação, ou a compensar desvantagens independente da vontade dos sujeitos que as padecem. Essas medidas supõem tratamento desigual de modo a igualar as oportunidades de grupos desfavorecidos. Progressivamente foram disseminando-se em diferentes legislações, em especial por meio das “cotas”, que obrigam as instituições a incorporar, em proporções juridicamente estabelecidas, minorias excluídas e estigmatizadas (uma porcentagem de minorias nas vagas escolares, nas listas de candidatos a cargos políticos, etc.) (GLUZ, 2010).

feito para pessoas brancas. O aumento de negros no corpo discente das universidades tem, portanto, impactos ideológicos e econômicos, pois, ainda que timidamente, tende a alterar a percepção que se tem sobre a divisão social do trabalho e a política salarial (ALMEIDA, 2018, p. 130).

Logo, essa “colonialidade” do pensamento branco, produto da branquitude, mistura-se e se confunde com a própria ideologia capitalista, em um potente processo de retroalimentação. Nesse sentido, o posicionamento de Níveo Elísio, como o dos demais participantes, particularmente no que se refere ao reducionismo da questão racial ao campo econômico, representa, como aponta Almeida (2018), tão somente a eficácia da ideologia da democracia racial, que vai produzindo e introjetando na sociedade discursos racistas e legitimadores da violência e da desigualdade racial, diante das especificidades do capitalismo brasileiro. O racismo, nesse sentido, é elemento constituinte da política e da economia, sem o qual é impossível compreender suas estruturas, visto que é ele que organiza as relações políticas e econômicas:

A inserção dos indivíduos em cada uma destas condições formatadas pela sociabilidade capitalista depende de um complexo jogo que mescla uso da força e a reprodução da ideologia a fim de realizar a domesticação dos corpos entregues indistintamente ao trabalho abstrato. O racismo é um elemento deste jogo: será por isso que parte da sociedade não verá qualquer anormalidade na maioria das pessoas negras ganharem salários menores, submeterem-se aos trabalhos mais degradantes, não estarem nas universidades importantes, não ocuparem cargos de direção, residirem nas áreas periféricas nas cidades e serem com frequência assassinadas pelas forças do Estado (ALMEIDA, 2018, p. 142).

Como aponta Schucman (2014), o racismo no Brasil foi construído socialmente e negado sistematicamente, a partir do argumento de que o preconceito no país relacionava-se à condição de classe e não à raça/cor, fato que fomenta estrategicamente a inclinação da branquitude brasileira em silenciar, desvirtuar, negar ou descaracterizar o racismo, o que foi apreendido nas diversas falas dos médicos de família, ao manifestarem suas perspectivas de indiferenciação entre negros e brancos, homogeneizando-os ao universo da pobreza.

O fato de o campo desta pesquisa ter sido os territórios nos quais os médicos de família atuam profissionalmente, sabidamente marcados pela precariedade econômica, auxilia naturalmente na negação do racismo, visto que a pobreza, como também nos demonstra Schucman (2014), representa um mecanismo produtor de inferiorização dos sujeitos, individual ou coletivamente, com conseqüente construção de processos de dependência e subordinação, os quais podem, nos cotidianos das relações pessoais, desencadear condutas discriminatórias. Como, dentro desses territórios estigmatizados pela pobreza, a discriminação pode também estar direcionada aos brancos pobres, tal fato corrobora a dissimulação do racismo.

Outra reflexão importante quanto às falas da maioria dos participantes no que se refere à indiferenciação entre negros e brancos, nos seus cotidianos de trabalho, é a oferecida por Schucman (2014) sobre as fronteiras e as hierarquias internas da branquitude. Ao falar da identidade racial branca, a autora demonstra que tal identidade se constrói em um movimento de articulação, não apenas daquilo que é semelhante, mas também do que se coloca como distintivo. Ou seja, a identidade é construída tanto pelo reforço da similitude quanto pela oposição à diferença de outros grupos. A partir disso, Schucman discorre sobre como as características fenotípicas e as condições socioeconômicas surgiram em sua pesquisa como fatores significativos para a compreensão das fronteiras, diferenciações e hierarquizações entre os indivíduos brancos.

Embora o aprofundamento das respostas dos participantes referentes ao entendimento do que é negro e branco não tenha sido suficiente para ofertar elementos passíveis de uma análise tão conclusiva sobre as fronteiras e hierarquias da branquitude, como as obtidas por Schucman (2014) em sua pesquisa, arrisco a inferência de que os profissionais, ao afirmarem a indistinção entre negros e brancos, estejam marcando a diferença entre a própria branquitude e a dos atendidos pobres, que, portanto, são considerados menos brancos.

Schucman (2014) demonstra que o branco pobre representa uma ameaça ao poder da branquitude, visto que o fenótipo branco, por si só, não é suficiente para prover os sujeitos dos privilégios materiais: “Não está na pele o poder da branquitude, mas sim na apropriação, legitimação e reprodução dos significados sócio-históricos racistas construídos sobre o branco em oposição aos outros grupos raciais” (SCHUCMAN, 2014, p. 162).

Haveria, portanto, uma espécie de estereótipo associado àqueles brancos que se encontram na pobreza, os chamados por Souza (2009) de “ralé brasileira”, a qual está relacionada aos padrões de formação da identidade racial, de classe e da nacionalidade brasileira. Logo, a branquitude, por ser um constructo ideológico de poder, assentado na supremacia branca, terá nesse branco pertencente à “ralé” uma ameaça à sua hegemonia:

Na lógica da supremacia branca, os brancos pobres são percebidos como uma anomalia ameaçadora. São percebidos como anômalos porque, supostamente, não exibem a competitividade econômica, a aquisitividade material, nem a inteligência condizentes com uma raça superior. Seus hábitos, atitudes, roupas, mores sexuais, estruturas familiares e outras práticas culturais também não são percebidos como compatíveis com os da sociedade branca dominante. Em suma, eles podem parecer brancos à primeira vista, mas há qualquer coisa de errado em sua branquitude, qualquer coisa que não é muito branca (WARE, 2004, p. 342).

Conseguindo romper com a visão indiferenciada entre negros e brancos, demonstrando criticidade com relação à sua própria racialidade, encontramos, por fim, a resposta de Imaculada Elisa, que, a despeito das dificuldades naturais com relação à temática das relações raciais, demonstrou ao longo da entrevista não somente receptividade quanto ao objeto da pesquisa, mas também postura não defensiva ou refratária:

Bom, eu percebo a diferença! A nossa área aqui tem bastante negro. Tem bem mais do que branco. Eu tento [promover a equidade], principalmente idoso. Eu tento dar preferência. Eu ponho preferência até pra atender. Agendo uma consulta [...] eu tenho uma senhorinha negra e é justamente isso. É problema social, ela não sabe ler e não sabe escrever, mas isso por conta de tudo pra trás, pela história de sofrimento por ser mulher pobre e negra. Ai eu penso assim: ‘Mas aí é porque é idoso ou porque é idoso negro?’. Idoso negro, porque eu tenho essa visão da diferença (Imaculada Elisa).

Imaculada Elisa, de todos os participantes, foi a única que afirmou tentar em seu cotidiano de trabalho promover ações de equidade racial. Inicia sua resposta sendo enfática: “*Eu percebo a diferença!*” Mais do que a percepção das diferenças entre negros e brancos, Imaculada Elisa as assume e reconhece nelas o componente da injustiça produzida pelo legado histórico do racismo, que se reinventa cotidianamente na opressão, no silenciamento, na neutralização e na invisibilização de suas vítimas. Reconhecer não apenas a diferença, mas a carga de desigualdade injusta que ela carrega, é condição *sine qua non* para qualquer ação que se pretenda como de promoção da equidade racial.

No que se refere a essa discussão do reconhecimento da diferença, particularmente em relação ao conceito de raça, Schucman (2014) traz importante ponderação sobre essa questão nas lutas contra as desigualdades raciais e os processos discriminatórios, que objetivam a defesa da igualdade de oportunidades e respeito à diversidade. Segundo a pesquisadora, os movimentos de lutas antirracistas que visam a relações mais justas fundamentam-se em argumentos que, dependendo dos diversos interesses políticos, econômicos e ideológicos envolvidos, podem ser ressignificados e utilizados para fortalecer os processos de opressão, subordinação e exclusão dos não brancos. Como exemplo, cita o que já foi pontuado anteriormente sobre o posicionamento contrário de muitos brancos, que, diante da instituição das cotas raciais, utilizaram o argumento de que elas são racistas.

Ainda no que se refere à opção política do reconhecimento da “diferença” nas lutas antirracistas, Schucman (2014) traz outra importante consideração ao refletir sobre os possíveis desdobramentos da polarização branco/negro, advinda da relação binária igualdade e diferença, como a única linha discursiva em tais movimentos de resistência. Para a pesquisadora, tal

oposição binária das categorias brancos e negros pode obnubilar as diferenças entre os brancos, bem como entre os negros, dentro de seus próprios grupos de pertença, seja “no comportamento, no caráter, no desejo, na subjetividade, na identificação racial e na experiência histórica” (SCHUCMAN, 2014, p. 87).

A partir de tais apontamentos, Schucman (2014) demonstra que, na sociedade brasileira, a própria estrutura racista construiu, manteve e fortaleceu tal polarização, sendo ainda por meio dela que se pode ter um entendimento do que é ser negro no Brasil. O racismo se constitui como um fenômeno que historicamente não apenas unificou reativamente os negros, como os caracteriza como um grupo homogêneo, solapando as inúmeras diferenças existentes entre os indivíduos desse grupo. Nesse sentido, a polarização branco/negro produzida e reforçada cotidianamente pelo racismo, ao longo da construção da sociedade brasileira, determinou e ainda determina as fronteiras que separam hierarquicamente o nós (brancos) dos outros (não brancos), influenciando a construção das identidades raciais de cada grupo, de maneira permanentemente relacional.

Apesar de ter sensibilidade quanto à questão racial, bem como criticidade referente à sua própria racialidade, é importante ressaltar que Imaculada Elisa, como outras participantes desta pesquisa, participou ativamente do projeto “Territórios em Ciranda”, do já referido Programa Ciranda Cidadã, onde teve possibilidade de imersão em discussões que tratavam dos recortes de raça, gênero, classe e território, como determinantes sociais do processo saúde e doença da população negra e como condicionantes para a violação de direitos humanos.

Infiro que as vivências e trocas experienciadas no território, sobretudo com os sujeitos não brancos, promovidas pelas atividades da Ciranda Cidadã, tenham possibilitado à Imaculada Elisa maior aproximação tanto de sua branquitude, visto que tal identidade era constantemente problematizada nesses espaços de educação permanente, quanto da realidade de vida dos negros e negras, que sempre compartilhavam suas histórias e experiências de sofrimento com o racismo.

Em que pese o fato de Imaculada Elisa ter sido efetivamente a única participante a afirmar o reconhecimento das diferenças produtoras de desigualdades injustas entre brancos e negros para a produção de práticas equitativas que privilegiem o recorte racial, ela, em sua resposta à pergunta de como promove a equidade racial no seu cotidiano de trabalho, tão somente utilizou o exemplo de atendimento preferencial de um idoso, enfatizando que tal preferência, menos do que devido à idade, dá-se pelo fato de tratar-se de um idoso negro. Assim, não foi possível apreender se Imaculada Elisa dispõe de outras ações no seu dia-a-dia de atuação

como médica de família, que possam ser caracterizadas como de promoção da equidade racial em saúde.

8 CONCLUSÕES

Embora o Ministério da Saúde tenha instituído desde 2009 a PNSIPN, conquista de décadas de luta dos movimentos sociais negros contra as desigualdades e iniquidades raciais em saúde no Brasil, tal política ainda permanece invisibilizada nos espaços de gestão pública da saúde, como naqueles onde o cuidado do segmento não branco da população é efetivamente realizado. Invisibilidade que pode ser atribuída, em grande medida, às influências do racismo, que, por ser institucionalizado e estrutural na constituição de nossa sociedade, tanto tem produzido, ao longo do tempo, as condições para o estabelecimento das mais diversas vulnerabilidades que assolam os negros e negras do nosso país, quanto a naturalização com conseqüente silenciamento de suas produções e efeitos.

Nesse sentido, a presente pesquisa se propôs a investigar como a branquitude de médicos de família de Juiz de Fora (MG) influencia na promoção da equidade e/ou iniquidade racial em saúde nos seus cotidianos de atuação profissional. A busca de tal objetivo foi realizada por meio da análise dos conteúdos produzidos a partir das respostas dos participantes a determinadas questões, procurando desvelar elementos essenciais na construção da identidade racial branca, que se forja socialmente no histórico e contínuo processo de relação com o não branco. Nesse sentido, tentou-se apreender, a partir dos processos de socialização dos participantes, desde suas trajetórias escolares, até a formação profissional e atuação como médicos de família, as implicações que a branquitude tem na constituição de tais participantes como sujeitos do mundo, bem como os desdobramentos de tais subjetivações na produção cotidiana do cuidado e da equidade em saúde, sobretudo as que são direcionadas aos negros e negras que assistem no cotidiano de trabalho.

Assim, estabeleceram-se as categorias que foram analisadas e discutidas com os referenciais teóricos e que permitiram, além de conclusões, a certeza de que muito ainda há que ser investigado dentro do campo de estudos sobre a branquitude, visto que essa identidade se assenta em potentes e seculares ideologias. Ser branco é estar constantemente sendo engendrado e atravessado pelos ditames ideológicos do capitalismo e da supremacia racial branca. Ditames eficazes em suas pluralidades de mecanismos de produção de subjetivações, as quais asseguram a manutenção e permanência dos privilégios historicamente concedidos aos brancos.

O fato mais marcante no processo de encontros com os participantes desta pesquisa para a realização das entrevistas foi aquele referente às diversas manifestações de incômodos diante da temática racial. Por diversas vezes, ao longo da seção que traz as discussões das categorias analisadas, mesmo que repetidamente, fiz opção pelo registro de tais desconfortos, já que eles

representaram, menos do que uma reação de surpresa diante da temática apresentada por um colega médico branco, uma explícita manifestação do “pacto narcísico” da branquitude.

Embora tais manifestações tenham sido observadas em todos os médicos de família entrevistados, ficou evidente que, em três deles, ocorreram de maneira mais intensa, seja pelas constantes explicitações verbais e não verbais de resistência à temática, seja pelas demonstrações de discordância com o objeto desta pesquisa. Por parte especialmente desses três participantes, prevalecia sempre a postura de defesa antecipada, como se estivessem em iminente risco de serem acusados de racismo. Assim, não foram poucas as falas em que sistematicamente, mesmo na ausência de qualquer pergunta, afirmavam veementemente a inexistência de qualquer diferença entre brancos e negros. Falas que desvelavam, muitas vezes, a falta de sentido para tais participantes, seja quanto ao objeto da pesquisa, seja quanto a algumas perguntas realizadas.

Os demais participantes, de maneira menos evidente, deixavam transparecer o incômodo por meio de silêncios prolongados antes das respostas, sinais de inquietação, risos de nervoso e explicitações verbais sobre a dificuldade de verbalizar sobre a questão racial. Alguns afirmaram que, até aquele momento, nunca haviam pensado ou refletido sobre algumas das questões propostas. Importante ressaltar que, mesmo aqueles participantes que frequentaram um espaço de educação permanente, no qual a temática racial foi abordada como condicionante de adoecimento dos negros e determinante para violação de direitos humanos, também demonstraram, em alguns momentos, sinais de incômodo.

A presença marcante desse tensionamento ao longo de todas as entrevistas evidencia a grande dificuldade e inabilidade que significativa parcela dos sujeitos brancos apresenta com a questão racial, quando com ela confrontada. No caso dos participantes desta pesquisa, isso se justifica por trajetórias de socialização em universos majoritariamente constituídos por brancos. Seja nos espaços escolares até o final do ensino médio, seja principalmente no período universitário, a convivência com sujeitos negros foi retratada de maneira superficial, sempre referida como “normal” ou “tranquila”, porém em momento algum aludida de maneira a se poder apreender o nível de profundidade e/ou intimidade em que se dava tal convivência. Importante destacar que alguns dos participantes recorreram a relações afetivas com negros, em evidente tentativa de afirmar indiferenciação entre negros e brancos, bem como postura antirracista. Entretanto, tais relações eram marcadas pelo lugar de subalternidade dos não brancos, visto que eram empregados da família.

Desse modo, tais trajetórias não somente desvelaram esse aspecto importante das socializações que condicionam os processos de construção identitária branca, como também

demonstraram o quanto uma vida privada de relações afetivas com sujeitos negros pode favorecer algumas naturalizações típicas da branquitude. Afeto compreendido seja a partir do que é estabelecido pelo senso comum, seja, especialmente, em sua dimensão de afetamento. Ou seja, a potência desestabilizadora que a realidade de vida individual ou coletiva do negro pode gerar no branco que se coloca empaticamente no relacionamento interracial. A ausência desta alteridade, desdobra-se na invisibilização dos privilégios materiais e simbólicos concedidos de maneira tão naturalizada aos brancos e negados historicamente aos negros, bem como na não percepção da pertença a um grupo racial, o qual por ser considerado norma e referência, acaba por não se compreender como racializado.

Nesse sentido, um dos primeiros apontamentos desta pesquisa é que, para a construção de criticidade com relação à branquitude, faz-se essencial a possibilidade de experiências de relações, particularmente no campo dos afetos e afetamentos, com sujeitos negros, especialmente aqueles cujas trajetórias permitiram a construção da afirmação identitária negra. A confrontação de realidades díspares pode promover ao branco a possibilidade de se racializar, o que, em última instância, significa não apenas reconhecer os privilégios de sua pertença racial, mas perceber seus significados em um campo secular de luta para a manutenção da hegemonia racial branca.

Outro aspecto importante das trajetórias investigadas e que fortalece a branquitude em suas características de naturalização foi o relativo às experiências de formação profissional no curso de medicina. Houve um consenso quanto à quase ausência de negros nos referidos cursos de graduação. Apesar de todos os entrevistados terem passado pela universidade em período anterior à implementação das cotas raciais, o curso de medicina, historicamente branco e elitizado, ainda sustenta e alimenta a invisibilidade da questão racial, corroborando a ideologia da democracia racial e o racismo institucional, como apontarei mais adiante.

Em relação à categoria de análise “Cuidado”, a medicina de família se apresenta como distintiva e como forma de resistência ao modelo biomédico hegemônico. Apesar das dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho da saúde pública, os médicos de família demonstraram, em sua maioria, compreensão e prática de cuidado não centralizada no binômio patologia/conduta. Enfatizaram a importância do aspecto relacional com os sujeitos que procuram atendimento, tanto na primazia do vínculo e da longitudinalidade do cuidado, quanto na necessidade de respeito, empatia, escuta qualificada, carinho e reconhecimento de que os sujeitos precisam estar na centralidade das ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e cura.

Ficou constatado que a maioria dos profissionais participantes desta pesquisa teve a medicina de família como escolha, exatamente por perceber nela a possibilidade de rompimento

com os ditames tecnicistas e impessoais da biomedicina. Dessa forma, os médicos de família enfatizaram a importância do contato próximo com os sujeitos com os quais se relacionam na perspectiva do cuidado e com o território em que vivem. Por outro lado, evidenciaram dificuldade inerente a essa forma de atuação profissional, sobretudo devido às exigências burocráticas do sistema de saúde, mais centradas no esquema de produtividade do que nas necessidades de saúde da população, além dos inúmeros problemas, como falta de recursos humanos e insumos, que dificultam a atuação da clínica centrada na pessoa.

A categoria de análise “Equidade em Saúde” teve como objetivo dialogar com que foi falado sobre a compreensão do cuidado em saúde e com os exemplos de práticas de cuidado por parte dos participantes. A maioria dos médicos de família conceituou equidade pelo aforismo “dar mais a quem precisa mais”. Embora nenhum participante tenha produzido reflexão mais aprofundada sobre o conceito e não o tenha correlacionado com os princípios doutrinários do SUS, pude perceber, pelos exemplos ofertados sobre práticas equitativas no cotidiano de trabalho que a compreensão da equidade passa pelo senso de justiça.

No entanto, observei que as práticas equitativas realizadas pelos médicos de família são pautadas, em sua maioria, pelas percepções de diferenças que se assentam mais nos critérios biomédicos, ou seja, nas condições clínicas ou determinados ciclos de vida que exigem prioridade no atendimento, do que efetivamente em situações outras que denunciam desigualdades injustas, como as determinadas pelas condições socioeconômicas e outros pertencimentos identitários, como o racial e de gênero.

Logo, a compreensão e a prática de equidade, em última instância, acabam sendo subsumidas, menos às individualidades dos sujeitos e necessidades de saúde particulares, do que a um modelo tecnoassistencial centrado na resolução da demanda espontânea e no poder decisório do profissional médico. Se, por um lado, existe a compreensão e o discurso que referencia a prática do cuidado em saúde, tendo o sujeito na centralidade da atenção, por outro, no que se refere à avaliação de possíveis diferenças que se possam traduzir em desigualdades injustas, ficou evidente a regularidade de práticas voltadas à resolução de problemas, tidos como emergenciais pela visão médica exclusivamente.

A despeito do fato de essa “visão” ser de profissionais médicos de família, tendo, por isso, a possibilidade de transcender os limites impostos pelo tecnicismo biomédico, foram poucos os participantes que deram exemplos efetivos de práticas equitativas, que, mesmo beneficiando momentaneamente o sujeito necessitado, não estivessem assentadas em critérios que não fossem de cunho organizativo do serviço ou a partir da visão das necessidades limitada à ordem patológica ou econômica.

Pelo que foi percebido, a realidade cotidiana do trabalho da ESF, influenciada pelas inúmeras dificuldades do sistema de saúde municipal e pela ausência de reflexão crítica e política a respeito dos significados e importância do trabalho no SUS, leva os médicos de família pesquisados a naturalizarem a realidade social. Com isso, estabelecem com os atendidos, paradoxalmente, relações próximas (quanto às práticas previstas nas normatizações da ESF) e relativamente distantes (particularmente quanto à ausência de análise conjunta com os sujeitos atendidos, de situações da vida cotidiana que possam traduzir-se em iniquidades).

Pude também concluir que a superficialidade no trato da questão da equidade em saúde, seja na conceituação, seja na limitação observada pelas respostas dos participantes sobre o exercício de práticas equitativas que considerem efetivamente como necessidades reais dos sujeitos, pode estar relacionada com uma importante lacuna na formação médica: normalmente, nos cursos de medicina, há pouco investimento na construção de um saber que contemple outras áreas de conhecimento, que não somente a biológica. Ter o mínimo conhecimento das teorias que explicam as relações sociais, a ideologia do capital, o processo de construção sócio-histórica da sociedade brasileira, o papel do Brasil como país capitalista periférico e as influências neoliberais nas políticas sociais e econômicas brasileiras, é de fundamental importância para a compreensão do processo saúde e doença, particularmente dos que sofrem cotidianamente com os fatores estressores produzidos por uma sociedade injusta e excludente.

As categorias de análise “Cuidado em Saúde” e “Equidade em Saúde” foram produzidas a partir de respostas a perguntas que não abordaram diretamente a questão racial. Decisão por mim tomada por saber que abordar determinadas questões referentes à prática médica, bem como às relações raciais, poderia não apenas gerar incômodos incompatíveis com a continuidade do processo de pesquisa, como também interferência na obtenção de dados que seriam fundamentais para a compreensão de como tais participantes, com suas construções identitárias de médicos e brancos, compreendiam o cuidado e a equidade em saúde.

Logo, a questão racial foi introduzida na categoria de análise “Equidade racial em saúde”, em que o primeiro tópico se dedicou a avaliar a forma como se deu a abordagem da questão racial nos espaços de formação profissional. Todos os participantes foram unânimes em suas respostas, afirmando total invisibilidade da temática racial nas disciplinas que estruturam o curso de medicina. Disseram que a raça tão somente era apresentada em estudos epidemiológicos, que demonstravam as maiores prevalências de determinadas doenças na população negra. Realidade que infiro não ter modificado, embora não haja possibilidade de comprovação, visto estar fora do escopo desta pesquisa. Entretanto, historicamente, os cursos de graduação médica estruturam-se no paradigma biomédico hegemônico, biologicista e

tecnicista, desconsiderando outros saberes essenciais para a compreensão e o enfrentamento dos complexos condicionantes para o processo saúde e doença, o que provavelmente torna minha inferência minimamente plausível.

A maioria dos médicos de família, quando indagada sobre a importância que atribui à temática racial nos espaços de formação profissional, corroborou o posicionamento dos respectivos cursos, na medida em que o valor atribuído a essa questão resumiu-se à determinação de prevalência de certas doenças na população negra. Portanto, nesse momento de aproximação efetiva com o objeto da pesquisa, os participantes, em sua maioria, além de demonstrarem o não entendimento da relevância de se pensar a raça na produção da saúde, retraíram-se na suficiência do saber médico adquirido para lidar com os problemas da saúde da população negra, como se eles se resumissem a hipertensão arterial, insuficiência renal e cardiopatias.

Considerar relevante a questão racial tão somente nos aspectos epidemiológicos é furtar-se da responsabilidade de formação de profissionais aptos para lidarem com a dureza da realidade social. Realidade marcada pelas mais diversas desigualdades, entre as quais se destaca a racial pelos efeitos nefastos que produz em vários campos da vida. Consequência direta de um país que se estruturou e permanece estruturado no racismo, com negros e negras objetificados, neutralizados, discriminados e investidos das mais diversas representações negativas e inferiorizantes, o que naturalmente condiciona a forma como nascem, vivem, adoecem e morrem.

Portanto, as escolas de formação médica, públicas e privadas, ao negligenciarem a questão racial, além de estarem indo contra as determinações do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação (nas revisões das diretrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde e, em particular, da medicina, ocorridas no ano de 2002), desconsideraram a resolução nº 1, de 17 de junho de 2004, do Conselho Nacional de Educação, que determina aos cursos superiores a inclusão em seus conteúdos de disciplinas e atividades curriculares, a educação das relações étnico-raciais, bem como outras temáticas que dizem respeito à população negra. Por fim, desconsideraram o que determina a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra sobre a importância de uma formação profissional em saúde que contemple a questão racial. Política absolutamente desconhecida pela totalidade dos participantes desta pesquisa.

Fica evidente o racismo institucional na formação médica, que inevitavelmente produz consequências nas condições de saúde do segmento não branco da população, que lidera as estatísticas das iniquidades raciais em saúde, as quais comprovam as inúmeras desvantagens a que negros estão submetidos comparativamente aos brancos, como demonstrado por alguns referências teóricos trazidos nesta pesquisa. Fato oficialmente negado pelo Conselho Federal

de Medicina através de nota de repúdio ao Ministério da Saúde, quando da instituição da campanha nacional de combate ao racismo institucional no SUS, no ano de 2014.

Essa realidade torna premente, no campo da formação médica e das demais profissões de saúde, a inclusão da temática racial, não somente nos estudos epidemiológicos de prevalência das doenças mais comuns ao segmento negro, mas também subsidiando os profissionais na compreensão da complexidade das relações raciais em nosso país. Essa inclusão deve ser referente aos processos de construção identitária de negros e brancos, determinados pelas múltiplas dimensões do racismo, bem como à demonstração de como ele pode operar cotidianamente como condicionante na produção das mais diversas formas de adoecimento e iniquidades raciais em saúde.

No que se refere ao quesito raça/cor dos formulários do SUS, seis dos doze entrevistados afirmaram realizar o preenchimento seguindo as recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, o qual, por lei, determina que se utilize o critério de autodeclaração. Os demais afirmaram não realizar o preenchimento em seus atendimentos, mas, quando o fazem, realizam a heteroatribuição da raça/cor. A maioria atribuiu como única importância para o preenchimento deste quesito o fato de alimentarem os sistemas de informação do SUS, a fim de estabelecimento de dados estatísticos de prevalência de doenças de acordo com a raça/cor.

Ficou evidente, também, a partir das falas da maioria dos profissionais quanto ao quesito raça/cor, a dificuldade relacionada à nomenclatura dos critérios, ora em referência à cor “negra” ao invés da “preta”, ora em referência à dificuldade de compreensão com relação à cor parda. Essa última foi citada frequentemente como alvo de dúvidas para os que fazem a heteroclassificação, única motivação para perguntar ao respondente a raça/cor que se atribui.

De maneira geral, pode-se concluir que os médicos de família entrevistados tão somente fazem o preenchimento desse quesito em uma perspectiva protocolar, isentando-se da necessidade de realizar reflexão crítica a respeito de tais dados em suas práticas profissionais cotidianas. Além disso, ficou evidenciada, a partir de suas respostas, total invisibilidade das outras categorias presentes nos formulários, o que ratifica a proposição de que, quando se fala em raça ou cor, prevalece a ideia de que tão somente os negros são racializados.

A investigação sobre a maneira como tais profissionais trabalham com o quesito raça/cor permitiu desvelar alguns aspectos característicos da branquitude, tais como a não percepção do valor do recorte racial para além da perspectiva essencializada da raça, grande facilidade de racialização dos negros em contraponto à invisibilidade do branco enquanto sujeito pertencente a um grupo racial e o silenciamento em torno do racismo como condicionante do processo saúde e doença da população negra.

No que se refere à compreensão dos entrevistados sobre o conceito de raça, todos os participantes demonstraram dificuldade na elaboração da resposta, evidenciando dúvidas e imprecisões, manifestadas juntamente com falas que afirmavam dificuldade diante da conceituação, visto nunca terem refletido sobre a temática.

Os posicionamentos variaram desde uma concepção assentada no essencialismo vinculado ao termo, produto das teorias raciais científicas de cunho biologicista, até a falas que tentavam associar a raça com pertencimento identitário e cultural. No entanto, nenhum médico de família promoveu uma conceituação que pudesse demonstrar proximidade ou conhecimento mais aprofundado sobre o tema. Todos, em maior ou menor medida, fizeram alguma referência a uma ideia mais naturalizada sobre a raça, na medida em que as falas desvelavam associação, mesmo que sutil, com o fenótipo não branco. Fato que comprova tanto a incompreensão da raça enquanto produto de construção sócio-histórica, quanto a tendência dos brancos em facilmente racializar o negro em detrimento da autorracialização.

Nesse sentido, conclui-se que os médicos de família participantes desta pesquisa reproduzem os processos de naturalização da branquitude, seja no distanciamento das possibilidades de se perceberem como sujeitos racializados, seja na reprodução de ideias que tendem a objetificar o negro, reduzindo-o ao essencialismo da cor, a qual se constitui um critério de inclusão e exclusão social na sociedade brasileira.

Tais visões naturalizadas sobre a raça e de reificação dos negros, associadas às inúmeras influências da ideologia da democracia racial, bem como da biomedicina, cujos alicerces se assentam no positivismo eurocêntrico branco, fazem com que as relações dos médicos de família brancos com os sujeitos não brancos que a eles recorrem no cotidiano de trabalho, sejam despontencializadas em suas possibilidades de produção do cuidado ou de práticas equitativas. Isso porque, em relação à saúde da população negra, a não consideração do recorte racial, numa perspectiva de efetivo entendimento das relações raciais hierarquizadas e suas influências no condicionamento do processo saúde e doença desse segmento populacional, dificulta qualquer prática de cuidado que se proponha resolutiva e atenta às desigualdades injustas.

A mesma tendência foi observada na análise das respostas dos participantes ao serem questionados a respeito do que compreendiam sobre as determinações sociais do processo saúde e doença dos sujeitos negros que atendem. Todos responderam recorrendo aos determinantes sociais de saúde, de forma geral centrados nas questões de ordem econômica, a partir das quais a pobreza se configura como o problema mais relevante, por ser desencadeador dos demais fatores condicionantes para a maior vulnerabilidade do segmento não branco da população. Pouquíssimos foram os médicos de família que fizeram menção, mesmo que superficial e não

contextualizada, da condição racial especificamente. Outros deixaram de maneira explícita a compreensão de que é a condição socioeconômica o principal determinante social, indistintamente para brancos e negros. Desse modo, mesmo a pergunta tendo sido direcionada especificamente ao entendimento das determinações sociais da saúde da população negra, a totalidade das respostas referiu-se tão somente ao apontamento de alguns determinantes sociais.

Se, por um lado, em suas respostas, os médicos de família demonstram conhecimento dos determinantes sociais que impactam diretamente no processo saúde e doença da população negra, por outro, reproduziram visão reducionista, que não contempla a complexidade inerente às determinações sociais, por confundi-las com os determinantes, e não demonstra entendimento a respeito dos inúmeros desdobramentos produzidos em uma sociedade estruturada na estratificação de classes sociais, que naturalmente não se fundamentam exclusivamente na medida de renda dos sujeitos.

Pode-se, portanto, concluir que os participantes da pesquisa em seus cotidianos de trabalho e na relação com os sujeitos negros que com eles interagem no processo de produção do cuidado, reproduzem a ideia “economicista” estabelecida no senso comum, fortalecida pelas ideologias da democracia racial e da branquitude, que tendem a naturalizar as hierarquias, de maneira a estrategicamente silenciar as implicações que a supremacia racial branca tem na produção e manutenção do racismo e das desigualdades raciais.

Em que pese o fato de a pobreza no Brasil efetivamente ter uma cor que não é a branca, faz-se importante na avaliação e intervenção nos processos de saúde e doença da população negra não apenas saber que o negro é o sujeito preferencial da precariedade econômica, mas ter em conta as dimensões históricas, sistêmicas ou estruturais que condicionam as desigualdades raciais, inclusive no campo econômico. Dimensões que precisam ser consideradas não somente no plano macro, mas também no microsociológico, no qual é preciso reconhecer a influência do simbólico e do subjetivo na conformação das relações sociais. Sobretudo no que tange às relações sociorraciais em nosso país, profundamente marcadas pela ideologia racista, a partir da qual indivíduos e grupos sociais, a depender das características fenotípicas, podem ser beneficiários de prestígios ou de estigmas inferiorizantes.

O momento mais flagrante de manifestações de desconforto nas elaborações de respostas foi aquele em que indaguei aos participantes o que entendiam por negro e branco. A maioria dos médicos de família recorreu ao critério da cor para caracterizar o negro, reproduzindo, em certa medida, a tendência de reificação dos sujeitos não brancos. Por outro lado, observou-se variação sobre a forma como os participantes definiram o próprio grupo de pertença racial, o qual variou desde caracterizações restritas aos aspectos biológicos, como a

menor concentração de melanina na pele, a outras que permitiram revelar, mesmo de maneira pouco reflexiva, os privilégios da branquitude. Entretanto, todos os médicos de família, em maior ou menor intensidade, tenderam à não marcação identitária ou à neutralidade com relação à própria racialização.

Pode-se afirmar que a maioria dos participantes, pelos apontamentos que ofertou a respeito da compreensão do que é ser negro e branco, não apenas confirma a complexidade envolvida na definição da identidade racial branca, particularmente no que se refere aos lugares subjetivos e sociais relacionados a essa pertença identitária, como também se enquadra no que foi referenciado nesta pesquisa como branquitude crítica. Ou seja, alguns médicos de família fizeram referência a algum privilégio por serem brancos, evidenciando o entendimento de que rechaçam publicamente o racismo. Entretanto não foi possível apreender a dimensão da criticidade relativa a tais privilégios, sobretudo porque uma parcela significativa dos participantes, nesse momento em particular, retomou o discurso de indistinção entre brancos e negros. Alguns dos médicos de família entrevistados, por outro lado, mantiveram uma espécie de dissimulação referente aos privilégios da branquitude, em uma tentativa constante não apenas de invisibilização dos benefícios concedidos historicamente aos brancos, sustentado pelo discurso meritocrático, mas também em flagrante postura de neutralidade e, até mesmo, contrariedade com relação ao racismo como produtor de iniquidades raciais na saúde.

Fica evidente o quanto tais noções sobre o branco e o negro são produtos das trajetórias dos médicos de família participantes desta pesquisa, atravessadas por seus pertencimentos de classe, pelos padrões de relacionamentos com brancos e não brancos, pelas influências das experiências vividas no meio médico e pelas diversas subjetivações produzidas por uma sociedade, cujo processo de construção sócio-histórica traz a marca indelével da estruturação no racismo e nas desigualdades raciais.

A última categoria de análise desta pesquisa é aquela que se aproxima mais diretamente do objetivo principal almejado neste trabalho: avaliação de como a branquitude dos médicos de família influencia na promoção da equidade e/ou iniquidade racial em saúde. A pergunta de como exercem a equidade racial em seus cotidianos de trabalho foi antecedida pela apresentação de dados estatísticos sobre as iniquidades raciais em saúde, acompanhada do questionamento do que julgavam como causas para tais iniquidades.

Todos os participantes retornaram aos determinantes sociais de ordem econômica como causas para as desigualdades injustas que recaem sobejamente na população negra, particularmente no campo da saúde. Alguns deles, reforçando a percepção de condição de igualdade entre brancos e negros pobres, na recorrente postura de neutralidade diante da questão

racial. Para esses últimos, o racismo, em quaisquer dimensões, não foi aventado como um determinante social para a produção e manutenção das desigualdades e iniquidades raciais, o que, em última instância, promove isenção e não implicação do grupo de pertença de tais médicos de família brancos na manutenção dessas disparidades raciais.

Cinco médicas de família fizeram referência, também, ao preconceito racial, inclusive o que ocorre nos próprios equipamentos públicos de saúde, rompendo, portanto, com o reducionismo econômico. Nesse sentido, embora tais médicas não tenham produzido nenhuma reflexão mais aprofundada sobre a questão, evidenciaram mínima percepção de que o racismo não é algo exterior à economia, mas que é parte integrante e fundamental das relações socioeconômicas.

Já no que se refere à pergunta sobre como promovem a equidade racial em saúde, com exceção de uma médica de família, todos retornaram ao discurso de indistinção entre brancos e negros em seus trabalhos cotidianos, afirmando não realizarem nenhuma ação específica que esteja direcionada à promoção da equidade racial. Tal consenso nas respostas ratifica o fato de que os médicos de família que fizeram parte desta pesquisa, mesmo os que percebem a condição racial negra como alvo de preconceito e discriminação e, portanto, causas para as desigualdades e iniquidades raciais na saúde, facilmente foram cooptados pelas naturalizações forjadas pela branquitude. Naturalizações que tendem a dirimir as diferenças, seja para promover invisibilidade dos privilégios materiais e simbólicos concedidos aos brancos, seja para isentá-los das implicações na manutenção desse *status quo*, no qual o negro é sistematicamente objetificado e vítima das mais diversas iniquidades produzidas pelo racismo.

De forma geral, pode-se concluir que os médicos de família brancos participantes desta pesquisa, em níveis distintos, acionaram, durante o percurso das entrevistas, as defesas características do pacto narcísico da branquitude, no intuito de silenciarem, neutralizarem ou se eximirem da realidade inexorável produzida pelos inúmeros desdobramentos do racismo, a partir das relações raciais.

Os diversos tensionamentos produzidos pelos desconfortos e incômodos com as perguntas realizadas, as mais variadas posturas defensivas, a facilidade de racialização do negro em contraponto à grande dificuldade de se perceberem racializados, a quase inexistente reflexão crítica a respeito dos privilégios envolvidos com o grupo de pertença racial, profissional e de classe, a visão economicista da realidade social precária da população negra, apartada de todos os outros fatores que atravessam e condicionam tal realidade, tudo isso compõe um modo de ser branco. Assim, torna-se inevitável que a atuação profissional de médicos de família brancos, não seja influenciada pela branquitude, visto que esta, seja de maneira crítica ou não, é

construção identitária, sendo, portanto, determinante no estabelecimento de comportamentos, pensamentos e ações do grupo branco, individual ou coletivamente.

Nesse sentido, é importante ressaltar que os participantes que demonstraram menor resistência com o objeto desta pesquisa, conseguindo romper, em certa medida, com a tendência de neutralidade e defesa da branquitude, diante dos naturais tensionamentos que surgem quando confrontada com o racismo e seus desdobramentos, foram aqueles que, em algum momento, tiveram a possibilidade de participar de um processo de educação permanente, cujas temáticas, entre outras, era a questão racial. Entretanto, constatou-se que tais participantes, em que pese as aproximações que tiveram com a questão racial nesses espaços educativos, além de deixarem de promover ações específicas que visem à equidade racial em saúde, desconsideraram a relevância da raça em suas práticas de cuidado, fortalecendo o racismo institucional na saúde.

Dessa forma, faz-se essencial a criação de espaços de educação permanente em saúde, que trate dos pertencimentos identitários, sobretudo o racial, de maneira institucionalizada, transversal e duradoura. Estruturação necessária para a compreensão e o enfrentamento de potentes ideologias socialmente construídas e que impactam sobremaneira na forma de ser e estar no mundo, especialmente no que se refere aos comportamentos e às ideias que sustentam a manutenção dos lugares de poder. Assim, o caminho da educação se configura como aquele que possibilitará a inserção de novos saberes na área médica, de forma que esses saberes possam produzir ressignificações necessárias para o despertar de uma consciência a respeito dos mais diversos pertencimentos, como o de classe, gênero e raça.

Dessa forma, abrem-se possibilidades outras de análise do mundo social e da complexidade a ele inerente, sobretudo no que se refere à nossa participação, consciente ou não, na construção e manutenção das desigualdades sociais. Com isso, vislumbra-se um encontro com a branquitude que se faça efetivamente crítico, a partir do qual se possa confrontar a dura realidade imposta pelo racismo estrutural e institucionalizado em nosso país, com consequente investimento na construção de práticas e comportamentos antirracistas.

Da mesma maneira, como já apontado anteriormente, faz-se necessária a revisão dos currículos dos cursos de medicina, com a inserção da temática das relações raciais nos espaços de graduação médica, e de outras temáticas das ciências sociais, que possam instrumentalizar os futuros médicos, em suas distintas especialidades, com os saberes necessários para a construção de uma visão ampliada da vida e do mundo, como descrita acima. Com isso, a produção do cuidado cotidiano realizada pelos médicos, em especial por aqueles que optaram pela saúde da família, poderá contemplar os verdadeiros significados dos determinantes sociais

de saúde e como eles operam, tanto na instituição das determinações sociais do processo saúde e doença, quanto no condicionamento da construção e manutenção das desigualdades injustas.

Em uma conjuntura política, econômica, ética e moral que tem evidenciado potentes retrocessos no campo dos direitos de cidadania, com evidentes tentativas de desmonte das políticas sociais duramente conquistadas no processo de construção democrática de nosso país, faz-se emergente a reflexão sobre a responsabilidade de atores sociais historicamente significativos no campo da saúde, como aqueles que constituem a categoria médica, no sentido de identificar determinadas forças ideológicas, traduzidas em ações cotidianas, que tanto podem corroborar o projeto de aniquilamento do SUS, quanto, ao contrário, constituir resistência e potência na luta a favor da democracia e dos direitos sociais.

Nessa perspectiva, a medicina de família, pelos princípios que a regem, é campo profícuo para o investimento em projetos que visem ao despertar e à sensibilização dos profissionais médicos que nela atuam, para a dimensão de suas práticas cotidianas, cujas consequências não se encerram nas delimitações dos territórios em que trabalham. Nesta pesquisa, foi possível apreender que a totalidade dos médicos de família que dela participou, em maior ou menor medida, encontra-se subjugada, de forma inconsciente ou tão somente acrítica, às forças que organizam, orientam e mantêm, no campo da macro e da micropolítica, o *status quo* das desigualdades sociais, entre elas as raciais. Entretanto, a maioria dos participantes, não obstante as defesas levantadas, particularmente as relacionadas aos mecanismos de proteção da branquitude, demonstrou sensibilidade necessária tanto para a assimilação de novos conhecimentos que se contraponham ao tecnicismo reducionista do modelo biomédico, quanto para as possíveis ressignificações da vida de maneira geral, essenciais para a promoção e garantia dos direitos de cidadania.

Quando decidi pelo ingresso no universo acadêmico a fim de pesquisar a identidade racial branca, minha principal motivação pessoal era o desejo de melhor compreender os processos envolvidos na construção de minha própria pertença identitária. Ser branco para mim não mais se constituía como algo naturalizado. Ao contrário, era uma identidade recém descoberta em uma perspectiva reflexiva e que passou a determinar profundas mudanças na minha forma de estar e ser no mundo.

Por essa relação afetiva com o objeto da pesquisa e sob a influência de alguns ditames que ainda perpassam pela produção científica, cheguei a ter o receio de que tal proximidade fosse um entrave para a construção deste trabalho. Afinal, era impossível o distanciamento e uma não identificação profunda com tal objeto, visto que minha proposta não era estudar o outro, o diferente, o não branco, mas sim, os meus semelhantes. No entanto, acredito que a

tarefa tenha sido cumprida com êxito, comprovando que a proximidade do objeto, longe de representar impedimento, pode ser potente ferramenta para a produção acadêmica, sobretudo disparando, a partir desta produção, processos que induzam tantas outras possibilidades de estar na vida, em especial aquela que busca fazer diferença, pelo reconhecimento de que o mundo é diverso, é plural em suas identidades e que o diferente precisa ser protegido por direitos universais e equitativos, emancipado em sua distinção e não ser reificado nas relações sociais.

Adentrar nesse universo em profundidade permitiu-me constatar as definições genéricas atribuídas à branquitude pelos diversos referenciais utilizados neste trabalho, mas sobretudo me possibilitou a percepção de que minha criticidade relativa à minha pertença identitária branca, longe está de uma completude que possa garantir a existência apartada das influências negativas, que os privilégios materiais e simbólicos advindos de minha condição racial produzem na relação com os não brancos.

Tão somente o resgate histórico dos fatos que contribuem para a construção de uma identidade cultural como a branquitude não é suficiente para a plena e perene consciência identitária, particularmente quando essa identidade sofre as influências dessa herança histórica, bem como é cotidianamente forjada e reinventada em uma arena de disputa de poder, cujo objetivo primário é a manutenção dos mais diversos privilégios. Assumir a branquitude não significa estar isento da responsabilidade de estar permanentemente atento às armadilhas que ela pode produzir.

Assim, tanto quanto conclusões, esta pesquisa deixa-me várias indagações que serão objetos de investigação e reflexão. Não necessariamente dentro do campo acadêmico, mas nesse que há algum tempo vem constituindo minha trajetória de homem branco que foi tocado, de maneira potente e indelével, pelo despertar da própria racialidade.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua**. Segunda reimpressão. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007. *E-book* (207 p.). ISBN 85-7041-307-6. Disponível em:<[http://: https://petdireito.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/05/AGAMBEN-G.-Homo-Sacer-o-poder-soberano-e-a-vida-nua.pdf](https://petdireito.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/05/AGAMBEN-G.-Homo-Sacer-o-poder-soberano-e-a-vida-nua.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2019.
- ALBUQUERQUE, G. S. C; SILVA, M.J.S. **Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0953.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2019.
- ALMEIDA, G. E. S. **Entre palavras e silêncios: memórias da educação de mulheres negras em Juiz de Fora – 1950/1970**. 2009. Dissertação (mestrado em educação) – Programa de pós-graduação em educação da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009.
- ALMEIDA, G. E. S. Carta ao branco de branco corpo. *In*: ALMEIDA, G.E.S. **Blog Da Gata Preta**. Juiz de Fora, 23 set. 2017. Disponível em:< <http://dagatapreta.blogspot.com/2017/09/>>. Acesso em: 06 set. 2019.
- ALMEIDA-FILHO, N. **Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n. 4, p. 865-884, 2004. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400009>. Acesso em: 11 jul. 2019.
- ALMEIDA-FILHO, N. **Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida: análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe y bibliografía notada**. Washington, D.C; Organização Pan-Americana de Saúde, 1999. Disponível em:< <http://ops-oms.org/Spanish/HDP/HDR/serie19composite.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2019.
- ALMEIDA-FILHO, N. **A problemática teórica da determinação social da saúde: (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento)**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, 2009. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406345800003.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2019.
- ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- ALMEIDA, C. **Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. S23-S36, 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 jun. 2019.
- ALMEIDA, M. V. B.; SOUSA, M. **Análise da política nacional de saúde integral da população negra, 2006-2011**. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 5, n. 4, p. 193-206, 2011. Disponível em:<<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1066/974>>. Acesso em 20 mar. 2019.

ALVES, A. P. W.; BATISTA, G. G.; MARCULAN, G. M. HORTA, P. H. M. N. **Biopolítica e medicina social em Foucault**. Revista Textos Graduated, nº.1, v.5, 2019. Disponível em:<<http://periodicos.unb.br/index.php/tg/article/view/22487/20439>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

ALVES, L. **O valor da brancura: considerações sobre um debate pouco explorado no Brasil**. Cadernos Cenpec | Nova série, v. 2, n. 2, 25 set. 2013. Disponível em:<<http://cadernos.cenpec.org.br/cadernos/index.php/cadernos/article/view/176>>. Acesso em: 13 mai. 2018.

ANTUNES, J. L. **Medicina, leis e moral: pensamento médico no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Editora UNESP, 1999.

ARAÚJO, E. M.; *et al.* **A utilização da variável raça/cor em saúde pública: possibilidades e limites**. Interface - Comunicação, Saúde e Educação, v.13, n.31, p.383-94, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a12v1331.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

ARELLANO, O. L.; ESCUDERO, J. C.; CARMONA, L. D. **Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud**, ALAMES. Medicina Social, v. 3, n. 4, p. 323-335, nov. 2008. Disponível em:<<http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/view/260/538>>. Acesso em: 12 jul. 2019.

ARENDT, H. **As origens do totalitarismo - imperialismo, a expansão do poder. Uma análise dialética. Vol. II**. 1 ed. Rio de Janeiro: editora documentário, 1976. p. 84-85.

ARENDT, H. **A condição humana**. 11ª. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde**. Interface (Botucatu), v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004a. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2019.

AYRES, J. R. C. M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004b. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2019.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. *In*: Barbosa, R. M., Parker, R., (Orgs.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora 34 IMS-UERJ, 1999.

AZEVEDO, R. C. R.; RAMOS, F. R. S. **Arqueologia e genealogia como opções metodológicas de pesquisa na enfermagem**. Revista brasileira de enfermagem, nº.53, v.3, p.288-291, Brasília, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a14v56n3.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, M. B. DE A. **Social inequality in health: revisiting moments and trends in 50 years of publication of RSP**. Revista de Saúde Pública, v. 51, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100131>. Acesso em: 28 out. 2018.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. **The color of death: causes of death according to race in the State of Sao Paulo, 1999 to 2001**. Revista de Saúde Pública, v. 38, n. 5, p. 630–636, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102004000500003&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 27 set. 2018.

BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J.F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola; 2002.

BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no brasil. In: CARONE, I.; BENTO, M. A. S. (Orgs.). **Psicologia social do racismo – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. E-book Kindle, Petrópolis, RJ: Vozes, 2016. Paginação irregular.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017. E-book Kindle. Paginação irregular.

BORIS, F. **História do Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fundação do desenvolvimento da educação, 1995.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

BRANCO, M. R. **Michel Foucault e a medicina: sobre o nascimento da clínica moderna**. Tese de doutorado. PUC São Paulo. São Pulo, 2018. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/21440/2/Rosele%20Maria%20Branco.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política nacional de atenção básica**. Brasília: MS; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde.

BRASIL. **Portaria GAB/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf](http://http://http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)>. Acesso em: 21 set. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei n.º 13226, de 05 de ABRIL de 2016**. Extingue e transforma cargos públicos; altera a Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e a Lei nº 11.457, de 16 de março de 2007; e revoga dispositivos da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003. Brasília: Casa Civil, 2016a. Disponível em: < [http://http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13266.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13266.htm)>. Acesso em: 20 marc. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei n.º 13341, de 29 de setembro de 2016**. Altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e 11.890, de 24 de dezembro de 2008, e revoga a Medida Provisória nº 717, de 16 de março de 2016b. Brasília: Casa Civil, 2016. Disponível em: [http://http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/Lei/L13341.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/Lei/L13341.htm)>. Acesso em: 20 marc. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Medida Provisória n.º 870, de 01 de janeiro de 2019**.

Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Brasília: Casa Civil, 2019. Disponível em: [http://http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv870.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv870.htm)>. Acesso em: 20 marc. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição Federativa da República do Brasil de 1988**. Brasília: Casa Civil, 1988. Disponível em: [http://http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 20 marc. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n.º 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: 1990. Disponível em: [http://http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n.º 8142, de 19 de setembro 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: 1990. Disponível em: [http://http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº510 de 07 de abril de 2016**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 344, de 01 de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html>. Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. 2013. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL, S. A.; TRAD, L. A. B. **O movimento negro na construção da política nacional de saúde integral da população negra e sua relação com o estado brasileiro**. In: BATISTA, E. B.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Orgs.). *Saúde da População Negra*. 2 ed. Brasília, DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Série B: Textos Básicos em Saúde. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em :10 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento orientador para os debates**. In: 14ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2011. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/14cns/doc_orientador.html>. Acesso em: 10 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 24 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º. 510 de 07 de abril de 2016**. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

BRASIL, S. A.; TRAD, L. A. B. **O movimento negro na construção da política nacional de saúde integral da população negra e sua relação com o estado brasileiro**. In: BATISTA, E. B.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Orgs.). *Saúde da População Negra*. 2 ed. Brasília, DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

BREILH, J. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. *In*: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2010. p. 87-125.

BREILH, J. **La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)**. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública, Medellín*, v. 31, supl 1, p. 13-27, 2013. Disponível em:<
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002>.
 Acesso em: 11 jul. 2019.

CAMPOS, G. W. S. **Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS**. *Saúde e Sociedade*, v.15, nº. 2, p. 23-33, 2006. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902006000200004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 jun. 2019.

CARDOSO, L. **Branquitude acrítica e crítica: A supremacia racial e o branco antirracista**. *Revista Latinoamericana en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, v. 8, n. 1, p. 607–630, 1 jan. 2010. Disponível em:< <https://www.redalyc.org/html/773/77315079028/>>.
 Acesso em: 13 jul. 2019.

CARDOSO, L. O branco não branco e o branco-branco. *In*: MÜLLER, T. M. P.; CARDOSO, L. (Orgs.). **Branquitude: estudos sobre a identidade branca no Brasil**. *E-book* Kobo, 1ª ed. Curitiba: Appris, 2017. p. 335. Paginação Irregular.

CARDOSO, L. A branquitude acrítica revisitada e as “críticas”. *In*: MÜLLER, T. M. P.; CARDOSO, L. (Orgs.). **Branquitude: estudos sobre a identidade branca no Brasil**. *E-book* Kobo, 1ª ed. Curitiba: Appris, 2017. p. 335. Paginação Irregular.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. *In*: Pinheiro R., Mattos R. A., (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p.113-26.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Nota à sociedade**. Brasília, 2014. Disponível em:<
http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25221:cfm-repudia-campanha-do-governo-sobre-o-racismo&catid=3>. Acesso em: 07 jul. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução nº. 01, de 17 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações ÉtnicoRaciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/res012004.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2019.

CHAVES, E. S. **Nina rodrigues: sua interpretação do evolucionismo social e da psicologia das massas nos primórdios da psicologia social brasileira**. *Psicologia em Estudo*, v. 8, n.º2, p. 29-37, Maringá, 2003. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n2/v8n2a03.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais.** Lisboa: OMS, 2010. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Redu%C3%A7%C3%A3o-das-Desigualdades-no-per%C3%ADodo.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2019.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2019.

CONDOCERT, A. N. O progresso do espírito humano. *In*: GARDINER, P. **Teorias da História.** Lisboa: Fundação Caloust Gaulbekian, 1969. P. 64

CONH, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. *In*: LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

COROSSACZ, V. R. **Relatos de branquitude entre um grupo de homens brancos do Rio de Janeiro.** Revista Crítica de Ciências Sociais [Online], n°.105, 2014. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/rccs/5790>>. Acesso em: 04 jul. 2019.

CORRÊA, M. **As ilusões da liberdade: a Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil.** Bragança Paulista: EDUSF, 1998.

CORGOZINHO, M. M.; OLIVEIRA, A. A. S. DE. **Equidade em saúde como marco ético da bioética.** Saúde e Sociedade, v. 25, p. 431–441, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200431&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 set. 2018.

CUNHA, E. M. G. P. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. *In*: BATISTA, L. E.; WERNECK, J; LOPES, F. (Orgs). **Saúde da População Negra.** 2.ed. Brasília: ABNT – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

DAFLON, V. T. *et al.* **Deeper than Skin: Browns' and Blacks' Perceptions of Discrimination in Brazil.** Dados, v. 60, n. 2, p. 293–330, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582017000200293>. Acesso em: 25 set. 2018.

DESLAURIERS, J.-P.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. *In*: **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

DOMINGUES, P. J. **O mito da democracia racial e a mestiçagem em São Paulo no pós-abolição (1889-1930).** Revista Tempos Históricos, v. 5-6 , 2004. Disponível em: <<http://http://e-revista.unioeste.br/index.php/tempohistoricos/article/view/8019>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

DOMINGUES, P. **Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos.** Tempo, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tem/v12n23/v12n23a07.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2019.

DURKHEIM, É. *As regras do método sociológico*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, R.D.; ELDER, F.C. *As origens da reforma sanitária e do SUS*. In: LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Brasília: OPAS, 2001. Disponível em: <<http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2019.

ESCOREL, S. *Equidade em saúde*. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equasau.html>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FERREIRA, L. O. *Medicina impopular: ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840)*. In: CHALHOUB, S. *et al.* **Artes de curar no Brasil: capítulos de história social**. Campinas: Editora Unicamp, 2003.

FERREIRA, J. **A constituição de uma política de saúde para a população negra no sistema de saúde brasileiro**. *Revista Contraponto*, v. 4, n. 2. 2017. Disponível em: <http://https://www.seer.ufgrs.br/contraponto/article/view/78911>. Acesso em: 20 fev. 2019.

FERREIRA, R. F. **Afrodescendência: identidade em construção**. São Paulo: EDUC; Rio de Janeiro: Pallas, 2009.

FIGUEIREDO, B. G. **Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX no Brasil: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular**. *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 59-73, 2005. Editora UFPR. Disponível em: <http://http://www.scielo.br/pdf/er/n25/n25a05.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.

FILHO, A. M. S. *O recorte étnico-racial nos sistemas de informação à saúde: potencialidades para a tomada de decisão*. In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Orgs). **Saúde da População Negra**. 2.ed. Brasília: ABNT – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

FILHO, J. M. G. *A dominação racista: o passado presente*. In: KON, N. M.; SILVA, M. L.; ABUD, C. C. (Orgs.). **O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise**. 1ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.

FLACSO BRASIL. **Mapa da Violência 2016: homicídios por arma de fogo no Brasil**. Rio de Janeiro: Flacso Brasil, 2016. Disponível em: <<http://flacso.org.br/?publication=mapa-da-violencia-2016-homicidios-por-armas-de-fogo-no-brasil>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

FLEURY, S.; OUVÉRY, A. M. Política de Saúde: uma política social. *In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* [Livro Eletrônico]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 17–27, 2008. Disponível em: <https://docgo.net/philosophy-of-money.html?utm_source=amostragem-por-saturacao-em-pesquisas-qualitativas-em-saude-contribuicoes-teoricas>. Acesso em: 20 ago. 2018.

FOUCAULT, M. A política de saúde do século XVIII. *In: FOUCAULT, M. Microfísica do Poder*. Organização e tradução: Roberto Machado. 28 ed. São Paulo: Editora Graal, 2010a.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. *In: FOUCAULT, M. Microfísica do Poder*. Organização e tradução: Roberto Machado. 28 ed. São Paulo: Editora Graal, 2010b.

FOUCAULT, M. **Crise da medicina ou crise da antimedicina**. *Verve*, n. 18, ISSN: 1676-9090, p. 167-194, 2010c. Disponível em: <http://https://revistas.pucsp.br/verve/issue/view/393/showToc>. Acesso em: 15 fev. 2019.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. *In: FOUCAULT, M. Microfísica do Poder*. Organização e tradução: Roberto Machado. 28 ed. São Paulo: Editora Graal, 2010d.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população: curso dado no collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso no collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. 10 ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1990.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. Franco B. T., Merhy E. E., (Orgs.) *In. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Textos Reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANKENBERG, R. A miragem de uma branquidade não marcada. *In: Branquidade: identidade branca e multiculturalismo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 392.

FRASES, N. **Igualdade, identidades e justiça social - Le Monde Diplomatique**. Disponível em: <<https://diplomatique.org.br/igualdade-identidades-e-justica-social/>>. Acesso em: 24 set. 2018.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; ARAUJO, M. D. **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde**. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, V. 41, N. 112, P. 63-76,

2017. Disponível em:<<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41n112/63-76>>. Acesso em: 11 jul. 2019.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. **Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1173-1182, 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401173>. Acesso em: 11 jul. 2019.

GARCIA, J. C. História das ideias em saúde. *In*: NUNES, E. D. (Org.). **Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. **Saúde pública, bioética e equidade**. Revista de Bioética, Brasília, v. 5, n. 1, p. 1-6, 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462>. Acesso em: 4 jun. 2019.

GERBI, A. **O novo mundo: história de uma polêmica (1750-1900)**. Cia das Letras, 1996.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL S.; LOBATO, V. C. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [livro eletrônico]. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GIROUX, H. A. **Por uma pedagogia e política da branquitude**. Cadernos de Pesquisa, n.º 107, p. 97-132, 1999. Disponível em: <http://http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/681/0>>. Acesso em: 13 de set. 2018.

GLUZ, N. Discriminação positiva. *In*: OLIVEIRA, D. A.; DUARTE, A. M. C.; VIEIRA, L. M. F. **DICIONÁRIO: trabalho, profissão e condição docente**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010.

GUIMARÃES, A. S. A. **Racismo e antirracismo no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 2009.

HERSCHMANN, M. M. A arte do operatório. Medicina, naturalismo e positivismo – 1900-37. *In*: HERSHMANN, M. M., PERERIA, C. A. M. (org.). **A invenção do Brasil moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20-30**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

HOFBAUER, A. **Uma história do branqueamento ou o negro em questão**. São Paulo: UNESP, 2006.

HOOKS, B. **Olhares negros: raça e representação**. São Paulo: Elefante, 2019.

HORTA, T. A. C. **Catálogo de Normas da Atenção Primária [PDAPS/JF]**. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Juiz de Fora: Funalfa, 2016.

HORTA, T. C. *et al.* **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde: Projeto de Implantação**. Juiz de Fora: Prefeitura de Juiz de Fora, 2014.

IBGE. **Estudos e Análises: informações demográficas e socioeconômicas**. Características étnico-raciais da população. Classificações e identidades. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

Disponível em:< <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

IBGE. **Brasil: panorama**, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em:< <https://biblioteca.ibge.gov.br/pt/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=294074>>. Acesso em: 09 jul. 2019.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana**. Brasília – DF, 2004. Disponível em:<http://portal.inep.gov.br/informacao-da-publicacao/-/asset_publisher/6JYISGMAMkW1/document/id/488171>. Acesso em: 02 jul. 2019.

IPEA. **Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil**. Brasília: Ipea, 2013. Disponível em:< <https://www.mdh.gov.br/biblioteca/igualdade-racial/dossie-mulheres-negras-retrato-das-condicoes-de-vida-das-mulheres-negras-no-brasil>>. Acesso em: 23 jul. 2019.

JESUS, C. M. DE. A persistência do privilégio da brancura: notas sobre os desafios na construção da luta antirracista. *In*: MÜLLER, T. M. P.; CARDOSO, L. (Orgs.). **Branquitude: estudos sobre a identidade branca no Brasil**. *E-book* Kobo, 1ª ed. Curitiba: Appris, 2017. Paginação irregular.

JODELET, D. **O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais**. Brasília: Revista Sociedade e Estado, 2009. v. 24. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/04.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JONES, C. P.; L. A. VEIST, T. A.; LILLIE-BLANTON, M. **Race in the epidemiologic literature: an examination of the American Journal of Epidemiology, 1921-1990**. *American Journal of Epidemiology*., v.134, n.10, p.1079-84, 1991. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1746518>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. DE A. Técnica de Pesquisa: Entrevista. *In*: **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2017.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. *In*: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983, p. 133-158.

LE GOFF, J.. **História e memória**. Campinas: Ed. UNICAM, 1996, p.233-281.

LEAL, M. DO C. *et al.* **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00078816, 24 jul. 2017. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001305004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jun. 2018.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. “Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República”. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (org.). **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996.

LOPES, J. S. **Lugar de branca/o e a/o “branca/o fora do lugar”: representações sobre a branquitude e suas possibilidades de antirracismo entre negra/os e branca/os do/no movimento negro em Salvador-BA**. 2016. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016. Disponível em:<http://www.bdt.d.ibict.br/vufind/Record/UFPL_4acd7d6af5ac6afaea90a0bdaa3dbe79>. Acesso em: 12 jun. 2018.

LOPES, J. S. “Quase negra tanto como quase branca”: autoetnografia de uma posicionalidade racial nos entremeios. In: MÜLLER, T. M. P.; CARDOSO, L. (Orgs.). **Branquitude: estudos sobre a identidade branca no Brasil**. *E-book Kobo*, 1ª ed. Curitiba: Appris, 2017. Paginação Irregular.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: **Anais do 1o Seminário Nacional de Saúde da População Negra: 2007**; mar 12-14; Brasília (DF): Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2007. p. 48-59.

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social: os princípios ontológicos fundamentais de Marx**. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1979.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social – razão médica e racionalidade científica moderna**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACEDO, C. C. O. **A frenologia e a temática do crime no Instituto Histórico de Paris durante a Monarquia de Julho (1830-1848)**. Oficina do Historiador, Porto Alegre, e-ISSN 21783784, p. 2032-2053, 2014. Disponível em: <http://www.revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/oficinadohistoriador/article/view/19056/12115>. Acesso em: 12 mar. 2019.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996**. Tese de doutorado. Campinas: DMPS/FCM/Unicamp, 2001. Disponível em:http://www.repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313169/1/Malta_DeborahCarvalho_D.pdf. Acesso em: 18 ago. 2018.

MBEMBE, A. **Crítica da razão negra**. São Paulo: N-1, 2018. p. 175

MCWHINNEY, I.R. **Manual de medicina de família e comunidade**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MENDES, P. M. *et al.* **Association between perceived racial discrimination and hypertension: findings from the ELSA-Brasil study.** Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205019>. Acesso em: 12 jun. 2018.

MERHY E. E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões.** Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde da Comunidade. Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional.** Saúde em Debate, v.27, n. 65, 2003. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 15/05/2019.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14^a ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. DE S. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias.** Revista Pesquisa Qualitativa, v. 5, n. 7, 1 abr. 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

MINAS GERAIS. Governo de Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG no 1.979, de 18 de novembro de 2014.** Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG 2014. 18 nov. 2014. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/18/mg-180315.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Boletim Epidemiológico.** Brasil: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/17/Indicadores-de-Vigilancia-em-Saude-descritos-segundo-ra--a-cor.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BLOG DA SAÚDE. **Notícia Campanha mobiliza a população contra racismo no SUS.** Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/34777-campanha-mobiliza-a-populacao-contr-o-racismo-no-sus.html>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

MIRANDA, J. H. DE A. Branquitude invisível - pessoas brancas e a não percepção dos privilégios: verdade ou hipocrisia? In: MÜLLER, T. M. P.; CARDOSO, L. (Orgs.). **Branquitude: estudos sobre a identidade branca no Brasil.** E-book Kobo, 1^a ed. Curitiba: Appris, 2017. Paginação Irregular.

MUNANGA, K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra**. *E-book* kindle, 5ª. Ed. Revisão ampliada. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

MUNANGA, K. As ambiguidades do racismo à brasileira. *In*: KON, N. M.; SILVA, M. L.; ABUD, C. C. (Orgs.). **O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise**. 1ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.

MUNIZ, J. O.; BASTOS, J. L. **Volatilidade classificatória e a (in)consistência da desigualdade racial**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00082816, 25 maio 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00082816.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. 3ª ed. São Paulo: Perspectivas, 2016.

NASCIMENTO, P.; MELO, A. C. “Esse povo não está nem aí”: as mulheres, os pobres e os sentidos da reprodução em serviços de atenção básica à saúde em Maceió, Alagoas. *In*: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (Orgs.). **Etnografia em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

NETO, J. A. C.; FONSECA, G. M.; BRUM, I. V.; *et al.* **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601909&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2019.

NGAI, M. **A estranha carreira do imigrante ilegal: restrições à imigração e política de deportação nos Estados Unidos, 1921-1965**. *Tempo* [online], Niterói, UFF, vol. 13, n. 25, p. 5-36, ISSN 1413-7704, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=167013401002>. Acesso em: 12 mar. 2019.

NOGUEIRA, S. G. **Ideology of white racial supremacy: colonization and de-colonization processes**. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v.25, n. spe., p.23-32, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000500004>. Acesso em: 09 ago. 2019.

NORONHA, J. C. DE; SOARES, L. T. **A política de saúde no Brasil nos anos 90**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 445–450, 2001.

OLIVEIRA, J. M. Uma leitura do racismo a partir das narrativas bíblicas. *In*: PORTO, M. R. S (Orgs.). **Negro, educação e multiculturalismo**. São Paulo: Editora Panorama, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão**. Rio de Janeiro, Brasil, 19-21 de outubro de 2011. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2019.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. **General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health** (Art. 12 of the Covenant). [S. l.]: [s. n.], 2000. Disponível em: <<http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>>. Acesso em: 4 jun. 2019.

OXFAM BRASIL. **País estagnado: um retrato das desigualdades brasileiras**. São Paulo: OXFAM BRASIL, 2018. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/sites/default/files/arquivos/relatorio_desigualdade_2018_pais_estagnado_digital.pdf>. Acesso em: 23 set. 2018.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: [http:// http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf](http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf). Acesso em: 24 set. 2019.

PAIXÃO, M. *et al.* **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010**. Rio de Janeiro: LAESER - UFRJ, 2010. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/desigualdades_raciais_2009-2010.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2018.

PEARCE, N. *et al.* Genetics, race, ethnicity and health. *BMJ*, v.328, p.1070-2, 2004.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica** (ICSAB). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2019.

PIOLA, S. F. **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: CEPAL, 2009. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

PIZA, E. Porta de vidro: entrada para a branquitude. *In: CARONE, I.; BENTO, M. A. S. (Orgs.). Psicologia social do racismo – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. *E-book* Kindle, Petrópolis, RJ: Vozes, 2016. Paginação irregular.

PIZA, E.; ROSEMBERG, F. Cor nos censos brasileiros. *In: CARONE, I.; BENTO, M. A. S. (Orgs.). Psicologia social do racismo – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. *E-book* Kindle, Petrópolis, RJ: Vozes, 2016. Paginação irregular.

POCHMANN, M. **Proteção social na periferia do capitalismo**. São Paulo em perspectiva, São Paulo, v. 18, n.2, p. 3-16, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200002>. Acesso em: 24 jun.2019.

POLIAKOV, L. **O mito ariano: ensaios sobre as fontes do racismo e do arianismo**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1974.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POUPART, J. *at al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis: Vozes, 2014.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder e classificação social. *In:* SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Orgs.). **Epistemologias do sul.** Coimbra: Edições Almedina AS, 2009.

RAWLS, J. **Uma teoria da Justiça.** São Paulo: Martins Fontes; 1997.

RIBEIRO, P. S. **“Prescrições médicas” contra os males da nação: diálogos de Franco da Rocha na construção das Ciências Sociais no Brasil.** 2010. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Federal Estadual Paulista, Araraquara, 2010.

RIOS, José Arthur. **Progresso. Progresso social e progressismo.** *In:* **Dicionário de ciências sociais.** Fundação Getúlio Vargas, 1986, p.995-996.

RIZZOTTO, M. L. F. **O banco mundial e as políticas de saúde no brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS.** 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313348/1/Rizzotto_MariaLuciaFrizon_D.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

RIZZOTTO, M. L. F. **Focalização em Saúde.** Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/focsau.html>>. Acesso em: 24 set. 2018.

ROMANO, M. J. **White Privilege in a White Coat: How Racism Shaped my Medical Education.** *The Annals of Family Medicine*, v. 16, n. 3, p. 261–263, 5 jan. 2018. Disponível em: <<http://www.annfammed.org/content/16/3/261.full>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

RODRIGUES, R. M. M. **Educação para as relações étnico-raciais: um termômetro.** Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/330336/1/Rodrigues_RuthMeyreMota_D.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2019.

SANTANA, R. A. R.; AKERMAN, M.; FAUSTINO, D. M.; SPIASSI, A. L.; GUERRIERO I. C. Z. **A equidade racial e a educação das relações étnico-raciais nos cursos de Saúde.** *Interface (Botucatu)*, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e170039.pdf>>. Acesso em: 02 de jul. 2019.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. **Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 861–870, mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0861.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

SAYD, J. **Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental.** Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1998.

SCHUCMAN, L. V. **Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana**. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-21052012-154521/pt-br.php>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

SCHUCMAN, L. V. **Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo**. 1ª ed. São Paulo: Annablume, 2014.

SCHWARCZ, L. M. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1931**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCHWARCZ, L. M. **Nem preto nem branco, muito pelo contrário. Cor e raça na sociedade brasileira**. 1. ed. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

SCHWARCZ, L. M. Raça, cor e linguagem. In: KON, N.M.; SILVA, M.L.; ABUD, C.C. (Orgs.). **O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise**. 1ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.

SCHUMPETER, J. E. On the concept of social value. In: **Quarterly Journal of Economics**, v.23, 1908-9, p.213-232. Disponível em: <<https://socialsciences.mcmaster.ca/econ/ugcm/3113/schumpeter/socialval.html>>. Acesso em: 01 jan. 2019.

SELL, C. E. **Sociologia clássica: Marx, Durkheim e Weber**. Petrópolis: Vozes, 2017. *E-book* Kindle. Paginação Irregular.

SEN, A. Por qué la equidade en salud? Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, DC, v. 11, n. 5-6, p. 302-309, 2002.

SILVA, P. E. O conceito de branquitude: reflexões para o campo de estudo. In: MÜLLER, T. M. P.; CARDOSO, L. (Orgs.). **Branquitude: estudos sobre a identidade branca no Brasil**. 1ª ed. Curitiba: Appris, 2017.

SILVA, L. M. V.; FILHO, N. A. **Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.25, supl.2, ps.217-226, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jun. 2019.

SILVA, M. L. Racismo no Brasil: questões para psicanalistas brasileiros. In: KON, N. M.; SILVA, M. L.; ABUD, C. C. (Orgs.). **O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise**. 1ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.

SILVEIRA, R. **Os selvagens e as massa: papel do racismo científico na montagem da hegemonia ocidental**. Revista Afro-Asia, n. 23, p. 87-144, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2000.

SILVIA, L. R. **Não me chame de mulata: uma reflexão sobre a tradução em literatura afrodescendente no Brasil no par de línguas espanhol-português**. Trab. linguist. apl., Campinas, v. 57, n. 1, p. 71-88, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-18132018000100071&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jul.2019.

SKIDMORE, T. E. **Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro (1870-1930)**. 1ª ed. São Paulo: Compainha das Letras, 2012.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health**. Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO, 2010. Disponível em:<
https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
>. Acesso em: 12 jul. 2019.

SOUZA, D. DE O.; MAURÍCIO, J. C. **A antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde**. Saúde e Sociedade, v. 27, p. 495–505, jun. 2018.

SOUZA, J. **A ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

SOUZA, J. **Ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

SOUZA, J. **A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato**. Rio de Janeiro: Leya, 2017.

SOUZAS, R. **Relações raça e gênero em jogo: a questão reprodutiva de mulheres negras e brancas**. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo (USP). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2004. Disponível em:<

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28082007-175532/publico/TeseRaquelSouzas.pdf>>. Acesso em 23 jul. 2019.

STEYN, M. Novos matizes da branquitude: a identidade branca numa África do Sul multicultural e democrática. *In: Branquitude: identidade branca e multiculturalismo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 392.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TAMBELLINI, A. M. T.; SCHÜTZ, G. E. **Contribuição para o debate do CEBES sobre a “Determinação Social da saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, set./dez. 2009. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345800004>>. Acesso em 11 jul. 2019.

TERRA, L. M. **As ideias e o Brasil: apontamentos sobre os usos da medicina social à brasileira**. Cadernos de Campo: revista de ciências sociais, São Paulo, n.18, p. 27-40, 2014. Disponível em:< <http://https://periodicos.fclar.unesp.br/cadernos/article/view/7377/5208>>. Acesso em 10 mar. 2019.

TELLES, E. **Racismo à brasileira**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Fundação Ford, 2003.

TODOROV, T. **Nós e os outros: reflexão francesa sobre a diversidade humana**. Jorge Zahar Editor, 1993. P.38-39.

TORRES, A. **O problema nacional brasileiro**. 4 ed. Cia. Editora Nacional/UnB, 1982.

UNFPA – Fundo de Populações das Nações Unidas. **Fecundidade e dinâmica da população brasileira**. Brasília, 2018. Disponível em:< <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/fecundidade-e-dinamica-da-populacao-brasileira-folder>>. Acesso em: 03 jul. 2019.

VALLA V. V. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001. Cap 1. p 39-62.

VASCONCELOS, F. A. **Filosofia Ubuntu**. LOGEION: filosofia da informação, Rio de Janeiro, v.3, n°.2, p. 100-112, 2017. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.21728/logeion.2017v3n2.p100-112>>. Acesso em: 06 set. 2019.

VIANNA, A. L.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. **Política de saúde e equidade**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68; 2003.

WARE, V. **Branquidade: identidade branca e multiculturalismo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

WHITE-DAVIS, T. *et al.* **Addressing Racism in Medical Education An Interactive Training Module**. Fam Med. mai. 2018. Disponível em: </familymedicine/2018/may/white-davis-2017-0183>. Acesso em: 6 out. 2018.

ZAMORA, M. H. R. N. **Desigualdade racial, racismo e seus efeitos**. Fractal, Rev. Psicol. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 563-578, 2012. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922012000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jul. 2019.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. **O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, n. 66, p. 721-731, 2018. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300721&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 jan. 2018.

APÊNDICE – Instrumento de Coleta de Dados

Dados Sociodemográficos			
Caracterização dos participantes	Data de Nascimento: -----/-----/-----	Data Coleta de Dados: -----/-----/-----	Código do participante
	Gênero: () Masculino () Feminino () Outros especificar:	Cor ou Raça auto atribuído: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena	
	Estado Civil: () Solteiro () Casado () Separado () Viúvo () União estável		
	Naturalidade: _____	Tempo de formado (em anos): () anos	Tempo de trabalho na ESF de Juiz de Fora/MG (em anos): () anos
Questões orientadoras para a entrevista semiestruturada			
<ul style="list-style-type: none"> • Até o 3º ano do ensino médio você estudou: () Escola particular () Escola pública () misto entre escola pública e privada • Foi beneficiário de algum tipo de bolsa de estudos () sim () Não • Com relação às escolas em que estudou e a cor/raça dos alunos: () maioria branca () maioria negra () proporção igualitária entre brancos e negros • Com relação ao seu círculo de amizades até o final do ensino médio : () maior parte de amigos brancos () maior parte de amigos negros () proporção igualitária entre brancos e negros. • Quais atividades você realizou extracurricular ou fora da escola? () Curso de línguas () aulas de natação () aulas de lutas marciais () aulas de balé () aulas de música () intercâmbio para o exterior Outros: • Nesses espaços e atividades extracurriculares ou fora da escola, você tinha mais amigos brancos ou negros? Como era a sua relação com eles? • O que te levou a escolher a medicina como profissão? Onde você fez a sua graduação (Universidade Pública ou Privada?). Teve bolsa? E na sua turma de medicina tinham alunos negros? Você se lembra quantos? E como era a sua relação e de seus outros colegas brancos com esses colegas negros (saíam juntos, frequentavam a casa uns dos outros, tinham uma relação próxima com a família e com outros amigos?). • Durante o curso de medicina, o que você estudou a respeito da questão racial na saúde? O que foi abordado com relação a essa temática e o que julga importante para a sua prática de médico de família? • Porque você escolheu trabalhar com a medicina de família? 			

- O que é cuidar em saúde para você? No seu cotidiano profissional como é realizado esse cuidado?
- O que você entende por equidade?
- Como na sua prática de médico de família você pratica a equidade em saúde?
- E com relação aos seus pacientes negros, como é a prática da equidade?
- O que é raça para você?
- Como na sua prática profissional você aborda o quesito raça/cor dos formulários do SUS no atendimento de seus pacientes?
- Com relação aos pacientes negros que você atende, quais questões de saúde, ao seu ver, são próprias deles?
- Quais determinações sociais para o adoecimento desses pacientes você consegue identificar?
- Me conte sobre um atendimento que você se recorde de um paciente negro. Qual era o problema de saúde? E por que você acha que ele tinha esse problema?
- De acordo com dados de pesquisas, a população negra apresenta a menor expectativa de vida, maior índice de algumas doenças infecciosas, maior índice de mortalidade por causas externas, violência obstétrica, overdose de drogas e homicídios: por que você acha que isso acontece?
- O que você conhece da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?