



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

LARISSA FERREIRA DOS SANTOS

**RACISMO ESTRUTURAL E DOENÇA FALCIFORME: UMA ANÁLISE
DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA
NA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DO SALVADOR -BA A PARTIR DE
PRODUÇÕES DO ISC**

Salvador
2020

LARISSA FERREIRA DOS SANTOS

**RACISMO ESTRUTURAL E DOENÇA FALCIFORME: UMA ANÁLISE
DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA
NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DO SALVADOR - BA A PARTIR
DE PRODUÇÕES DO ISC**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal da Bahia-UFBA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Maria Ferreira Cardoso.

Salvador
2020

LARISSA FERREIRA DOS SANTOS

**RACISMO ESTRUTURAL E DOENÇA FALCIFORME: UMA
ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA
POPULAÇÃO NEGRA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SALVADOR - BA A
PARTIR DE PRODUÇÕES DO ISC**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da
Universidade Federal da Bahia- UFBA, como requisito para obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social.

APROVADA:

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Ferreira Cardoso - Orientadora
(Universidade Federal da Bahia)

Prof.^a Dr.^a Magali da Silva Almeida
(Universidade Federal da Bahia)

Prof.^a Dr.^a Stella Maria Leal Bastos Senes
(Universidade Federal da Bahia)

DEDICATÓRIA

Dedico o meu agradecimento com muito amor e saudade para minha avó paterna, Dionísia Maria Barbosa dos Santos (in memoriam), que em 2019 aos 98 anos, bem vividos, nos deixou. À minha Dió, por todo amor, dedicação, tempo, conselhos e bênçãos. A sua trajetória enquanto mulher negra me inspira. Nunca esqueceremos a matriarca firme, doce, alegre e detentora de uma sabedoria que nos foi passada como uma herança, e que nunca nos será tirada. A senhora me mostrou que, apesar de árduo, o caminho da vida precisa ser trilhado com perseverança e otimismo, essa conquista também é sua. O tempo é sua morada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me fortalecer quando já não tinha forças para continuar, orientar-me quando estive confusa e direcionar ao melhor caminho a seguir, sem Ele nada seria possível.

Agradeço aos meus pais Marcos e Dulce por sonharem comigo, vocês foram o meu alicerce, meus maiores incentivadores, meus amigos incondicionais. Esta conquista representa toda a nossa luta. Eu os amo!

Agradeço aos meus irmãos, Mateus e Esdras por me darem força.

À minha avó materna Terezinha, o seu amor e cuidado estão marcados em meu coração, a senhora tem me ensinado com o seu exemplo que não há limites que uma mulher não possa ultrapassar.

A minha tia Mirian, obrigada pelo afeto, incentivo e aconselhamento, você é o meu exemplo de sucesso. Te amo!

A minha tia Jane, muito obrigada pelo amor, cuidado e orações. você me sustentou de maneiras que nunca conseguirei expressar. Te amo!

A minha família (tias, tios e primos) o apoio de vocês foi muito importante em todo esse processo. Obrigada!

As professoras e professores do curso de Serviço Social, que me apresentaram um mundo novo, tenham certeza de que participaram da criação de uma assistente social crítica e plenamente comprometida com o Código de Ética Profissional. Vocês pavimentaram a minha trajetória acadêmica com muito mais do que o saber científico, tornaram inesquecível a minha experiência universitária.

Agradeço também às supervisoras de estágio, Janaína Martins e Jaciara Lima, que me despertaram para o tema escolhido nesta monografia, a Doença Falciforme, e enriqueceram a minha formação com seus ensinamentos e posturas sobre a prática profissional, à supervisora acadêmica de estágio Prof.^a Dr.^a Angela Brito que me entregou as ferramentas para escrever sobre racismo, possibilitando-me fundamentar a realidade material em que estou inserida.

Agradeço, e muito, a minha orientadora a Prof.^a Dr.^a Ana Maria Ferreira Cardoso, pela atenção, paciência e disponibilidade durante esse processo de construção, mesmo em meio a um semestre atípico, adaptação ao estudo remoto e a utilização de novas tecnologias e as exigências entre o colegiado, aulas e orientações, sempre pude contar com o seu profissionalismo e apoio. Obrigada!

Vozes-Mulheres

A voz de minha bisavó

ecoou criança

nos porões do navio.

ecoou lamentos

de uma infância perdida.

A voz de minha avó

ecoou obediência

aos brancos-donos de tudo.

A voz de minha mãe

ecoou baixinho revolta

no fundo das cozinhas alheias

debaixo das trouxas

roupagens sujas dos brancos

pelo caminho empoeirado

rumo à favela

A minha voz ainda

ecoa versos perplexos

com rimas de sangue

e fome.

A voz de minha filha

recolhe todas as nossas vozes

recolhe em si

as vozes mudas caladas

engasgadas nas gargantas.

A voz de minha filha

recolhe em si

a fala e o ato.

O ontem – o hoje – o agora.

Na voz de minha filha

se fará ouvir a ressonância

O eco da vida-liberdade.

(Evaristo, 2017, p. 10-11).

SANTOS, Larissa Ferreira Dos. Racismo Estrutural e Doença Falciforme: uma análise da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na Atenção Básica de Salvador - BA a partir de produções do ISC. 107 páginas. Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal da Bahia- UFBA, 2020.

RESUMO

Este trabalho se dispõe a entender como o racismo estrutural é materializado no âmbito das políticas de saúde voltadas à população negra e as pessoas com Doença Falciforme na atenção básica de saúde no município de Salvador - BA, mediante a uma análise bibliográfica de publicações do Instituto de Saúde Coletiva - ISC. Ao longo dos anos, as pessoas com Doença Falciforme têm vivenciado a dor e o peso de trazer em seu código genético uma enfermidade invisibilizada e carregada de estigma racial. Mesmo após a implantação de políticas e programas voltadas a essas populações, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN e da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme - PNAIPDF essas pessoas vivenciam em seu cotidiano efeitos da não efetivação dessas políticas. Nesse contexto, este trabalho aborda como o racismo estrutural funciona no âmbito do SUS, organizado em um sistema de exclusão, invisibilidade e omissão que acirra as desigualdades e as iniquidades em saúde. Esta pesquisa, portanto, foi realizada buscando compreender de fato quais os entraves, lacunas e possibilidades das políticas de saúde voltadas às pessoas negras com doença falciforme na cidade com maior incidência dessa enfermidade no Brasil. Dessa forma, o trabalho foi dividido em dois capítulos chave, o primeiro abordando a conceituação de racismo estrutural, seus desdobramentos e especificidades no contexto brasileiro, os efeitos do racismo na colonialidade para a reprodução de estigmas e estereótipos relacionados a identidade e corpo da população negra, a atuação do Estado no modo biopoder pelo racismo e o racismo institucional na política no âmbito da saúde. E o segundo capítulo em que apresentamos a metodologia utilizada para a análise das dissertações de mestrado desenvolvidas no ISC e selecionadas para este trabalho, uma breve abordagem histórica sobre Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoa com Doença Falciforme, seguida de uma contextualização sobre a anemia falciforme a DF mais frequente em Salvador - BA e suas abordagens no âmbito acadêmico ao longo da história, e por fim os resultados das análises das produções selecionadas.

Palavras-chave: Racismo Estrutural, Saúde, Política de Saúde, Doença Falciforme.

ABSTRACT

This work aims to understand how structural racism is materialized within the scope of health policies aimed at the black population and people with sickle cell disease in primary health care in the city of Salvador - BA, through a bibliographic analysis of publications from the Instituto de Collective Health - ISC. Over the years, people with sickle cell disease have experienced the pain and the burden of bringing into their genetic code an invisible illness laden with racial stigma. Even after the implementation of policies and programs aimed at these populations, such as the National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population - PNSIPN and the National Policy for Comprehensive Care for People with Sickle Cell Disease - PNAIPDF, these people experience in their daily effects of the non-effectiveness of these policies. In this context, this work addresses how structural racism works within the SUS, organized in a system of exclusion, invisibility and omission that aggravates health inequalities and inequities. This research, therefore, was carried out seeking to understand in fact what are the barriers, gaps and possibilities of health policies aimed at black people with sickle cell disease in the city with the highest incidence of this disease in Brazil. Thus, the work was divided into two key chapters, the first addressing the concept of structural racism, its unfolding and specificities in the Brazilian context, the effects of racism on coloniality for the reproduction of stigmas and stereotypes related to the identity and body of the black population, the performance of the State in the biopower mode by racism and institutional racism in health policy. And the second chapter in which we present the methodology used for the analysis of the master's theses developed at ISC and selected for this work, a brief historical approach on the National Policy for Integral Health of the Black Population and the National Policy for Comprehensive Care for People with Disease Sickle cell disease, followed by contextualization about sickle cell anemia, the most frequent DF in Salvador - BA and its approaches in the academic field throughout history, and finally the results of the analyzes of the selected productions.

Keywords: Structural Racism, Health, Health Policy, Sickle Cell Disease.

LISTA DE SIGLAS

ABADFAL – Associação Baiana das Pessoas com Doenças Falciformes
AF – Anemia Falciforme
AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS – Atenção Primária em Saúde
CGSH – Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados
CID – Classificação Internacional de Doenças
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DAE – Departamento de Atenção Especializada
DF – Doença Falciforme
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
FENAFAL – Federação Nacional de Pessoas com Doença Falciforme
GT – Grupo de Trabalho
HBA – Hemoglobina A
HBS – Hemoglobina S
HEMOBA – Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS – Instituto de Ciências da Saúde
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS – Ministério da Saúde
NUPAD – Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da UFMG
PAPDF – Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme
PETN – Programas Estaduais de Triagem Neonatal
PNAIPDF - Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNTN - Programa Nacional de Triagem Neonatal
RAS - Redes de Atenção à Saúde

SESAB – Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia

SUS - Sistema único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. RACISMO E SAÚDE NO BRASIL	22
2.1. RAÇA COLONIALISMO E COLONIALIDADE: A CONSTITUIÇÃO DO CORPO NEGRO NA HISTÓRIA E MEMÓRIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA	35
2.2. RACISMO, BIOPODER E NECROPOLÍTICA: A MATERIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE MORTE.....	49
2.3. RACISMO INSTITUCIONAL: A POLÍTICA DE SAÚDE COMO UMA EXPRESSÃO DO “DEIXAR MORRER”	57
3. RACISMO E POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: ANÁLISE DAS PRODUÇÕES ACADÊMICAS DO ISC	65
3.1. ABORDAGEM HISTÓRICA DA PNSIPN e DA PNAIPDF NO BRASIL..	70
3.2. ANEMIA FALCIFORME: A DOR DA INVISIBILIDADE.....	75
3.2.1. Anemia Falciforme: abordagem histórica das principais publicações e pesquisas desenvolvidas nos EUA até a década de 1940.....	78
3.2.2. Anemia Falciforme: abordagem histórica das principais publicações na África até a década de 1940.....	81
3.2.3. Anemia Falciforme: abordagem histórica das principais publicações no Brasil até 1940.....	82
3.3 DAS LACUNAS E ENTRAVES PARA A FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA VOLTADAS À POPULAÇÃO NEGRA COM DF EM SALVADOR – BA.....	85
3.4. A ABORDAGEM DO RACISMO NO ÂMBITO DA SAÚDE.....	92
3.5. POSSIBILIDADE E ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO NEGRA INTEGRAIS, EQUÂNIMES E TRANSVERSAIS	94
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
REFERÊNCIAS.....	100
APÊNDICE.....	106
ANEXO	107

1 INTRODUÇÃO

Na atual conjuntura política brasileira, é possível observar que as mudanças governamentais propiciaram a emergência de grupos que, apropriados da coisa pública, promovem um discurso ideológico contra as “minorias¹”. Vislumbra-se o desmonte de direitos sociais e políticas públicas direcionadas a populações historicamente excluídas, assim como a fragmentação de ações e pautas voltadas às demandas da classe trabalhadora.

O impacto gerado por esse direcionamento político e ideológico tem se mostrado significativo na realidade diária das brasileiras e brasileiros, alterando e ressignificando as relações sociais, acirrando as desigualdades raciais e as iniquidades que delas decorrem uma vez que, no Brasil, as características fenotípicas são determinantes na definição do tipo de trabalho, de salário, de educação, moradia, assistência à saúde, acesso a serviços e bens de consumo e abordagem policial recebidas pelo sujeito.

Portanto, este trabalho se dispõe a entender como o racismo estrutural é materializado no âmbito das políticas de saúde voltadas à população negra e às pessoas com Doença Falciforme na atenção básica de saúde, na rede SUS, no município de Salvador - BA, mediante a análise de publicações acadêmicas desenvolvidas nos últimos 5 anos no ISC, de modo a identificar os entraves, lacunas e possibilidades das políticas de saúde voltadas às pessoas negras com doença falciforme na cidade com maior incidência dessa enfermidade no Brasil.

Foram notáveis os avanços na implementação de medidas de combate ao racismo desde a Conferência de Durban em 2001, onde o Brasil foi denunciado por um comitê formado por lideranças da organização negra, de movimentos sindicais e ativistas negros, pelas violações sistemáticas da convenção internacional em relação a eliminação de todas as formas de discriminação racial (CARNEIRO, 2002).

Ressalta-se a aprovação da lei nº 12.288/10, que dispõe sobre a criação do Estatuto da Igualdade Racial, a implementação de políticas de ações afirmativas na área da educação e da criação e fortalecimento de instituições para a valorização da vida, saúde e cultura negra, nos governos Lula e Dilma, assim como a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra-PNSIPN, conquistas fundamentais para que o debate sobre o racismo ultrapassasse, ainda que timidamente, o âmbito acadêmico.

¹ MBAYA, (1996), desenvolve a concepção de minorias (numéricas e sociológicas) como grupos, povos e até nações em desvantagem social no interior dos Estados-nações, que reclamam direitos particulares e específicos ligados à sua existência física e cultural. Esses grupos humanos são marginalizado e/ou excluídos em uma relação de dominação que perpassa pela privação de seus direitos fundamentais. São exemplos de minorias sociais no Brasil os indígenas, negros, mulheres, comunidade LGBTQI+.

No entanto, após golpe² político de 2016, constata-se um retrocesso de grandes proporções caracterizado, entre outras coisas, pela polarização e maniqueísmo político, emergência do fenômeno das *fakes news*, da desvalorização do saber científico e acadêmico, retorno e/ou consolidação de movimentos e pautas conservadoras de cunho nazifacista e o aumento da desigualdade racial e econômica. O Brasil voltou 20 anos em 2³.

A retomada de pautas neoliberais em moldes autoritários e conservadores, assim como a apreensão delas pelo poder público revela a falácia do sistema democrático brasileiro no que diz respeito à garantia de direitos sociais a todos os cidadãos como previsto na Constituição Federal de 1988. Tais iniciativas têm fomentado o racismo, em uma tentativa de manter o status quo da “branquitude” em nossa sociedade.

Para tanto, utiliza-se estratégias que perpassam pela normalização das desigualdades raciais e econômicas, criminalização da pobreza, esvaziamento de pautas étnico-raciais, e como visto recentemente, no âmbito ideológico, a negação da existência do racismo no Brasil. De maneira que as políticas públicas formuladas através deste viés se constituem em um instrumento de segregação e aniquilamento dos considerados indesejáveis.

A utilização de mecanismos estatais para este fim não é de maneira nenhuma um fenômeno novo, dadas as bases clientelistas e autoritárias características da formação do Brasil como nação. A desigualdade racial presente em todos os espaços da nossa sociedade retrata nitidamente que o uso do racismo como tecnologia de poder a nível estrutural é o que permite a manutenção de privilégios para o grupo dominante; já que “o crescimento do poder das elites é diretamente proporcional à redução do poder dos oprimidos” (TEODORO, 1996, p. 97).

A esfera pública brasileira, nesse sentido, é o palco de intensas disputas de interesses que se refletem, entre outras coisas, no direcionamento das políticas públicas. Os segmentos diversos da sociedade civil que pleiteiam com a elite brasileira a centralidade nos espaços de poder caem, por diversas vezes, nas armadilhas da desagregação de pautas coletivas no que diz respeito à classe trabalhadora. Dessa forma, a questão racial, por exemplo, passa a ser

² A publicação “*Porque gritamos golpe*” (2016), da Boitempo, organizado pela Ivana Jinkings, Kim Doria e Murilo Cleto, apresenta o processo de impeachment da presidenta Dilma Rousseff em 2016 fazendo uma análise dos processos que antecederam e sucederam essa ruptura democrática traçando paralelos com o golpe militar de 1964, que curiosamente tem sido constantemente reiterado por uma ala ideológica de extrema direita como “revolução” em uma apropriação indevida deste termo. O impeachment é considerado golpe a partir dessa perspectiva, por promover uma ruptura do sistema democrático brasileiro mediante a remoção da presidenta eleita sem crime de responsabilidade a fim de incorporar com maior aprofundamento a agenda neoliberal e do sistema financeiro.

³ “O Brasil voltou, 20 anos em 2”, foi o slogan controverso utilizado no convite de comemoração de dois anos do governo Temer em 2018, foi substituído por gerar constrangimento ao governo, uma vez que na ausência da vírgula sugeria um retrocesso de 20 anos em vez de avanço como pretendido.

considerada como uma pauta identitária, fragmentando a construção coletiva para a superação do racismo.

Entender que o racismo é estrutural (ALMEIDA, 2019) faz com que a dinâmica das relações sociais, em todas as instâncias da vida do indivíduo negro, esteja submetida a um ciclo interminável de violentas interdições que conduzem ao adoecimento e morte. Por isso, considerar a saúde da população negra dentro de uma sociedade racista exige revisitar as nuances do Sistema Único de Saúde - SUS, principal acesso dos negros aos serviços de saúde no Brasil.

No atual cenário de crise financeira, o SUS enfrenta constantes ataques. A aprovação da Emenda Constitucional 95, que estabelece teto máximo de investimentos públicos em políticas sociais por um período de 20 anos, é o retrato da intensificação da agenda neoliberal. Derivam dela o desmonte de políticas e programas, como a Estratégia de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos, o subfinanciamento do SUS em larga escala, regimes de contratações precários, o aumento das parcerias público-privadas na gestão de hospitais públicos, medidas que fragilizam o sistema de saúde.

Em contrapartida, percebe-se o aumento de iniciativas para a financeirização da saúde. O aumento da apropriação privada de parte do financiamento público para a saúde pode ser observada por meio das concessões na gestão de hospitais públicos, na oferta de subsídios públicos para instituições que não atendem ao SUS, no aumento do uso de serviços da rede privada que, segundo a lei 8.080/1990, deveriam ser oferecidos ao SUS em caráter suplementar e no incentivo a criação de planos de saúde “populares” para quem pode pagar, deixando o sistema de saúde público para os mais pobres.

A última medida seria desastrosa, caso aprovada, por diversos motivos. Reservo-me a citar dois deles: primeiro, os planos ditos populares não oferecem ampla cobertura, de forma que ainda que utilizando um sistema de saúde suplementar os usuários teriam de recorrer ao SUS para exames e procedimentos mais complexos e segundo, a oferta dos serviços do SUS apenas aos mais pobres, além de ferir o princípio da universalidade, resultaria em menor financiamento para a saúde, conseqüentemente, em um sucateamento ainda maior do SUS, como aconteceu com as escolas públicas.

Esse panorama é duplamente desafiador para a população negra quando considerados os determinantes sociais, pois “a constatação incontornável que se apresenta é que nascer de cor parda ou de cor preta aumenta de forma significativa a probabilidade de um brasileiro ser pobre” (HENRIQUES, 2001, p. 11.). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

- IBGE, os negros detêm os menores índices de escolaridade e ocupam postos de trabalho precários recebendo salários menores em relação aos brancos (MUNANGA, 2003).

Tendo em vista que a maior parte dos usuários do SUS são negros, diante da fragilização da política de saúde decorrente das medidas de austeridade fiscal, os conflitos e tensões raciais latentes nas relações sociais brasileiras ganham destaque, uma vez que o racismo é um fator fundamental na delimitação das desigualdades por compor a organização econômica e política da sociedade, “o racismo fornece o sentido, a lógica e a tecnologia para a reprodução das formas de desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea (ALMEIDA, 2019, p. 21.).

Por isso, os cidadãos negros quando diante de ações e políticas públicas omissas e fragilizadas vivenciam em suas relações interpessoais o aumento da negligência e invisibilidade, elementos que emparelhados culminam na sonegação de direitos constitucionais, na medida em que os efeitos práticos do racismo em uma sociedade “[...] atinge, sobretudo, a sua configuração interna, estipulando padrões hierárquicos, naturalizando formas históricas de dominação e justificando a intervenção estatal sobre grupos sociais discriminados, [...]” (ALMEIDA, 2019, p. 178).

Embora o Estado brasileiro não institua abertamente o racismo como política de Estado, a realidade cotidiana demonstra com efetividade que o Brasil vive em regime de apartamento social (CARNEIRO, 2011). Os determinantes sociais explicitam o quanto o racismo condiciona os cidadãos negros à vulnerabilidade⁴ extrema, sobrepondo categorias de exclusão e mazelas sociais que desembocam no sistemático adoecimento físico e mental da população negra.

O ciclo de adoecimento a que essa população é submetida não se resume a serviços de saúde precários ou exclusão dos mecanismos de proteção e manutenção da saúde, trata-se de um complexo emaranhado de violências físicas e simbólicas que atravessam a vida do indivíduo racializado da infância até o envelhecimento que são infligidas em um espaço inescapável, no corpo. De forma que adoecer não é só um simples processo biológico, mas a somatória de condições resultantes de ser negro dentro de uma sociedade racista.

Portanto, para além das manifestações individuais ou institucional do racismo, é imprescindível desvelar o cerne da questão racial, a estrutura de poder que rege a sociabilidade capitalista, a fim de construir estratégias eficazes e factíveis de intervenção na desigualdade

⁴ O uso do conceito diz respeito a condições ambientais e/ou sociais e individuais ou de grupos populacionais que impactem diretamente no fator saúde/doença, aumentando o índice de adoecimento e diminuindo a proteção contra a doença.

racial e por que não de superação da sociabilidade vigente. Nesse sentido, as políticas públicas são indispensáveis para a correção de desequilíbrios gerados pelo racismo, portanto, um espaço a ser pleiteado pela classe trabalhadora ou continuará a ser uma ferramenta de barganha utilizada pelas elites para aliviar as tensões sociais.

No âmbito da saúde, a existência de políticas voltadas à população negra é significativa por reconhecer que o povo negro enfrenta agravos na saúde por conta da situação de vulnerabilidade a que é submetido. Por isso, as políticas, ações e programas desenvolvidos pelo SUS devem considerar as particularidades e condições de vida da população negra brasileira para serem efetivas no combate às iniquidades raciais em saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN foi e é um passo importantíssimo na longa caminhada em direção a promoção de condições igualitárias no acesso à saúde e qualidade de vida para todos os brasileiros, mas não se pode perder de vista que mesmo após 11 anos de existência, e com uma legislação que a apoia, a política de saúde voltada à população negra não foi implementada em sua totalidade e enfrenta o desconhecimento da população em geral e de profissionais de saúde que em tese seriam responsáveis por aplicá-la. O que explica a irrelevância com que a saúde da população negra é tratada? Como uma política que contempla a maior parte da população brasileira pode ser negligenciada e esvaziada sem grandes consequências?

Estas foram algumas das inquietações que me acompanharam ao longo desse processo de formação acadêmica. O contato com a discussão étnico-racial na universidade e com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra durante o processo de estágio curricular obrigatório no Hospital Professor Eládio Lasserre, localizado em Cajazeiras II, um dos bairros periféricos de Salvador - Ba, possibilitaram-me a reflexão sobre racismo e saúde, bem como o trabalho do assistente social inserido nesse contexto.

Desenvolver o projeto de intervenção “Conhecendo a Doença Falciforme”, despertou-me para a sutileza com que o racismo é expresso nas políticas e instituições de saúde, assim como para a percepção da fragmentação na rede de atenção básica do município na região atendida pela instituição, em relação a Doença Falciforme - DF. Já que, o acesso de usuários com doença falciforme ao SUS na região era constantemente realizado no segundo nível de atenção, na emergência da unidade durante as crises algicas características desta enfermidade, sendo comum não haver seguimento no acompanhamento necessário ao usuário no nível de atenção básica.

No Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, instituído pela portaria 1.018 de 2005, estabeleceu-se um protocolo de

proteção de saúde, que estabelece a integração dos serviços do SUS, articulando ações e procedimentos entre as redes básica, de média e de alta complexidade, visando à atenção integral dos pacientes.

A atenção primária, nesse sentido é essencial para a promoção da saúde da pessoa com DF em sua integralidade, por desenvolver um vínculo com a comunidade, pela implantação e integração de programas e políticas pelo SUS oferecendo ampla cobertura para os sintomas e agravos decorrentes da DF, assim como para as demais doenças e pela proximidade das residências dos usuários em relação aos hemocentros, facilitando a continuidade no tratamento.

De maneira que cabe à atenção primária em articulação com a gestão municipal, capacitar e instrumentalizar seus trabalhadores e equipe para a integração do usuário com DF aos demais programas de saúde, reforçando a rede de atendimento, promover campanhas de informação e divulgação acessíveis fomentando o autocuidado e protagonismo do sujeito no processo promoção da própria saúde.

A lacuna deixada pela falha na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e, conseqüentemente, do programa de atenção voltados a pessoas com doença falciforme, em um dos níveis de atenção à saúde ou em todos eles, tem conseqüências diretas no acesso e continuidade no tratamento da doença falciforme, resultando na diminuição da qualidade de vida e um alto índice de mortalidade para essa população.

É preocupante o desconhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias por parte dos usuários e familiares, e estarrecedor que trabalhadores da saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e técnicos de enfermagem, entre outros) no âmbito do SUS, ignorem não só a política, mas os protocolos de atendimento à doença falciforme.

Trazer a doença falciforme, enfermidade crônica, genética e prevalente na população negra e afrodescendente a centralidade do debate, abre um leque de possibilidades sobre os entraves e possibilidades de uma atuação profissional antirracista na saúde, ainda que frente à precarização do trabalho. A correlação entre racismo, pobreza e saúde precisa ser feita e refeita na articulação da política de saúde, considerando o impacto do racismo na construção da saúde no âmbito individual e coletivo das pessoas com doença falciforme.

Esses elementos levaram-me a discutir o racismo estrutural em transversalidade com as políticas e programas de saúde voltadas para às pessoas com doença falciforme desenvolvidas no SUS na cidade de Salvador -BA por meio da análise de trabalhos produzidos pelo ISC - Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, entre os anos de 2015 a 2019. Tal produção foi desenvolvida buscando entender os entraves e possibilidades para o desenvolvimento de

políticas sociais que atendam às reais necessidades da população negra na área da saúde, respeitando as particularidades de cada região.

Dessa forma, este trabalho se propõe a identificar como a produção acadêmica aborda a relação entre racismo estrutural e políticas de saúde da população negra direcionada a pessoa com DF na cidade de Salvador-BA. Assim são também objetivos desta produção entender como as lacunas na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e da Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme no âmbito da saúde primária refletem o racismo estrutural, investigar como a produção bibliográfica do ISC nos últimos cinco anos retrata as políticas de saúde da população negra voltadas à pessoa com DF desenvolvidas na cidade do Salvador e identificar entraves e possibilidades para o pleno desenvolvimento das políticas sociais voltadas a população negra na atenção primária do SUS.

Para tanto, uma vez estabelecidos o objetivo geral e os objetivos específicos para o desenvolvimento deste trabalho e o objeto da pesquisa delimitado, fez necessário realizar levantamento da produção acadêmica sobre as políticas de saúde voltadas a população negra e à pessoa com DF desenvolvidas em Salvador-BA, nesse sentido a produção do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia foi escolhida por oferecer um número considerável de produções sobre o referido objeto com um alto rigor teórico e acadêmico.

Assim, realizada catalogação e análise da produção do ISC nos últimos cinco anos foi desenvolvida uma intensa pesquisa bibliográfica em produções de autores considerados referências na escrita sobre racismo estrutural, políticas sociais, saúde da população negra e DF, e a partir do diálogo teórico entre os autores estudados e a produção do ISC foi estabelecido um paralelo entre racismo estrutural e a defasagem no desenvolvimento e materialização das políticas sociais em sua efetividade voltadas à população negra e com DF no âmbito da saúde primária em Salvador-BA, assim como as possibilidades que a compreensão deste fenômeno por parte dos assistentes sociais e demais profissionais de saúde pode proporcionar quantitativa e qualitativamente no acesso e permanência dos usuários com DF no SUS e no combate intransigente do racismo em todas as esferas da sociedade brasileira.

Desse modo, o presente trabalho é composto, além desta introdução, por dois capítulos e as considerações finais. O primeiro capítulo tem caráter conceitual, e serviu de base tanto para a análise das dissertações quanto para estabelecer a relação entre os temas aqui discutidos e eventos da realidade material, buscando alcançar os objetivos previamente estabelecidos como norteadores dessa pesquisa. O segundo capítulo foi mais descritivo, nele foi possível teorizar os elementos apresentados nas dissertações, identificando os entraves e lacunas na materialização das políticas de saúde voltadas a população negra na atenção básica, como o

racismo aparece nas dissertações analisadas e as estratégias de resistência no contexto das políticas de saúde voltadas à população negra desenvolvidas na atenção básica do SUS na cidade do Salvador – BA, considerando as especificidades e nuances da organização étnico-racial da cidade mais negra do Brasil.

Isto porque, o serviço social, não está inserido no âmbito da saúde apenas como executor das políticas públicas, a produção de conhecimento com o nosso olhar é um instrumento indispensável para ecoar as reivindicações de grupos historicamente cerceados. É a constante análise da realidade na qual estamos inseridos, a identificação das demandas para além da imediatividade e individualidade, a contínua busca por conhecimento que possibilitam ao assistente social fundamentar fatos do cotidiano forjando mecanismos para construir instrumentalidade para a formulação de políticas públicas e práticas de saúde antirracistas.

Seremos resistência!

2. RACISMO E SAÚDE NO BRASIL

A promoção equânime da saúde⁵ para toda uma população exige a construção de mecanismos que possibilitem a superação de desigualdades estruturais presentes na sociedade contemporânea. No contexto brasileiro, essa composição perpassa pela luta política para o desenvolvimento de uma sociedade antirracista, para tanto, “as perguntas devem sempre buscar, na verdade, quais são as ideologias que estruturam uma série de ações, condutas e ordenamentos sociais” (BORGES, 2019, p. 49).

Um dos desafios que está posto ao Serviço Social em tempos turbulentos como o que ora enfrentamos é aprofundar e democratizar o debate sobre a questão étnico-racial como fator de agravamento das desigualdades sociais, construindo um arcabouço teórico que nos permita desenvolver, no interior da profissão, novas estratégias de enfrentamento dessa tecnologia complexa e intrínseca à sociedade capitalista, o racismo; uma vez que, segundo Yamamoto (2001, p. 30):

É na dinâmica tensa da vida social que se ancoram a esperança e a possibilidade de defender, efetivar e aprofundar os preceitos democráticos e os direitos a cidadania - preservando inclusive a cidadania social, cada vez mais desqualificada -, na construção de uma forma histórica de sociabilidade que se oriente no sentido de ultrapassar a esfera da necessidade pelo universo presidido pela liberdade, possibilitando o desenvolvimento de todos e de cada um dos indivíduos sociais”.

O racismo e o capitalismo são composições da modernidade, sendo que a associação entre esses fenômenos fornece a dinâmica para as relações sociais hierarquizadas a partir do marcador raça no interior das sociedades cujo modo de produção é capitalista. O racismo foi, e é, um dos sustentáculos do capitalismo, acompanhando e fortalecendo-se a cada etapa de desenvolvimento do capital, possibilitando inclusive que esse sistema possua o acúmulo necessário para a manutenção em um mundo globalizado.

No entanto, mais do que um fator que possibilitou a mundialização do capitalismo e instrumento de fragmentação da classe trabalhadora o racismo constitui um modo de racionalidade que institui o pensamento e a organização política e social europeia enquanto superior e universal, ao mesmo tempo em que subverte corpos, epistemes, culturas e sociedades. O racismo possibilita que a história da humanidade permaneça sendo escrita através do olhar unilateral europeu, que as sociedades pré capitalistas sejam categorizadas como selvagens, que

⁵ O termo saúde, nesse contexto, é empregado de acordo com a definição da OMS - Organização Mundial da Saúde em sua constituição de 1946, compreendendo saúde no sentido ampliado, como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não só como a ausência de doença ou enfermidade.

os saberes e produções apagados ou subalternizados e que os corpos negros sejam objetificados, explorados, criminalizados e mortos.

O racismo permanece criando mecanismos de exclusão e exploração que corroboram para a constante expansão e reprodução do capitalismo. De maneira que a superação do racismo só é possível mediante ao desenvolvimento de uma forma de sociabilidade distinta à organização capitalista. Do mesmo modo, a suplantação do capitalismo perpassa pela superação das desigualdades raciais, uma vez que o racismo é uma engrenagem política, social e econômica e que se constitui em um dos elementos da exploração de classe.

Apesar de estar em contínua adaptação para moldar-se às transformações sociais promovidas pelo desenvolvimento da sociedade capitalista, o cerne do racismo, isto é, a ideologia materializada através de práticas discriminatórias que desencadeiam privilégios e vulnerabilidade a depender do grupo racial a qual pertençam, permanece o mesmo. As multiformes manifestações do racismo transpõem o âmbito da individualidade, da cultura e das instituições como exposto na Declaração sobre a raça e os preconceitos raciais da UNESCO⁶ no §2 do artigo 2º,

O racismo engloba as ideologias racistas, as atitudes fundadas nos preconceitos raciais, os comportamentos discriminatórios, as disposições estruturais e as práticas institucionalizadas que provocam a desigualdade racial, assim como a falsa idéia de que as relações discriminatórias entre grupos são moral e cientificamente justificáveis; manifesta-se por meio de disposições legislativas ou regulamentárias e práticas discriminatórias, assim como por meio de crenças e atos anti-sociais; cria obstáculos ao desenvolvimento de suas vítimas, perverte a quem o põe em prática, divide as nações em seu próprio seio, constitui um obstáculo para a cooperação internacional e cria tensões políticas entre os povos; é contrário aos princípios fundamentais ao direito internacional e, por conseguinte, perturba gravemente a paz e a segurança internacionais.” (UNESCO, 1978, p. 2).

A definição da UNESCO denota o caráter estrutural do racismo ao destrinchar a fluidez com que este aparato de classificação social atravessa todas as instâncias da vida material do sujeito conferindo normalidade à dinâmica racial desigual, tanto nas relações interpessoais como na relação entre Estado e sociedade. Por isso, a apreensão do lugar do racismo enquanto ideologia e prática dentro da nossa organização social, permite-nos ultrapassar os sintomas da disparidade étnico-racial aparente nas refrações da questão social e construir estratégias não só no sentido de fortalecimento e resistência, mas visando a superação da desigualdade racial.

Segundo Iamamoto e Carvalho (2012, p.37) “na sociedade de que se trata, o Capital é a relação social determinante que dá a dinâmica e a inteligibilidade de todo o processo da vida

⁶ Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, criada em 16 de novembro de 1945, após a Segunda Guerra Mundial, propõe-se a acompanhar o desenvolvimento mundial, através da cooperação intelectual entre os 193 países membros.

social”. Assim, o modo de produção capitalista ultrapassa a economia, constituindo-se em um modo de sociabilidade que se concretiza na vida cotidiana. Na qual as categorias sociais históricas: Estado, sociedade, política e economia coexistem e atuam separadas, mas simultaneamente ligadas (ALMEIDA, 2019).

Portanto, a sistematização do capital consiste, grosso modo, em um sistema cuja organização social e produtiva é centralizada no trabalho, através de processos que permitem a produção e reprodução de riquezas por meio da expansão e acúmulo de capital derivados da apropriação do trabalho excedente da classe trabalhadora na forma de mais-valia; resultando em desigualdade econômica e política para os agentes sociais fundamentais desse processo: o capitalista e o trabalhador assalariado.

À medida que o capital só se nutre de mais-valia - isto é, de trabalho excedente não pago, apropriado do trabalhador desprovido dos meios de produção e de vida - o confronto entre os agentes sociais é permeado de uma luta infinda na defesa dos seus interesses antagônicos: o que é substância e condição de crescimento do capital é parte do próprio processo vital do trabalhador (IAMAMOTO; CARVALHO, 2012, p. 113).

Apesar da ostensível miséria produzida, o capitalismo garante condições subjetivas para sua reprodução por instituir a sua sociabilidade a partir de uma espécie de pacto social que produz consenso na aceitação do sistema de exploração pelos oprimidos (LEFEBVRE, 1968 apud. IAMAMOTO; CARVALHO, 2012), por meio do controle social exercido pelo Estado e/ou grupos dominantes, ora mediante a coação física ora pela concepção e difusão de discursos ideológicos e bases sociais justificadoras de opressão que atuam no sentido de legitimar as formas sociais estruturadas.

Cabe ao Estado, portanto, garantir a coesão social atuando como um aparato de arbitragem de uma sociedade conflituosa que, paradoxalmente, promove a desigualdade de classe e o direito a pactuação entre indivíduos proprietários, livres e iguais. Por isso é imprescindível para a manutenção da organização capitalista a reprodução de discursos de igualdade forjado a partir do nacionalismo e do estabelecimento de padrões comportamentais e morais (ALMEIDA, 2019) que distanciam os conflitos da miséria proveniente da exploração da classe trabalhadora e o direcionam para grupos considerados diferentes desse padrão universal.

A incorporação dessas ideologias e bases justificadoras de desigualdade nas relações sociais promove a normatização das incongruências advindas do capitalismo, neste contexto o racismo não é simplesmente uma questão moral ou cultural, mas uma forma de racionalidade ligada à divisão social do trabalho que, enquanto prática material, promove um modo de

interpretar as desigualdades sociais, pessoais, políticas e culturais, naturalizando-as como um fato social.

Os conceitos de propriedade privada, liberdade e igualdade jurídica fundamentais à troca mercantil, base do sistema capitalista (ALMEIDA, 2019), exemplificam essa produção de fundamentação ideológica dominante como facilitadora da manutenção da ordem social; uma vez que esses princípios não se materializam no exterior das relações mercadológicas, o que convém dizer que dentro da organização capitalista a igualdade é efetiva aos indivíduos apenas para pactuarem contratualmente.

O que merece ser ressaltado é que a sociedade do capital supõe uma contradição inevitável na sua continuidade: *O discurso da igualdade e a realização da desigualdade*. De um lado a afirmação da liberdade individual e da igualdade de direitos e deveres de todos os cidadãos, como condição de funcionamento pleno da economia de mercado⁷. É a igualdade necessária a toda troca de mercadorias equivalentes, através da relação entre livres proprietários das mesmas. É a relação igualitária que aparece na esfera da circulação consubstanciada, também, nos textos legais. *Em polo oposto, tem-se a desigualdade inerente à organização da sociedade como uma unidade de classes sociais distintas e antagônicas assentada em uma relação de poder e exploração*. É a desigualdade inerente à relação do capital, ao “livre direito de propriedade”, que só é desvendado ao se analisar o que ocorre com os agentes sociais na produção social da riqueza, contraposta a sua apropriação privada. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2012, p. 97- 98).

O racismo, nesse sentido, é também uma possibilidade de unidade, um fator gerador de identidade dentro da classe trabalhadora que propicia a absorção das contradições entre igualdade e desigualdade, cidadania e classes sociais e as insere nas dinâmicas das relações sociais cotidianas, promovendo o funcionamento das estruturas sociais; “Portanto, a forma como os indivíduos atuam na sociedade, seu reconhecimento enquanto integrantes de determinados grupos e classes, bem como a constituição de suas identidades, relacionam-se às estruturas que regem a sociabilidade capitalista” (ALMEIDA, 2019, p. 93).

Isto posto, o racismo como relação de poder e tecnologia de opressão que se reproduz como relação social só faz sentido dentro da lógica capitalista; constituindo-se na espinha dorsal que estrutura e mantém as sociedades modernas que se organizaram em torno da sistematização e assimilação das desigualdades. A estruturalidade do racismo advém justamente do funcionamento das estruturas sociais e práticas de Estado para a conservação do “modo normal” com que se constituem as relações desiguais políticas, econômicas, jurídicas e familiares constituídos a partir da raça (ALMEIDA, 2019).

Neste sentido, o racismo cumpriu um papel fundamental para o desenvolvimento o capitalismo. Foi por meio dele que se obteve a universalização do capitalismo à partir da

⁷ Grifo dos autores.

negação da humanidade dos demais povos, a destruição das relações sociais e econômicas distintas ao capitalismo existentes fora da Europa, um exército industrial de reserva, saques, mortes e apropriação de territórios e, posteriormente, na organização capitalista atual, a garantia da subsunção total do trabalho ao capital e a eliminação dos considerados indesejáveis, ou seja, daqueles cujo trabalho não é absorvido pelo capital.

A institucionalização das diferenças raciais e de gênero garante que o trabalho seja realmente submetido ao capital, uma vez que o racismo retirará do trabalhador qualquer relevância enquanto indivíduo. No mundo - racista-, o negro não tem condições de reivindicar um tratamento igualitário ou exigir que suas diferenças sejam respeitadas; [...] Assim é que o racismo se conecta à subsunção real do trabalho ao capital, uma vez que a identidade será definida segundo os padrões de funcionamento da produção capitalista (ALMEIDA, 2019, ps. 181-182).

O racismo, portanto, estabelece parâmetros de aceitabilidade para formas de discriminação, segregação e morte, como afirma Almeida (2019, p. 21), “o racismo fornece o sentido, a lógica e a tecnologia para a reprodução das normas de desigualdades e violência que moldam a vida social contemporânea”. Isto é, o racismo torna normal dentro da dinâmica social a degradação de vidas, subjetividades e corpos de determinados grupos, de tal modo que, mesmo que o sofrimento produzido pelo processo permaneça exposto como uma ferida aberta, é silenciado e invisibilizado, porque este sofrimento é um dado natural.

Esta racionalidade explica a indignação diante de tragédias ocorridas na Europa ou contra indivíduos brancos e o silêncio diante dos genocídios promovidos em território africano, a seletividade do direito e da justiça, a ausência de indignação mediante ao encarceramento e assassinatos de jovens negros e a imobilidade da sociedade diante da desigualdade racial.

O que impede que a violência e a discriminação sistêmica praticada contra um determinado grupo racial se tornem uma pauta coletiva e desperte o interesse da sociedade como um todo? Por que a discriminação étnico-racial não indigna as autodenominadas pessoas de bem? O que torna o sofrimento das pessoas negras invisível? Uma parte da resposta para essas inquietações pode ser: porque o racismo amortece a empatia ou qualquer sentimento que possibilite a identificação dos que são privilegiados por meio deste sistema com os grupos colocados em situação de desvantagem.

O racismo enquanto ideologia e prática resultantes de um processo histórico e político despe o sujeito da sua humanidade e bestifica o homem. Extirpar a humanidade do outro⁸ é o

⁸ Segundo AZEVÊDO (1987), “o “outro” é aquele que é estranho, diferente não apenas na aparência, mas também nos valores, crenças estilo de vida, posição social etc.”. Esse conceito filosófico foi cunhado por Beauvoir para pensar as relações entre gênero. Segundo a autora trata-se de um conceito filosófico antigo baseado em uma dualidade “a do mesmo e a do outro” em um sistema de oposição, baseado na hostilidade contra o diferente de si, onde a construção e projeção da identidade de grupos e/ou indivíduos é realizada não por seus representantes, mas

que tira o peso moral da sociedade diante da sistemática hierarquização e discriminação de grupos racialmente identificados. Como expõe Teodoro (1996, p 98.) “o racismo é um sistema de opressão da diferença marginalizada”. Por isso, compreender o racismo como estrutura social, é perceber que os preconceitos e as discriminações raciais nem sempre precedem de intencionalidade. Isto se dá pois o racismo também forma subjetividades.

Segundo Almeida (2019), sendo o racismo um processo histórico e político que atravessa todas as esferas da vida social, a sua análise não pode ser desagregada de quatro elementos: a política, a economia, o direito e a ideologia. Destes elementos, a ideologia possibilita a compreensão do processo de naturalização da raça enquanto relação social, na constituição da subjetividade do sujeito, conseqüentemente do seu lugar ou não lugar a partir da história e memória dentro do imaginário social.

A ideologia é uma prática de produção de racionalidade para a desigualdade racial que molda o imaginário social, por meio da criação de um ambiente onde um conjunto de ideias e práticas são historicamente forjadas e reproduzidas como uma espécie de herança comum, o modo de ser das coisas. Teodoro (1996), ao tratar do processo de produção e reprodução do racismo, desenvolve uma sistematização do racismo no Brasil na qual o racismo é um sistema de opressão, cujo ciclo é formado por um processo de autoria, ambigüidade, irresponsabilidade e oralidade, onde cada etapa é apoiada e nutrida pela anterior.

Partindo da etapa de autoria, que compreende a produção e elaboração de ideologias raciais de conotação científica pelas “elites econômicas, intelectuais, políticas, científicas, artísticas e militares”, a sistematização do racismo se inicia na construção de mecanismo ideológicos que permitam aumentar e manter o poder das elites subtraindo o poder dos oprimidos em um processo que promove simultaneamente a segregação e a autonegação do sujeito racializado.

É preciso não perder de vista o fato de que a segregação racial é posta em prática para assegurar a defesa de interesses econômicos e políticos, garantindo privilégios que são o suporte necessário à manutenção dos demais privilégios usufruídos por uma raça ou por uma cultura em detrimento de outras. (TEODORO, 1996, ps 98-99).

pelos seus diferentes: “Os judeus são “outros” para o anti-semita, os negros para os racistas norte americanos, os indígenas para os colonos, os proletários para as classes dos proprietários” (BEAUVOIR, 1980, página 11). FISCHELMANN (1996) desenvolve a ideia de “outro virtual” fundamentada nos trabalhos dos autores Kuhn e Levinas, que diz respeito “à todos aqueles que se sabe que existem, porque se ouviu dizer, mas nunca se chega a conviver; contudo se elabora um “paradigma” a seu respeito, criando-se tantos referenciais paradigmáticos quanto sejam os novos outros propostos.” A noção de outro virtual segundo a autora tem permite tanto a criação de preconceitos permanentes como estabelece um potencial na criação de um espaço comum onde se possa estabelecer novas relações.

O processo de manutenção e reprodução do racismo na vida material é bastante complexo, faz-se necessário, para tanto, uma compreensão ampliada do funcionamento da sociabilidade capitalista. Entendendo que a sociedade é constituída de formas econômicas e políticas, sendo, portanto, um espaço de reiterados conflitos entre as classes sociais antagônicas pela hegemonia, a manutenção do poder político e econômico depende da capacidade dos grupos sociais de conservar a ordem social pela violência e pela produção de consenso (ALMEIDA, 2019).

O controle das instituições que orientam, moldam e coordenam os comportamentos do sujeito subjetiva e objetivamente absorvendo os conflitos e normalizando as vantagens obtidas pelo grupo social dominante. A institucionalização dos interesses do grupo dominante implica na imposição de regras, padrões de condutas e modos de racionalidade que normatizam a dominação da sociedade (ALMEIDA, 2019). Dessa forma, o racismo é um dos mecanismos estruturais de controle da classe trabalhadora que é reproduzido através das instituições responsáveis pela materialização da vida social.

O racismo como ideologia, constitui o imaginário social, reforçando constantemente por meio da indústria cultural, dos meios de comunicação e demais instituições como as escolas, igrejas e família, o ideal de humanidade, de sociedade e de cultura construído a partir da organização, do olhar, dos ideais e do corpo do grupo dominante, como explica Fanon (1961, p. 28), “nos países capitalistas, entre explorado e o poder interpõe-se uma multidão de professôres de moral, de conselheiros, de "desorientadores".

As elites são constituídas por aqueles que detém os meios de produção material e simbólica. Na produção material, são eles os empresários, banqueiros, legisladores, governantes, os proprietários de terra, os industriais, etc. No campo da produção simbólica, as elites são as autoridades religiosas, os proprietários das creches, das escolas, das faculdades, reitores e decanos das universidades, donos das emissoras de rádio e televisão, proprietários e diretores de editoras de livros, de jornais, revistas, os proprietários e chefes das agências de publicidade e *marketing*, seus clientes-anunciantes, diretores de seleção de recursos humanos, seus clientes, etc. De um modo geral, a elite é o diretor, o presidente, o chefe, o patrão, o professor, o médico, o parlamentar, o ministro, os embaixadores, os cardeais os arcebispos, os generais, os coronéis, etc. Constituem as elites não só aqueles que dominam os meios de produção de bens, mas os detentores dos meios de reprodução e preservação da espécie humana - os proprietários dos hospitais, das clínicas, dos laboratórios de análises clínicas, dos bancos de doação de órgãos. Curiosamente, os policiais militares e civis, os vigilantes porteiros, guardas, garçons são peças fundamentais para a manutenção do poder racista exercido pelas elites (TEODORO, 1996, ps. 99-100).

Dessa forma, tanto raça, como as identidades coletivas e individuais das pessoas racializadas são forjadas pelo racismo desde o nascimento em um processo de corrosão da humanidade desse indivíduo. A construção social em torno do corpo identificado racialmente condiciona a experiência familiar, social, religiosa e afetiva, e nesse sentido o corpo é também

um espaço político a ser colonizado. Para Borges (2019), “esses processos de desumanização e objetificação marcam os corpos e os sujeitos negros comprometendo, inclusive, sua capacidade de enxergar-se como indivíduos que têm ou devem buscar os seus lugares no mundo”.

O racismo opera no âmbito da subjetividade enquanto fator de marginalização das diferenças étnico-raciais, por isso a desvalorização do saber, o apagamento histórico, a deterioração da moral, a desvalorização da cultura e de características físicas de determinados grupos, assim como a criminalização desses corpos, compõem uma ofensiva violenta e constante de subalternização e normalização da violência contra eles empregada, sendo essa violência tanto maior quanto mais o indivíduo se afastar daquilo que a elite branca definiu como ideal (TEODORO, 1996).

Por isso, ainda segundo a sistematização do racismo realizada por Teodoro (1996), a carga ideológica racista no contexto brasileiro é caracterizada pela ambiguidade, isto é, as relações étnico-raciais brasileiras estão permeadas de comportamentos e discursos paradoxais. Essa ambiguidade é exposta por exemplo na pesquisa realizada em 2014, pelo Instituto Data Popular, na qual 92% dos brasileiros entrevistados reiteram a existência do racismo no Brasil, todavia apenas 1,3 % dos mesmos consideravam-se racistas.

A ambiguidade enquanto fator determinante para a reprodução e manutenção do racismo é materializada no âmbito público e privado sendo “um dado de uma realidade desafiadora e movediça, plena de meios tons” (PEREIRA, João, 1996). Realidade essa que advém do processo de formação social brasileira cuja herança colonial de subalternização dos indígenas e negros, assim como a instituição da branquitude enquanto mecanismo político de dominação racial e manutenção de privilégios, continuam direcionando as opiniões e comportamentos em relação à cor, classe, cultura, fenótipos, religião.

Segundo João Pereira (1996), a ambiguidade nas relações étnico-raciais brasileiras deve ser analisada a partir de “quatro pares, até certo ponto, dialéticos”. São eles: racismo verdadeiro e racismo falso, o discurso e a prática social, o negro e a sua cultura e raça e classe. No primeiro bloco, racismo verdadeiro e racismo falso, o autor coloca em evidência a construção em torno do que seria racismo no imaginário social brasileiro; o racismo verdadeiro seria as manifestações violentas ocorridas no regime nazista alemão, a segregação instituída pelo *Apartheid*⁹ na África do sul ou ainda a separação formal e os linchamentos característico das relações raciais nos Estados Unidos.

⁹ Regime de segregação racial institucionalizado como política de Estado desenvolvido na África do sul entre os anos de 1948 a 1994, segundo BLAJBERG (1996) o *Apartheid* seria um “[...] mecanismo de separar-se

Deste ponto de vista, o apartamento social e a discriminação racial sistemática no Brasil, é algo leve se comparado as atrocidades das experiências raciais anteriormente citadas; o racismo brasileiro, sob este prisma, tratar-se-ia então de um falso racismo. Esta é uma das táticas de encobrimento da questão racial bastante utilizadas em nosso contexto social, pois desacredita as recorrentes denúncias e queixas dos movimentos negros e de homens e mulheres vitimados diariamente pelo racismo anti negro brasileiro, promovendo a sensação que estes estão a “reclamar de barriga cheia”.

Nos últimos anos, houve um crescimento do olhar desdenhoso em relação a questão racial, isso pode ser atribuído às mudanças políticas e às sucessivas crises econômicas que impactam diretamente na organização social e, conseqüentemente, acirraram ainda mais as iniquidades raciais. O retorno do reformulado discurso sobre a democracia racial, assim como a defesa intransigente da meritocracia, em um país com desigualdades estruturais e a criminalização da pobreza são sintomas da reestruturação do racismo na sociedade brasileira para acompanhar a reformulação do capital.

Como ressalta Almeida (2019, p. 207) o racismo em tempos de crise como o que ora enfrentamos, “é um elemento de racionalidade, de normalidade e que se apresenta como modo de integração possível de uma sociedade em que os conflitos se tornam cada vez mais agudos”. Sendo assim, e considerando a formação social brasileira, pode-se perceber também a ambigüidade nas relações raciais, através da noção de discurso e prática social, também trazido por Pereira, João (1996), atrelando-o a ideia de oralidade defendida na sistematização de Teodoro (1996).

Segundo Teodoro (1996), a oralidade é um dos pilares do racismo brasileiro, justamente por, de maneira “estratégica, astuciosa e ardilosa”, recorrer a comunicação verbal para encobrir o racismo. Nesse sentido, o uso da oralidade em uma sociedade tecnologicamente desenvolvida para a designação de normas sociais e regras institucionais estabelecem uma dicotomia entre discurso e prática. Como por exemplo, a noção do indivíduo a ser considerado suspeito pela polícia, não está escrito em manuais institucionais que as características fenotípicas a serem consideradas para ou em uma abordagem policial seja a dos homens e jovens negros, no entanto, no âmbito da normalidade brasileira, esta regra fica subentendida.

Dentro da dinâmica social brasileira propaga-se a ideia de raças desiguais mas complementares, no entanto ressalta-se sempre a igualdade política e jurídica prevista por lei; prática-se vista grossa diante das desigualdades decorrentes da hierarquização racial, ao tempo

eticamente, de proteger os empregos dos brancos, seus privilégios e frear ascensão social dos negros através da separação no mercado de trabalho, na instrução e finalmente quanto aos próprios locais de moradias.”

em que estabelece-se contra o racismo intensa censura moral. A ideia de cordialidade racial brasileira é tão internalizada que o brasileiro individualmente não se considera racista atribuindo essa característica ao outro, é uma peculiaridade da sociedade brasileira “ter preconceito de ter preconceito” (FERNANDES, 1965).

Portanto, para manter a “etiqueta social”, de desigualdades para os negros e privilégios para os brancos, sem estilhaçar a ilusão de democracia racial, o uso da oralidade é fomentado como uma prática social. Que se diga de passagem é funcional ao promover impunidade, “pois é por meio da cultura popular que haverá a naturalização da discriminação no imaginário social” (ALMEIDA, 2019, p. 69).

Não há plena correspondência entre os níveis do discurso ou da atitude e da prática social. Se a retórica, oficial ou não, fornece elementos para se representar a sociedade brasileira como cultivadora da justiça racial, a leitura dos fenômenos sociais revela o retrato de uma estrutura social extremamente cruel com a população negra (PEREIRA, João, 1996, p. 77).

O chamado racismo recreativo, as expressões permeadas de preconceito racial que decorrem do colonialismo, a representação negativa do corpo de homens e mulheres negras na mídia, a criação da imagem do bandido, promovida diariamente nos programas e páginas policiais, a intolerância religiosa e a criminalização da pobreza que atingem sobretudo a população negra são fatos invisibilizados ou tratados como um problema de classe.

O que ocorre quando as estruturas são questionadas e postas em destaque? Como a sociedade se comporta quando as evidências empíricas ganham embasamento em pesquisas e dados? O que acontece quando há uma ruptura e os excluídos tentam se fazer ouvir? Normalmente, as denúncias tendem ou a ser minimizadas, as pautas desqualificadas, os movimentos criminalizados e mesmo diante de atos racistas irrefutáveis ainda há espaço, como diz a expressão popular contemporânea, para “passar pano”. Isto significa dizer que os negros brasileiros, ao longo de sua trajetória, são obrigados a lidar com um sem-número de mal-entendidos, brincadeiras, de “pessoas ruins” ou até mesmo “cidadãos de bem”, mas em momentos ruins e balas “achadas” em lugares e/ou horas erradas.

No combate em que parcelas das elites nacionais travam contra as políticas de promoção da igualdade racial, elas se servem da desqualificação pública dos movimentos negros e de seus parceiros e aliados, da negação do racismo e da discriminação racial, da deslegitimação acadêmica de estudos e pesquisas que há décadas vem demonstrando a magnitude das desigualdades raciais e a utilização de experiências genéticas para consubstanciar a miscigenação e a negação do negro como sujeito social demandador de políticas específicas e de seu direito democrático de reivindicá-las. (CARNEIRO, 2011, p.38).

Faz parte da organização social brasileira, reduzir o racismo nosso de cada dia ao âmbito da individualidade, pois assim não se questiona o modo de ser das coisas, não se transforma as estruturas. Cria-se então um ambiente propício para o descrédito das vítimas, possibilitado até pela natureza das ações discriminatórias que no geral não deixam provas, ou ainda a culpabilização por provocar a discórdia social, já que “não é de bom-tom ferir susceptibilidades das pessoas, e falar em preconceito racial com o negro soaria como grosseria e deselegância” (PEREIRA, João, 1996, p. 76).

Sob o olhar paternalista branco, que conta a história, a contribuição de “o negro”, aqui representado como categoria singular em contraste com a pluralidade branca, para a formação da identidade nacional foi no campo da cultura. É repassado ainda nas escolas e materiais didáticos infantis o quanto devemos aos povos africanos as danças, as músicas, a culinária, muitas festas populares, a fé sincrética e ponto. É a dose aceitável da negritude na sociedade brasileira.

O que vale ressaltar é que, por muitas décadas, as manifestações culturais e religiosas negras foram perseguidas e interditadas por constituírem espaços de socialização e fortalecimento da coletividade, por serem “moralmente” questionáveis e algumas dessas manifestações foram apropriadas e em alguns casos desapropriadas para incorporarem a cultura brasileira. O fato é que, ainda hoje, elementos culturais ou tradicionais africanos não são bem vistos pela população brasileira em geral por estarem associados a estigmas negativos construídos através do racismo.

Reduzir o negro a sua cultura fornece elementos para a fundamentação da hierarquização racial pós colonial, mas tal embasamento é feito sutilmente atribuindo a cultura do negro prestígio social, corroborando com a imagem de um país racialmente democrático, sem preconceito e harmonioso (PEREIRA, João, 1996), ao mesmo tempo que promove o apagamento das estratégias de resistência e enfrentamento do sistema escravista colonial, das lutas e revoltas negras, o embranquecimento ou ostracismo de personagens negros de destaque, assim como desconsidera as produções intelectuais negras.

A presença da ambiguidade nas relações raciais brasileiras, permite, enquanto se apropria de elementos étnicos dos povos negros, ressaltar a inferioridade intelectual, produtiva, econômica e política desse mesmo grupo. João PEREIRA (1996) ressalta que há em nossa história um descompasso entre raça e cultura.

O negro enquanto grupo racial, permanece cerceado em seus projetos de ascensão e participação sociais, contemplando de longe a sua cultura, ganhando cada vez mais *status* e prestígio, enquanto aguarda, lutando a sua maneira que os seus pares o

reconheçam, também, como histórico e legítimo construtor da sociedade brasileira. (PEREIRA, João, 1996, ps. 77-78).

Outra faceta da ambiguidade como prática social brasileira é o discurso de classe que encobre desigualdades raciais que pode ser abordado por dois viés ideológicos: o de direita liberal e o de esquerda radical. Segundo MUNANGA (1996), os liberais promovem a ideia de que as desigualdades raciais advém não das estruturas sociais mas das forças do mercado que não proporcionaram o conhecimento necessário para a inserção na economia pós industrial; os negros, sob essa perspectiva, foram gradativamente subdesenvolvidos pela marginalização durante o processo produtivo, o que o estratificou em condição de pobreza.

Portanto, pobreza e racismo são sinônimos, a expressão popular “o dinheiro embranquece” é resultado deste modo de ver a realidade e demonstra uma das sutilezas da questão racial brasileira, a existência de uma certa fluidez da cor que está diretamente ligado a classe econômica do indivíduo, ou seja, a ascensão econômica traria consigo privilégios da branquitude. Na prática, porém, de modo nenhum pode-se dizer que os negros ricos brasileiros não sofrem racismo, há apenas um refinamento no tratamento que esconde melhor as manifestações racistas e discriminatórias.

Assim sendo, a superação das desigualdades raciais se dará por meio da educação e medidas de combate à pobreza e ao desemprego, promovendo o desenvolvimento econômico para população negra, geralmente na forma de políticas públicas universalistas. No entanto, Carneiro (2011) reflete que as pesquisas sobre a realidade do IDH - Índice de Desenvolvimento Humano brasileiro,

[..] cada vez mais desautorizam as idéias consagradas em nossa sociedade sobre a inexistência de um problema racial. Questionam a simplificação de que o problema do Brasil é social, e não racial. Recusam os eufemismos de *apartheid* social e, sobretudo, indicam que as políticas universalistas, historicamente implementadas, não têm sido capazes de alterar o padrão de desigualdade entre negro e brancos na sociedade. (CARNEIRO, 2011, p. 54).

Já segundo a esquerda, as desigualdades raciais são um reflexo da luta de classes e os preconceitos raciais, segundo Munanga (1996), são atitudes sociais propagadas pelas classes dominantes, para separar a classe trabalhadora e legitimar a sua dominação e exploração, sendo assim a superação do racismo perpassa pela reforma profunda das estruturas da sociedade de classe. No entanto, ainda segundo o autor, essas duas ideologias erram ao desconsiderar a diferença tanto biológica como cultural, “como um dos elementos fundamentais, estruturador e classificador dos problemas tidos apenas como de mercado e de instrução nas sociedades nas

quais o racismo, apesar de não ser institucionalizado, existe de fato no tecido social” (MUNANGA, 1996, p. 80).

Assim, é a prática social da ambiguidade e irresponsabilidade que, apoiada e assegurada pela oralidade, traduz-se em “políticas institucionais e comportamento social de todos os grupos (inclusive a vítima) contra o objeto da ideologia racista” (TEODORO, 1996), que possibilita, por exemplo, a prática do racismo institucional na saúde. Partindo da definição de racismo institucional como, “o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura ou origem racial ou étnica” (CRI, 2006, p. 22), e considerando a organização social brasileira no que diz respeito às relações étnico-raciais, entende-se a dificuldade de identificar e combater os preconceitos, comportamentos e práticas racistas.

Assim como permite identificar o sentimento de impotência do usuário diante da materialização de uma prática de racismo normalmente velado devido a ilegalidade do ato, sendo o racismo crime inafiançável com pena prevista de até quatro anos de reclusão, instituídas no Código Penal Brasileiro, em um ambiente onde prevalecem as relações de hierarquização e poder centralizado na figura do médico, profissão historicamente das elites, portanto branca, em contraste com o perfil do usuário do SUS, negro, baixo poder aquisitivo e menor escolaridade, portanto em subalternidade nessa relação.

Soma-se a isso, o acesso ao serviço público, que no contexto brasileiro é gerido por uma lógica clientelista e paternalista e o momento de intensa fragilidade do indivíduo. Sofrer racismo no sistema de saúde violenta duplamente o indivíduo, forçando-o a calar-se para usufruir de um protótipo do direito que teoricamente é seu, certo da impunidade, até por acompanhar constantemente, na realidade efetiva, a flexibilização da pena de racismo para o crime de injúria racial com pena prevista de um a seis meses de reclusão ou multa, devido a lacunas legais.

Nesse contexto, a concepção de racismo estrutural vai além da responsabilização individual, entendendo os sujeitos “como parte integrante e ativa de um sistema que, ao mesmo tempo que torna possível suas ações, é por eles criado e recriado a todo momento” (ALMEIDA, 2019, p.51). Portanto, sendo um processo que se reproduz constituindo subjetividades, cabe debruçar-se sobre o contexto histórico e político que moldou, e molda ainda, a ideia de raça e as particularidades da questão étnico-racial brasileira, o colonialismo.

2.1. RAÇA COLONIALISMO E COLONIALIDADE: A CONSTITUIÇÃO DO CORPO NEGRO NA HISTÓRIA E MEMÓRIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA

Primeiro, sequestra eles, rouba eles, mente sobre eles; Nega o Deus deles, ofende, separa eles; Se algum sonho ousa correr, cê para ele; E manda eles debater com a bala de vara eles, mano; Infelizmente onde se sente o Sol mais quente; O lacre ainda tá presente só no caixão dos adolescente; Quis ser estrela e virou medalha num boçal; Que coincidentemente tem a cor que matou seu ancestral (OLIVEIRA, NAVE BEATZ, SAMAM, 2019).

O trecho acima citado compõe a música Ismália do rapper brasileiro Emicida e remete às estratégias de desumanização dos sujeitos racialmente identificados empregadas na organização social brasileira no contexto da colonialidade¹⁰. É esta estrutura de poder que reproduz as estratégias e modos de dominação solidificados pelo colonialismo¹¹ mesmo após a sua destruição “como ordem político explícito” (QUIJANO, 1992, p.4), o colonialismo e a colonialidade, portanto, são indispensáveis para pensar o desenvolvimento das categorias raça e racismo em países situados à margem do capitalismo central, identificando as repercussões destes fenômenos no tempo presente.

Segundo Quijano (2005), a América se constituiu no primeiro espaço/tempo “de um padrão de poder de vocação mundial” estruturado a partir de dois processos: o estabelecimento da ordem de produção capitalista e a classificação racial dos povos nativos, uma vez que a noção de raça estabelecida na modernidade não tem história anterior à América, sendo possível distinguir a partir destes processos a progressão do racismo religioso praticado na Europa no século XVI contra judeus e mouros, considerado “o primeiro elemento racista do “sistema-mundo patriarcal, eurocêntrico, cristão, moderno e colonialista” (GROSGOUEL, 2011 apud. GROSGOUEL, 2016, p.36), para o racismo de cor/ etnia como o conhecemos.

¹⁰ O sociólogo peruano Aníbal Quijano, apresenta a colonialidade como “[...] um dos elementos constitutivos e específicos do padrão mundial do poder capitalista”. Que, “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” (2009, p. 73). O semiólogo argentino Walter D. Mignolo, desenvolve também sobre o conceito de colonialidade como o “lado mais escuro da modernidade”, que “[...] nomeia a lógica subjacente da fundação e do desdobramento da civilização ocidental desde o Renascimento até hoje, da qual colonialismos históricos têm sido uma dimensão constituinte, embora minimizada” (MIGNOLO, 2017, p. 2).

¹¹ Sistema de dominação política, social e cultura dos europeus sobre povos de diferentes continentes que proporcionou a mundialização do sistema capitalista, pode ser analisado em etapas: a primeira ocorrendo entre 1415 e 1800, lideradas por Portugal e Espanha, com a expansão do comércio marítimo para as Índias e a segunda iniciando-se na segunda metade do século XIX entre 1880 a 1914 com a partilha dos territórios africanos entre os países europeus alcançando a Ásia. A importância desses da experiência colonial nas Américas é que o êxito desse sistema de dominação constituiu-se em um protótipo para o neocolonialismo e organizações políticas totalitárias a exemplo do Nazismo (MBEMBE, 2018). Segundo Quijano (1992, p.1) “a estrutura de poder colonial produziu as discriminações sociais que posteriormente foram codificadas como “raciais”, “étnicas”, “antropológicas” ou “nacionais”, segundos os momentos, os agentes e as populações implicadas.

Na formação brasileira as categorias e identidades forjadas durante colonialismo persistem estruturando exclusões e privilégios sob a égide da cordialidade, sobre isto Akotirene (2019) escreve “[...] o racismo estruturado pelo colonialismo moderno insiste em dar cargas pesadas a mulheres negras e homens negros”. Pode-se afirmar, no entanto, que houve um certo refinamento nas idéias e práticas de hierarquização racial ao longo do tempo pois, “em uma sociedade que se apresenta globalizada, multicultural e constituída de mercados livres” (ALMEIDA, 2019, P. 72) o racismo explícito e a violência brutal do período colonial já não se sustentariam.

Isto significa dizer que a desigualdade racial é um elemento constitutivo das relações mercantis e de classe, de tal sorte que a modernização da economia e até o seu desenvolvimento podem representar momentos de adaptação dos parâmetros raciais para novas etapas da acumulação capitalista. Em suma: para renovar, o capitalismo precisa muitas vezes renovar o racismo, como, por exemplo, substituir o racismo oficial e a segregação legalizada pela indiferença diante da igualdade racial sob o manto da democracia. (ALMEIDA, 2019, p. 184).

Porém a passagem da “destruição das culturas e corpos” para a “domesticação da cultura e povos” (ALMEIDA, 2019, p.72) foi possível, para além do uso da violência e dominação política, pelo que Quijano (1992) define como colonização do imaginário dos dominados ou seja, o domínio ocidental sobre os povos colonizados manteve-se “pela imposição do uso dos próprios padrões de expressão dos dominantes” (QUIJANO, 1992, p.2) atrelados a repressão e sistemático extermínio de crenças, organizações e culturas que não se adequavam ao projeto de expansão capitalista, o que é definido por Boaventura Souza Santos (2009) como um processo de epistemicídio/genocídio instituídos pelo pensamento abissal¹².

Nesse sentido, Santos (2009) apresenta o mundo colonial como cartograficamente dual, dividido por linhas abissais onde, em um lado há a cartografia jurídica e a cartografia epistemológica, representadas pela racionalidade ocidental fundamentada pelo paradigma cartesiano: “penso, logo existo” e do outro lado da linha abissal “é um universo que se estende para além da legalidade e ilegalidade, para além da verdade e da falsidade” (SANTOS, S., 2009, p. 30).

¹² O pensamento abissal segundo Boaventura Souza Santos é uma forma de compreensão do mundo por meio de linhas globais instituídas a partir do colonialismo em um “sistema de distinções visíveis e invisíveis, sendo que as invisíveis fundamentam as visíveis” (SANTOS, 2009, p. 23). As linhas abissais separam o mundo entre desenvolvidos e subdesenvolvidos, colonizadores e colonizados, ciência e mitos entre outras separações. Segundo o autor essas divisões se mantêm a partir da racionalidade científica ocidental que pressupõe a objetividade e a verdade universal e da categoria de conhecimentos alternativos como a teologia e a filosofia em oposição a desqualificação dos conhecimentos tradicionais, do outro lado da linha; e pela separação entre legal x a-legal, em um lado da linha vigora uma lei e do outro lado constitui-se um território selvagem.

Esta dualidade naturalizou a relação de dominação dos europeus sobre o resto do mundo através da negação da humanidade do outro como condição para afirma-se enquanto homem universal, de forma que o “Eu” racional da construção filosófica cartesiana não poderia ser “um africano, um indígena, um mulçulmano, um judeu ou uma mulher (ocidental ou não ocidental)” (GROSFOGUEL, 2016, p.42), pois estes indivíduos ou grupos estavam à margem da estrutura de poder que se formava. “Assim, a exclusão torna-se simultaneamente radical e inexistente, uma vez que seres sub-humanos não são considerados sequer candidatos à inclusão social” (SANTOS, S., 2009, p. 30).

Há por isso, segundo Santos (2009), uma tensão entre: regulação e emancipação no mundo ocidental civilizado e de apropriação e violência no mundo colonizado, tensão esta que possibilitou a coexistência de uma sociedade que se desenvolveu apoiada nos ideais de direito, de legalidade, de liberdade e de humanidade com a simultânea apropriação, violência, objetificação e morte aplicadas nas colônias, isto porque,

A apropriação e a violência tomam diferentes formas na linha abissal jurídica e na linha abissal epistemológica. Mas, em geral, a apropriação envolve incorporação, cooptação e assimilação, enquanto a violência implica destruição física, material, cultural e humana. Na prática, é profunda a interligação entre apropriação e violência. (SANTOS, S., 2009, p. 29)

Considerando raça como categoria antropossociológica que possui um caráter histórico e relacional, portanto, dotado de caráter político, cuja funcionalidade está sempre atrelada a “contingência, conflito e poder de decisão” (ALMEIDA, 2019, p. 24), as reformulações deste conceito refletirão as transformações políticas, sociais e econômicas na sociedade. Assim, a construção da raça como um fator de pertencimento a determinado grupo social inaugura um sistema de argumentações direcionados a viabilizar a apropriação violenta de territórios, riquezas naturais e a exploração sistemática e intergeracional de seres humanos sem negar as idéias iluministas de civilização, igualdade e universalidade do direito. Raça, nesse sentido, passa a ser um elemento estruturante da organização social moderna.

O colonialismo, portanto, mais do que um processo histórico e político agressivo de apropriação e controle de territórios, foi o *locus* econômico e social utilizado para a institucionalização e posterior globalização do parâmetro raça como classificação social e do racismo como prática econômica (CARRONE; BENTO, 2003). Como parte do novo padrão de poder mundial, a “Europa também concentrou sob sua hegemonia o controle de todas as formas de controle da subjetividade, da cultura, e em especial do conhecimento, da produção do conhecimento” (QUIJANO, 2005, p. 121). Consequentemente, “a concepção de raça foi uma maneira de outorgar legitimidade às relações de dominação impostas pela conquista”

(QUIJANO, 2005, p. 118). Logo, a racialização no interior do sistema colonial instaurou hierarquias nas relações de poder delimitando as diferenças entre colonizador e colonizado fossem estas, físicas, culturais, religiosas ou políticas como indicativo da superioridade ou inferioridade a depender do grupo racial a qual pertencem.

A formação de relações sociais fundadas nessa idéia, produziu na América identidades sociais historicamente novas: índios, negros e mestiços, e redefiniu outras. Assim, termos com espanhol e português, e mais tarde europeu, que até então indicavam apenas procedência geográfica ou país de origem, desde então adquiriram também, em relação às novas identidades, uma conotação racial. E na medida em que as relações sociais que se estavam configurando eram relações de dominação, tais identidades foram associadas às hierarquias, lugares e papéis sociais correspondentes, com constitutivas delas, e, conseqüentemente, ao padrão de dominação que se impunha. Em outras palavras, raça e identidade racial foram estabelecidas como instrumentos de classificação social básica da população (QUIJANO, 2005, p. 117).

A experiência colonial não só resignificou as identidades de colonizadores e colonizados mas permitiu aos colonizadores relacionarem-se com os outros povos enquanto raça superior (QUIJANO, 2005) estabelecendo a centralidade da mundividência ocidental por meio da submissão e extermínio das culturas, epistemes e corpos dos outros povos, “a “civilização do Renascimento” subtraiu as outras sociedades atlânticas e não ocidentais à sua dinâmica e força histórica” (PEREIRA, Josenildo, 2013, p. 51).

Os discursos eurocêntricos de superioridade racial elaborados a partir de características físicas e culturais europeias em um processo minucioso de auto concessão de atributos positivos em oposição a elementos conferidos a identidade daqueles fora do grupo racial de referência, garantia ao homem europeu, mesmo os pertencentes à classe trabalhadora, privilégios simbólicos e sociais frente aos demais povos. Isto porque, “historicamente, o racismo foi e ainda é um fator de divisão não apenas entre as classes, mas também no interior das classes” (ALMEIDA, 2019, p. 187), são estes privilégios, segundo Carneiro (2005) que garantem a reprodução e a permanência do racismo como instrumento de dominação e exclusão social mesmo diante de evidências científicas que anulam o conceito de raça biológica.

Raça enquanto categoria estruturante das relações de poder possibilitou, no contexto colonial, o exercício do controle e da violência como forma de subsumir o trabalho compulsório ao capital, as formas de dominação e exploração do trabalho inerentes ao capitalismo foram incorporadas a identificação racial dos colonizados por sua “natureza”. Nesse contexto, raça “converteu-se no primeiro critério fundamental para a distribuição da população mundial nos níveis, lugares e papéis na estrutura de poder da nova sociedade” (QUIJANO, 2005, p. 118) sendo o sistema colonial o precursor no uso da hierarquização racial não só dos povos mas do

trabalho e o racismo o instrumento que possibilitou a escravização e pilhagem, como retrata Sartre¹³,

Uma vez que ninguém pode sem crime espoliar seu semelhante, escravizá-lo ou matá-lo, *êles*¹⁴ dão por assente que o colonizado não é semelhante do homem. Nossa tropa de choque recebeu a missão de transformar essa certeza abstrata em realidade: a ordem é rebaixar os habitantes do território anexado ao nível do macaco superior para justificar que o colono os trate como bestas de carga. A violência colonial não tem somente o objetivo de garantir o respeito *dêsses* homens subjugados; procura desumanizá-los” (SARTRE, 1961, p. 9).

Essa dualidade entre o trabalho compulsório imputado aos povos racialmente identificados e o trabalho assalariado para a classe trabalhadora europeia revela a multiplicidade do capital ao absorver em sua dinâmica simultaneamente múltiplas formas de opressões (ALMEIDA, 2019). Raça, então foi o parâmetro de aplicabilidade do pretendido humanismo universal europeu, uma vez que a branquitude foi a garantia de que os operários fossem incluídos na categoria de humanos ainda que a burguesia também os atribuisse o status de selvagem, proporcionando funcionalidade as engrenagens do capitalismo pois são necessários indivíduos livres para venderem a sua força de trabalho e pactuar no âmbito mercadológico.

O controle do trabalho no novo padrão de poder mundial constituiu-se, assim, articulando todas as formas históricas de controle do trabalho em torno da relação capital-trabalho assalariado, e desse modo sob o domínio desta. Mas tal articulação foi constitutivamente colonial, pois se baseou, primeiro, na adscrição de todas as formas de trabalho não remunerado às raças colonizadas, originalmente índios, negros e de modo mais complexo, os mestiços, na América e mais tarde às demais raças colonizadas no resto do mundo, oliváceos e amarelos. E, segundo, na adscrição do trabalho pago, assalariado, à raça colonizadora, os brancos. (QUIJANO, 2005; p. 120).

As relações compartimentadas a partir de critérios raciais e econômicos foram fundamentais para a expansão econômica européia pois, enquanto nas colônias aplicavam-se as formas mais grosseiras de exploração resultando apenas em violência e morte para os colonos, simultaneamente a Europa “[...] industrializou-se, criou seu mercado interno, construiu suas instituições políticas e jurídicas, sua “democracia” (ALMEIDA, 2019, p.194). Como explica Rodney (apud. ALMEIDA, 2019, p.194) “não há desenvolvimento capitalista sem um processo de “subdesenvolvimento criado, fabricado, orquestrado pelos “desenvolvidos”, processo em que o racismo tem grande relevo”. Assim o continente europeu “subdesenvolveu” a África, o que também pode ser aplicado à América Latina e à Ásia (ALMEIDA, 2019).

¹³ Citação retirada do prefácio do livro ‘Os condenados da terra’ (1968), de Frantz Fanon escrito por Jean-Paul Sartre.

¹⁴ Grafia do autor mantida integralmente nesta citação e nas que se seguirão.

O projeto civilizatório europeu deixou um rastro de destruição nos demais continentes, como ressalta Fanon (1961, p. 80): “Durante séculos os capitalistas, comportaram-se no mundo subdesenvolvido como verdadeiros criminosos de guerra”, o controle dos territórios ora pela violência ora pela construção de discursos e formas sociais a pilhagem de recursos naturais e uso do trabalho compulsório possibilitou a Europa, no período monopolista, os meios necessários para delimitar a “distribuição geográfica de cada uma das formas integradas do capitalismo mundial” (QUIJANO, 2005).

Essa opulência européia é literalmente escandalosa porque foi edificada sobre o dorso de escravos, nutriu-se do sangue de escravos, procede em linha reta do solo e do subsolo *dêste* mundo subdesenvolvido. O bem-estar e o progresso da Europa foram construídos com o suor e o cadáver dos negros, árabes, índios e amarelos.” (FANON, 1961, 76-77).

Segundo Fanon (1961, p. 95), “o mundo colonial é um mundo maniqueísta.” Sendo assim, a reprodução orgânica e sistemática do preconceito e da discriminação racial foi firmada como relação social utilizando as instituições de normatização da sociedade fundadas a partir de um sistema ideológico que promove a categorização e objetificação do outro, como ressalta Mignolo (2017, p. 4), “assim, ocultadas por trás da retórica da modernidade, práticas econômicas dispensavam vidas humanas, e o conhecimento justificava o racismo e a inferioridade de vidas humanas, que eram naturalmente consideradas dispensáveis”.

Assim, desumanizar grupos raciais conferindo-lhes inferioridade moral e intelectual, objetificando seus corpos, foi uma estratégia de dominação fundamental para a naturalização da exploração como forma natural de organização. Por isso, a identidade racial subalterna não foi atribuída apenas ao plano individual, a exemplo branquitude que possibilita aos seus detentores a individualidade, o anonimato de serem apenas pessoas (MOREIRA, 2019), para que desigualdade fosse estruturada tornando-se sistêmica a identificação racial precisava ser homogênea e coletiva.

Neste processo, as formulações científicas e religiosas foram fundamentais para estabelecerem coerência para a discriminação racial por meio de estereótipos e estigmas que ao serem continuamente reiterados passam a compor culturalmente uma dada dinâmica social reforçando simultaneamente os privilégios do grupo dominante e as desvantagens do grupo considerado minoritário (MOREIRA, 2019).

O racismo portanto, é “um sistema de exclusão que opera por meio da estigmatização¹⁵ de grupos populacionais racializados por possuírem determinadas características fenotípicas em comum (MOREIRA, 2019, ps. 63-64) prescindindo da introjeção no imaginário social coletivo da identidade de um grupo racial “como referência cultural, referência estética, como referência de superioridade moral, de superioridade intelectual, de superioridade sexual e de superioridade de classe” (MOREIRA, 2019, ps. 55-56) e dos outros grupos enquanto o completo oposto.

“O pensamento humano opera por um processo de percepção, categorização e generalização, o que permite a formação de esquemas mentais a partir dos quais as pessoas compreendem a si mesmas e também o mundo” (MOREIRA, 2019, p. 58), sendo assim, as idealizações dos colonizadores sobre povos não-europeus, moldavam a percepção do “outro” no imaginário coletivo solidificando e naturalizando as organizações sociais estratificando as desigualdades estruturais (MOREIRA, 2019).

Ainda segundo Moreira (2019, p. 60) “os estereótipos precisam ser constantemente repetidos para que se tornem uma forma de conhecimento compartilhado”, assim a projeção de uma identidade marcada por estereótipos promove a sua internalização da representação da nossa relação da realidade como se ela de fato fosse a realidade material (ALMEIDA, 2019). Para isto “os colonizadores codificaram como cor os traços fenotípicos dos colonizados e a assumiram como a característica emblemática da categoria racial.”

Logo, a ressignificação da categoria raça, principalmente no contexto colonial brasileiro, estratificou os papéis sociais de tal forma, que a delimitação dos espaços a serem ocupados por negros e brancos dentro da nossa sociedade são nítidos e bem delimitados, se não por lei, por costume (CARNEIRO, 2011), condensando “o grupo discriminado em uma versão de humanidade que possa ser controlada, na forma do que podemos denominar de um sujeito colonial” (ALMEIDA, 2019, p.73).

O conceito de colonização de subjetividades portanto, é uma possibilidade de compreensão dos processos que constituíram a identidade do negro no imaginário social brasileiro do sistema colonial à colonialidade uma vez que, a nossa dinâmica social é sistematizada em hierarquizações consubstanciadas pelo racismo, já que segundo Carneiro (2005, p. 29) “ [...] a essência do racismo, enquanto pseudo-ciência, foi buscar legitimar, no

¹⁵ Segundo Moreira (2019, p. 62) o termo estigma compreende o processo de atribuição de sentidos negativos para pessoas ou grupos que possuem características socialmente desprezadas. “Sob essa lógica, traços como raça ou sexualidade são marcas que indicam disposições naturais negativas, sendo que elas se tornam parâmetros a partir dos quais as pessoas passam a atuar para discriminar as pessoas”.

plano das idéias, uma prática, e uma política, sobre os povos não-brancos e de uma produção de privilégios simbólicos e/ou materiais para a supremacia branca que os engendrou”.

Nesse sentido, para além da análise das condições históricas que condicionaram as relações raciais, é indispensável compreender como os processos subjetivos constituíram idiossincrasias raciais (BLAJBERG, 1996) em nossa sociedade. Segundo Nascimento (2016, p.169) o racismo brasileiro é caracterizado “por uma aparência mutável, polivalente, que o torna único”, uma destas especificidades, por exemplo, consiste na camuflagem do racismo como discriminação social como estratégia para reproduzi-lo. Esta é uma abordagem capciosa da questão étnico-racial, “são conceitos que não alcançam, e, ao contrário, inviabilizam e mascaram a contradição racial presente nas sociedades multirraciais, posto que nelas raça/cor/etnia e, em especial para o Brasil, são variáveis que impactam a própria estrutura de classe” (CARNEIRO, 2005, p. 29).

Tal discurso de minimização da discriminação racial estabelece um paradoxo entre o discurso e a prática, pois enquanto o racismo e as discriminações que dele decorrem são moralmente condenados por toda a sociedade e criminalizado nas instâncias legais e jurídicas na realidade material há uma série de estruturas de estratificação: social, econômica e política, mecanismos e instituições de controle dos corpos racializados e o reforço constante de discursos e ideologias que reforçam o lugar subalterno do negro por meio de padrões morais e estéticos e/ou estigmas raciais.

O racismo brasileiro é reproduzido por uma etiqueta (NASCIMENTO, 2016) social que é imposta aos indivíduos desde a primeira infância, que não precisa escrita fica subentendida pela oralidade e pelos padrões seculares estabelecidos na dinâmica social das relações entre negro e brancos, sejam elas de qual ordem forem, como expõe o dramaturgo Nelson Rodrigues (apud. NASCIMENTO, 2016, p. 92) “Não caçamos pretos, no meio da rua, a pauladas, como nos Estados Unidos. Mas fazemos o que talvez seja pior. Nós o tratamos com uma cordialidade que é o disfarce pusilânime de um desprezo que fermenta em nós, dia e noite”.

A construção do Brasil se dá a partir de múltiplos e violentos processos de cunho genocida contra os indígenas, africanos e afrodescendentes e isto é refletido nas relações raciais na atualidade. O sistema colonial brasileiro era organizado como Plantation¹⁶, portanto “o eixo de sustentação da economia brasileira advinha do processo de escravização. Nesse sentido, a

¹⁶ Sistema agrícola bastante utilizado na colonização das américas que baseava-se na instituição de latifúndios de monocultura para fins de exportação e mão de obra escravizada. No caso brasileiro as principais culturas eram Cana-de-açúcar, café e algodão.

primeira mercadoria do colonialismo, e seu posterior desenvolvimento capitalista no país, foi o corpo negro escravizado” (BORGES, 2019, p.53).

Embora a escravidão sempre esteve presente nas diversas sociedades pré capitalistas, é no contexto capitalista e colonial que assume a configuração de objetificação humana para fins econômicos; “a escravidão moderna viabilizou-se tendo na violência e na repressão elementos fundamentais para a sujeição e subjugação dos sujeitos” (BORGES, 2019, p.59). A exploração do trabalho compulsório promoveu ao longo dos primeiros séculos o genocídio da população indígena resultado principalmente do uso dessa população como mão de obra descartável segundo (QUIJANO, 2005). “Estima-se que na chegada dos portugueses ao Brasil, a população indígena superasse o contingente de 2 milhões de pessoas. Em 1819, a estimativa cai para cerca de 800 mil” (BORGES, 2019, p.58).

A partir de 1549, inicia-se o tráfico de africanos e africanas, “estima-se que, até a proibição do tráfico transatlântico, cerca de 5 milhões de africanos tenham sido sequestrados e escravizados no Brasil” (BORGES, 2019, p.58). Calcula-se que das quase 15 milhões de pessoas vítimas do tráfico transatlântico entre a África e as Américas, de 4 e 5 milhões foram direcionados às terras brasileiras (PHILIP CURTAIN, 1969 Apud PINHEIRO, 2002); O fluxo de pessoas traficadas foi tão intenso que em alguns lugares do país, durante o período colonial, o contingente de escravizados superou em muito a quantidade dos considerados livres (BORGES, 2019). O Brasil, portanto, foi o país das Américas que recebeu o maior número de pessoas escravizadas ao longo de três séculos sendo também o último país ocidental a abolir a escravidão em 1888.

O colonialismo também teve impacto direto nas identidades e nas categorias no interior da raça com que os povos seriam identificados, por exemplo “escravidão e negros africanos não eram, originalmente, sinônimos” (PINHEIRO, 2002, p. 451) mas, a partir do contato dos portugueses com outros grupos populacionais e posterior processo de subjugação corporal (escravidão) e subjetivas (cultural, epistemiológica, etc.) os africanos e seus descendentes seriam identificados a partir desse processo.

Vencido o trânsito transatlântico, que vitimou milhares de africanos e africanas, ao desembarcarem em solo brasileiros os povos escravizados eram legalmente reduzidos à condição de propriedade, sendo a condição de humanidade estabelecida pela raça, o direito sobre o corpo, sobre o nome, o exercício da religiosidade, a organização familiar, a língua não se aplicava aos escravizados.

Na África, africanos, no Brasil, escravos. Essa foi a metamorfose imposta pelo tráfico negreiro ao transformar os corpos de homens e mulheres africanos em objeto de

muitas inscrições. Livres na África, seus corpos eram objeto de rituais que definiam pertencimentos étnicos e tribais. Escravizados, receberam marcas físicas e sociais que os converteram em instrumento de trabalho, em propriedade de alguém. (SOUZA FILHO, 2013, p. 19-20).

De acordo com Souza Filho (2013) a despersonalização é uma dimensão da própria escravidão, ou seja, é retirado do indivíduo escravizado os aspectos que o aproximam dos seus algozes enquanto humano estabelece-se então medidas no sentido de extirpar as origens, tradições, o define enquanto indivíduo ou comunidade. Sobre esse processo Sartre (1961, p. 9) escreve: “Nada deve ser poupado para liquidar as suas tradições, para substituir a língua *dêles* pela nossa, para destruir a sua cultura sem lhes dar a nossa; é preciso *embrutecê-los* pela fadiga.”

A diáspora negra, portanto, para além da imigração forçada de homens e mulheres negras, retrata a destituição de humanidades, identidades, laços comunitários e ressignificação corporal como desenvolve Akotirene (2019, p. 80), “os povos colonizados herdaram traumas psíquicos, perderam significados espirituais, linguísticos e cosmológicos como parte da subjugação da Europa ao conhecimento de africanas e africanos”. A escravidão no sistema colonial promoveu uma intensa “desterritorialização de bens e especialmente pessoas (populações), expansão de contatos culturais e fluxo de comércio, associados à expansão da fé católica e de caracteres ibéricos de civilização” (PINHEIRO, 2002, p. 429).

A escravização dos africanos, além de representar a ruptura com seu meio social de referência, introduziu mudanças relativas a vivência de seus corpos e de suas identidades. Suas singularidades étnicas ou tribais foram violentadas e impuseram-lhes novas formas de identificação social. O tráfico de seres humanos proporcionou uma mudança que tentou suplantar as diferenças através de uma homogeneização como instrumentos de trabalho” (SOUZA FILHO, 2013, p. 19-20).

Tal processo perpassa, portanto, pela valorização da dimensão biológica em detrimento das demais, deste modo para garantir a submissão dessa população cada aspecto da sua identidade: características físicas, cultura e epistemes são questionados e hierarquizados “por um discurso que contorna todas as esferas: moral, prática, social, econômica e jurídica” (BORGES, 2019, p.64). Assim, os discursos sobre o corpo e a moral da população negra (BORGES, 2019), a objetificação enquanto máquina de trabalho e objeto sexual, o batismo religioso e a renomeação foram aparatos que sedimentaram o racismo e a dominação no contexto brasileiro.

No entanto a identidade do negro no Brasil, assim como as condições sociais e econômicas que está submetida a população negra na contemporaneidade, não são resultados únicos e exclusivos apenas da escravidão, mas do histórico aparelhamento do Estado brasileiro através da criação de instituições e medidas voltadas a exclusão, marginalização e até

extermínio da população negra após a abolição em 1888. A exclusão dos ex-escravizados do trabalho assalariado e formal, a criminalização da cultura africana, a política de imigração europeia promovida pelo Estado como um incentivo a branquitude são medidas que expressam “a passagem do racismo de dominação ao racismo de exclusão” (SODRÉ, 1995, P. 6 apud. KALCKMANN et. al, 2007, p. 149).

Sabendo que “o discurso político não se estabelece no abstrato, mas sobre corpos” (BORGES, 2019, p. 66) o corpo negro passa a ser em todas as esferas ressignificados pelo estigma da escravidão e por práticas e discursos racistas, “o Estado brasileiro utilizou-se de expedientes mais sutis, pela via do racismo discriminatório, mas nem por isso menos perversos, para a garantia do interesse das elites” (BORGES, 2019, p. 79).

Com o fim do escravismo e a transformação do escravo em cidadão teoricamente livre, colocou-se fim à distinção entre “mestre e escravo”, “homem livre e escravo”. E para manter a hierarquia anterior e assegurar o *status quo*, as categorias anteriores em oposição foram substituídas pelas novas, modeladas nas diferenças raciais entre o antigo mestre e o novo cidadão. A estereotipia negativa contra o negro e o aprofundamento das diferenças entre grupos étnicos, ontem senhores e escravos, ganharam novas dimensões, pois foram ideologicamente evocados para assegurar vantagens políticas, econômicas e psicológicas nas mãos dos antigos dominantes e de seus descendentes. Isto feito, a classe dominante continuou a reproduzir-se, reproduzindo, entre outros, racistas e racializados, superiores e inferiores. Por isso, fica difícil sustentar a idéia de que o racismo antinegro no mundo atual é mera sobrevivência do seu passado histórico enquanto escravo. A sociedade produz novas formas de racismo que nada têm a ver com o passado escravista. (MUNANGA, 1996, ps. 81-82).

No pós abolição a preocupação das elites brasileiras, retrógradas e antinacionais, estava voltada ao extenso e empobrecido contingente populacional negro, era inconcebível que a imagem desse país que se formava fosse apresentado para o mundo como negra ou mestiça. Almeida (2019, p. 106) destaca que a intelectualidade brasileira se debruçou sobre três questões essenciais: o que seria o Brasil após a independência de Portugal, o que seria o Brasil com o fim do império e o que seria o Brasil com o fim da escravidão, buscava-se estratégias que possibilitassem a unificação nacional mantendo o lastro de desigualdade raciais e econômicas. Desta forma os projetos nacionais desde a primeira república institucionalizaram o racismo, tornando-o parte do imaginário nacional, “o Brasil é um típico exemplo de como o racismo converte-se em tecnologia de poder e modo de internalizar as contradições (ALMEIDA, 2019, p. 107).

Herdou-se do colonialismo brasileiro duas identidades que seriam cultivadas e mantidas ao longo do processo de formação nacional: a branquitude, fundadas em contrato racial, da qual todos os brancos são beneficiários ainda que nem todos sejam signatários (CARNEIRO, 2007)

e a negritude, que “surge a partir da atribuição negativa de características morais a traços fenotípicos das populações africanas” (MOREIRA, 2019, p.42) e os discursos sobre elas.

Tendo em vista que no Brasil a classificação de raça e cor “tem na base o negro retinto e no topo o “branco da terra” (CARNEIRO, 2011), o corpo mestiço é dotado de um novo significado: o passaporte para a branquitude. De forma que quanto mais claro o indivíduo, mais próximo do ideal humanidade consequentemente maiores são as chances de ascensão e aceitação social. “Assim, o culto à mestiçagem como processo principal da formação da identidade nacional foi a base de um discurso que se tornaria desde então hegemônico no Brasil” (SILVA; FONSECA, 2012, p. 249).

O racismo foi edificado na sociedade brasileira, pela literatura, pela mídia, pela divisão racial do trabalho, pela ciência, pela televisão, pelas escolas e universidades e pela oralidade que reproduz o racismo e o esconde sob os pseudônimos “piada”, “ditados populares”, “brincadeira” e “mal entendido”. A perversidade do racismo à brasileira consiste em, contra todas as evidências, afirmar a democracia racial, representando o Brasil como um paraíso de convivência racial pacífica e tolerante. “Embora na realidade social o negro seja discriminado exatamente pela sua condição racial e da cor, negam a ele, com fundamentos na lei, o direito legal da autodefesa” (NASCIMENTO, 2016, p. 94).

A negação dos conflitos raciais e a constante incitação a branquitude são processos violentos de destruição da subjetividade, pois além de camuflar o racismo, deslegitima o sofrimento dos homens, mulheres e crianças negras e a luta antirracista produzindo uma espécie de alienação étnica nos indivíduos deste grupo racial.

À medida que o negro depara com o esfacelamento de sua identidade negra, ele se vê obrigado a internalizar um ideal de ego branco. No entanto o caráter irreconciliável desse ideal de ego com sua condição biológica de ser negro exigirá um enorme esforço a fim de conciliar um ego e um ideal, e o conjunto desses sacrifícios pode levar a um desequilíbrio psíquico. (NOGUEIRA, 1998, página 88, Apud. CARNEIRO, 2011, página 80).

Segundo Reis (apud. BORGES, 2019, P.67) “é no corpo que se inscrevem marcas profundas e emblemáticas de representações negativas do negro” por isso o corpo como um espaço de ideologia, tem na sua representação o significado que estabelece o lugar ou não lugar na sociedade. Na memória brasileira, a partir da construção colonial, a significação do corpo negro sempre caminha em direção a objetificação, como objeto de trabalho ou sexual, ou na desqualificação, identificando-o como portador da degradação física e moral ou como figura do marginal patológico.

A constante associação entre corpos negros e “a prostituição, ao alcoolismo, à doença venérea e a “feiura” que reforçariam uma suposta condição de degenerescência”¹⁷ (SILVA; FONSECA, 2012, p. 258), não impactava apenas o corpo biológico, mas “o religioso, o moral, a classe e o gênero etc” (BORGES, 2019, p. 66). Esses estigmas foram cuidadosamente cultivados pelas elites, ganhando contornos científicos nos âmbitos mais elitizados do país ganhando contornos científicos.

A pseudo-ciência eugenista, portanto, serviu como uma luva na tônica brasileira de mudar para conservar, a hierarquização racial antes um fator social passa a ser justificado através do coeficiente biológico, ou seja, “se antes herdavam-se títulos de nobreza, agora herdavam-se superioridades genéticas que garantiriam o bom cidadão ou a degradação que corresponderiam a miséria e demais fragilidades, fossem mentais, fossem físicas”. (BORGES, 2019, p. 81).

A eugenia impulsionou o racismo reforçando a dinâmica ambígua nas relações étnico-raciais brasileiras, na qual a população negra e mestiça configuraram um “outro” distinto do ideal de saúde, beleza e robustez, os corpos dessas pessoas foram fixados como algo a ser banido, em nome de uma sociedade que desejava se tornar moderna, civilizada e branca (SILVA; FONSECA, 2012, p. 254).

Durante o Governo Vargas (1930-1945), a implantação da “ciência” eugenista como “aliada do Estado na busca do aprimoramento dos brasileiros” marca a implementação de políticas cujo objetivo era reprodução de tipos ideais, indivíduos: “fortes, belos e saudáveis - como os mais adequados a uma sociedade em vias de se modernizar” (SILVA; FONSECA, 2012, p. 241). Tendo em vista o padrão de beleza e cultural estabelecido durante o colonialismo a homogeneidade racial na perspectiva eugênica no Estado Novo, propunha a limpeza da raça com a supressão das diferenças étnicas e culturais. Assim, a articulação do Estado para eliminar os aspectos atribuídos a população negra atingindo uma identidade nacional aproximada dos ideais de branquitude.

¹⁷ A teoria da degenerescência foi desenvolvida na França do século XIX pelos alienistas, cujos principais representantes são Bénédict Augustin Morel (*Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine, 1857*), Valentin Magnan (*Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1891*) publicando também com Paul-Maurice Legrain (*Les dégénérés: état mental et syndromes épisodiques, 1895*) (FOUCAULT, 2010, p. 222). A teoria da degenerescência discute sobre a transmissão hereditária de disfunções e anormalidades sexuais, mentais e comportamentos sociais desviantes, as chamadas patologias comportamentais.

Foucault resume (2010, p. 212) “uma sexualidade devassa, pevertida, etc., tem efeitos no plano da população, uma vez que se supõe que aquele que foi devasso sexualmente tem uma hereditariedade, uma descendência que, ela também, vai ser perturbada, e isso durante gerações e gerações, na sétima geração, na sétima da sétima”. No Brasil um dos principais representantes dessa teoria bastante adotada pela ciência eugenista e pela medicina legal foi Raimundo Nina Rodrigues que em suas muitas obras discutia os efeitos da degenerescência na população negra brasileira.

Segundo Souza (apud. Silva e Fonseca, 2012, p. 248), a política Vargas utilizava “ao mesmo tempo discursos ideológicos e práticas higienizadoras para “recuperar” a imagem do trabalho e do trabalhador, que, por meio dessas transformações, passaria a ser o “novo homem nacional”. Nessa perspectiva, a política de saúde do Estado brasileiro estava profundamente comprometida com a nova identidade nacional que seria alcançada após a supressão dos traços, patologias e vícios associados à negritude. Assim, as práticas discursivas de conteúdo eugênicos eram sempre “[...] articulados às ideias de progresso e de ciência em oposição à degeneração que se fizeram presentes na formulação de tecnologias de poder e de saber com a finalidade de buscar uma formação de uma raça nacional homogênea” (SILVA; FONSECA, 2012, p. 241).

Após a segunda guerra mundial a eugenia, que embasou a ideologia alemã de superioridade racial caiu em desuso, no entanto, mitos e construções preconceituosas sobre o corpo negro e sua identidade foram uma constante na criação de instituições e formas de reprodução do racismo em todas as esferas da sociedade brasileira. O não lugar do negro já havia sido carimbado pela colonialidade, nesse sentido a dinâmica Munanga (1996), descreve,

Para compreender concretamente a situação do negro no Brasil atual, é preciso, além do discurso socioantropológico qualitativo, fazer um balanço comparativo nos domínios de renda, do emprego, da saúde, da educação, da cultura, do lazer, da representação política, etc. Fica ilustrado pelas estatísticas que a população negra concentra-se nas posições inferiores da hierarquia social. [...] A igualdade de origem social entre negros e brancos não diminui as desvantagens dos primeiros sobre os segundos o que mostra quanto a *raça* e a diferença biológica no Brasil persistem como elemento estruturador da mobilidade social (MUNANGA, 1996, p. 82).

O discurso sobre a suposta degenerescência da população negra e os estigmas e preconceitos sobre seus corpos são constantemente aperfeiçoado e reproduzidos em todos os âmbitos da sociedade, uma vez que tornaram-se parte do senso comum, mas chama a atenção a configuração assumida pelo racismo em instituições e espaços estratégicos de constituição da sociedade, na educação, na saúde, nas políticas de segurança pública e nas às esferas de formulação e implementação de políticas sociais onde os preconceitos e as discriminações raciais são fatores impeditivos de acesso a serviços e direitos inclusive à vida.

Percebe-se nesse movimento que os modos e estratégias coloniais de hierarquização racial e inferiorização do negro foram amplamente utilizados durante todo o processo de formação nacional e na conjuntura¹⁸ atual brasileira o uso dessas estratégias coloniais de reprodução do racismo antinegro estão mais escancaradas. Na colonialidade a constante

¹⁸ Trata-se da ascensão de governos neoliberais, governo Temer (2016-2019), e da extrema direita, governo de Jair Bolsonaro (2019) que está em curso.

moralização dos indivíduos e a criminalização da pobreza tem sido o discurso precursor da perda de direitos sociais, serviços e políticas públicas.

No entanto, a negligência do Estado em relação às políticas públicas e direitos sociais não são apenas estratégias coloniais para o fortalecimento da hierarquização racial que mantém as mulheres negras retintas na base da pirâmide social e os homens brancos no topo dela pois é o racismo como tecnologia de poder que possibilita ao Estado centrado politicamente no biopoder¹⁹ exercer uma política assassina.

São opressões estruturais e estruturantes da constituição de uma sociedade que surge, para o mundo ocidental, pela exploração colonialista e ainda marca, em todos os seus processos, relações e instituições sociais as características da violência, a usurpação e extermínio daquele período. (BORGES, 2019, página 41-42).

Logo, a herança do colonialismo na constituição da história e memória da sociedade brasileira é o racismo.

2.2 RACISMO, BIOPODER E NECROPOLÍTICA: A MATERIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE MORTE

É claro, por tirar a vida não entendo simplesmente o assassinio direto, mas também tudo que pode ser assassinio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns riscos de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão a rejeição, etc. (FOUCAULT, 2010, página 216).

Uma parte significativa dos Estados nacionais na contemporaneidade estão organizados politicamente de modo a garantir aos seus cidadãos, seu corpo político, direitos e recursos que lhes garantam meios necessários para a reprodução da vida seja através de instituições, políticas públicas, políticas de saúde entre outras. Tal organização política é conceituada por Foucault como biopoder, um poder contínuo e científico (FOUCAULT, 2010), não disciplinar, que se aplica “ao homem espécie” (FOUCAULT, 2010, p. 204), cuja finalidade consiste no uso do poder político como gestor da vida, o poder de fazer viver.

Na concepção foucaultiana, o poder é entendido como microfísico, isto é, o poder não uma coisa ou como uma entidade a ser possuída, que pode ser tomado por um ou outro grupo, mas a sua materialidade se dá mediante a um feixe de relações em que o poder transita entre os

¹⁹ O conceito biopoder do filósofo Michel Foucault, discorre sobre o poder sobre a vida. Nele o poder de “fazer morrer e deixar viver” característico do absolutismo é substituído pós capitalismo industrial, pelo poder de “fazer viver e deixar morrer”. O poder político de regulamentação da vida é desenvolvido a partir de dois eixos complementares a biopolítica, governo da população como um todo, e a disciplina, governo dos corpos dos indivíduos dessa forma, o Estado ou outras instituições, uma vez que para o autor o poder é um sistema de rede de relações sociais, pode utilizar o poder de deixar morrer a fim de promover a manutenção da vida.

indivíduos por meio de dinâmicas interpessoais. Assim, o poder é “exercido em rede”, onde, “não só os indivíduos circulam, mas estão sempre em posição de ser submetidos a esse poder e também de exercê-lo” (FOUCAULT, 2010, p.26).

Partindo dessa conceituação o autor estabelece três tecnologias de poder desenvolvidas nas sociedades ocidentais modernas: a soberania, a disciplina e o biopoder. A soberania é a tecnologia de poder associada às sociedades pré capitalistas, nessa tecnologia. o poder está concentrado no soberano ou em Estados absolutistas e estes, exercem interferência direta na morte e na vida dos súditos, ou como explica Mbembe (2018, p.5), “ser soberano é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e a manifestação de poder”. “O direito a soberania é, portanto, o de fazer morrer ou deixar viver” (FOUCAULT, 2010, p. 202).

Com as mudanças sociais, políticas e econômicas ocorridas na Europa, entre os séculos XVII e XVIII, decorrentes da expansão do capitalismo industrial, surge segundo Foucault (2010), uma nova “mecânica do poder”, a disciplina, uma invenção burguesa essencial para “a implantação do capitalismo industrial e do tipo de sociedade que lhe é correlativo” (FOUCAULT, 2010, p. 32). A disciplina é apresentada pelo autor como um mecanismo de poder individualizante, uma forma de exercer o poder nos corpos dos indivíduos, modelando-os e normalizando-os por meio de instituições disciplinares, nas quais o indivíduo internaliza os modos e relações sociais. Nesse sentido “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” (FOUCAULT, 2010, p.204).

É um mecanismo de poder que permite extrair dos corpos tempo e trabalho, mais do que bens e riqueza. É um tipo de poder que se exerce continuamente por vigilância e não por forma descontínua por sistema de tributos e de obrigações crônicas. É o tipo de poder que pressupõe uma trama cerrada de coerções materiais do que a existência física de um soberano, e define uma nova economia de poder cujo princípio é o de que se deve ao mesmo tempo fazer que cresçam as forças sujeitadas e a força e a eficácia daquilo que as sujeita. (FOUCAULT, 2010, p.31).

A terceira forma, o biopoder é o que Foucault (2010, p. 2001) define como “estatização do biológico”, e alude às repercussões do poder político sobre a vida a partir do século XIX. Trata-se de um mecanismo de poder que atua em articulação com a disciplina e com o poder soberano, no entanto enquanto a disciplina atua no âmbito individual o biopoder age sobre “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, 2010, p. 204), enquanto a soberania exerce o direito de fazer morrer e deixar viver, o biopoder, em oposição, tem sob seu domínio o direito de fazer viver e deixar morrer.

A biopolítica, por conseguinte, é uma tecnologia do biopoder para a regulamentação da vida, que funciona de modo a garantir a manutenção vida biológica de determinada população, incidindo sobre “fenômenos coletivos que só aparecem com seus efeitos econômicos e políticos que só se tornam pertinentes no nível da massa” (FOUCAULT, 2010, p. 206), ou seja, é função da biopolítica garantir uma população saudável, o que, no contexto capitalista, significa uma população produtiva, portanto, processos biológicos como a natalidade, mortalidade, reprodução, endemias e epidemias passam a ser esferas de atuação desse poder, pois, “a biopolítica lida com a população, e a população como um problema político, como um problema a um só tempo científico e político, como um problema biológico e como um problema de poder [...]” (FOUCAULT, 2010, p. 206).

Para tanto são implantados pela biopolítica mecanismo cuja função principal é prover “um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeostase, assegurar compensações; [...] estados globais de equilíbrio, de regularidade” (FOUCAULT, 2010, p. 207). Nesse sentido, o biopoder estabelece uma articulação entre mecanismos disciplinares de poder e os mecanismos reguladores de poder por meio da “norma”²⁰ (FOUCAULT, 2010), culminando em uma sociedade de normalização, na qual o biopoder “conseguiu cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população” (FOUCAULT, 2010, p. 213). Nesse contexto, a medicina é constituída como uma técnica política de intervenção de poder próprio cuja abrangência de atuação articula disciplina e regulamentação, ou seja, estende-se ao corpo e à população (FOUCAULT, 2010).

Mas falar da biopolítica da população implica aceitar um processo complexo que tem duas faces. Por um lado, o domínio do vital (natalidade, saúde, mortalidade e reprodução), que para os gregos era eminentemente privado, ingressará na esfera do social e, consequentemente, da política. Os direitos das mulheres, das crianças, dos trabalhadores, o reconhecimento dos direitos básicos à alimentação e à assistência, ainda que duramente conquistados, falam da positividade dessa biopolítica. Mas existe outra face, obscura, desse mesmo processo: as políticas higiênicas, psiquiátricas e eugênicas desenvolvidas no século XIX com o objetivo de melhorar a população e a raça classificaram uma série de condutas que, sob a categoria de anormalidade, podem começar a ser medicamente controladas. (CAPONI, 2009, p. 534).

Há portanto, segundo Foucault (2010), paradoxos no limite de atuação do biopoder, são eles: o excesso do biopoder sobre a soberania, expresso no poder de criar, “de fazer a vida proliferar, de fabricar algo vivo, de fabricar algo monstruoso, de fabricar - no limite - vírus

²⁰ Para Foucault (2010) a norma é o padrão que estabelece a diferença entre normal e anormal, possibilitando dentro de uma sociedade normalizadora a “articulação ortogonal” entre a “norma da disciplina e a norma da regulamentação” (FOUCAULT, 2010, p. 213). Norma, portanto, “é o elemento que circula entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar da mesma forma, ao corpo e à população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica” (FOUCAULT, 2010, p.210).

incontroláveis e universalmente destruidores” (FOUCAULT, 2010, p. 213), e o poder atômico, que consiste na utilização de um poder de soberania, o que não equivale ao poder de matar soberano, mas “nesse poder atômico, o poder que se exerce, se exerce de tal forma que é capaz de suprimir a vida. E de suprimir-se, em consequência, como poder de assegurar a vida” (FOUCAULT, 2010, p. 213). E por supressão da vida entende-se “também tudo o que pode ser assassinio indireto: o fato de expor à morte, multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura, e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc.” (FOUCAULT, 2010, p. 2016).

Mas, qual o parâmetro de aplicabilidade para o uso da morte? ou citando o autor, “Como um poder como este pode matar, se é verdade que se trata essencialmente de aumentar a vida, de prolongar sua duração, de multiplicar suas possibilidades, de desviar seus acidentes, ou então de compensar suas deficiências? (FOUCAULT, 2010, p. 214), o próprio Foucault responde, o que possibilita a materialização do poder assassino dos Estados modernos no modo biopoder é o racismo (FOUCAULT, 2010). O racismo será, então, “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” (FOUCAULT, 2010, p. 214).

O racismo, portanto, é essencial por produzir a fragmentação do contingente populacional sob o controle do biopoder mediante a distinção, hierarquização e categorização das raças, entre boas e más, superiores e inferiores, civilizadas e selvagens, o que implica dentro de uma sociedade multirracial a distinção por parte do Estado do contingente biológico sobre o seu domínio em grupos e subgrupos a serem ou não contemplados pelo direito à vida (FOUCAULT, 2010). A segunda função do racismo no biopoder é funcionar em uma relação biológica do tipo guerreira²¹, de modo a promover uma relação positiva com a morte do outro (FOUCAULT, 2010), ou seja, a morte de um determinado grupo racial é apresentada como garantia de segurança, de permanência e de reprodução do outro grupo racial, o racismo confere legitimidade ao direito de matar.

Quanto mais espécies inferiores tendem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mas eu - não enquanto indivíduo mas enquanto espécie - viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mas poderei proliferar. A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a minha vida em geral mais sadia e mais pura. (FOUCAULT, 2010, p. 215).

²¹A relação guerreira é apresentada como Foucault (2010), como um mecanismo que possibilita a relação positiva com a morte do outro mediante a construção da imagem desse outro, indivíduo/grupo/raça, como inferior, mau, perigoso, ou seja a construção de um inimigo que representa uma ameaça ao contingente biológico a ser protegido pelo biopoder. Assim, Foucault descreve, “para viver, é preciso que você massacre seus inimigos” (FOUCAULT, 2010, p. 215)

A definição de um potencial inimigo, aqueles que por serem anormais, degenerados, inferiores, etc. constituem um risco a reprodução da vida, a saúde da população, desencadeia um conflito interno no interior da população, o que Agamben (2004) conceitua como estado de exceção²², “um patamar onde lógica e práxis se indeterminam e onde uma pura violência sem *logos* pretende realizar um enunciado sem nenhuma referência real”(AGAMBEN, 2004, p. 63), em outras palavras, o estado de exceção é o perfeito espaço de materialização da política assassina, nele a biopolítica “tende a emancipar-se do estado de exceção, transformando-se em poder de decidir sobre o ponto em que a vida cessa de ser politicamente relevante”(AGAMBEN, 2007, 149).

Segundo Agamben (2004), o estado de exceção tem se tornado uma política dos Estados contemporâneos, totalitários e democráticos, que por meio da criação de um estado de emergência permanente, “instaura uma guerra civil legal que permite a eliminação física não só dos adversários políticos, mas também de categorias inteiras de cidadãos que, por qualquer razão, pareçam não integráveis ao sistema político” (AGAMBEN, 2004, p.13), são as consideradas vidas nuas²³, indignas de serem vividas (AGAMBEN, 2007), sujeitos ou grupos cujos direitos são destituídos.

A "vida indigna de ser vivida" não é, com toda evidência, um conceito ético, que concerne às expectativas e legítimos desejos do indivíduo: é, sobretudo, um conceito político, no qual está em questão a extrema metamorfose da vida matável e insacrificável do homo sacer, sobre a qual se baseia o poder soberano.[...] Mas, na perspectiva da biopolítica moderna, ela se coloca sobretudo na intersecção entre a decisão soberana sobre a vida matável e a tarefa assumida de zelar pelo corpo biológico da nação, e assinala o ponto em que a biopolítica converte-se necessariamente em tanatopolítica. (AGAMBEN, 2007, ps. 148-149)

Nesse sentido tanto Foucault (2010), quanto Agamben (2004) exemplificam a materialização do biopoder e do estado de exceção com a instauração do nazismo na Alemanha, onde em nome da proteção não só das condições da vida, mas da vida biológica, da existência e perpetuação de uma raça superior os mecanismos de exceção revogaram os direitos constitucionais mais básicos de grupos considerados um risco a saúde social, judeus, homossexuais, pessoas com deficiências, isto é, vidas nuas.

²² Estado de exceção, segundo Agamben é o “oposto ao estado normal” (AGAMBEN, 2004, p.12) e compreende “a instituição de mecanismos de exceção, suspensão da ordem jurídica e dos direitos constitucionais, concentração de poder no Estado, frente a uma ameaça a soberania, guerra civil, insurreição por meio da criação de um estado de emergência.

²³ O conceito de vida nua, é desenvolvido por Agamben (2007), por meio da expressão em latim *Homo sacer*, que significa homem sagrado, na cultura romana os *homo sacer* eram pessoas acusadas e culpadas de cometerem delitos contra a divindade, o indivíduo em questão passava a ser uma vida consagrada, a mercê da vingança divina, portanto sujeito a violência, exclusão e morte, Agamben define como vida nua os sujeitos cuja vida é considerada indigna de ser vivida, sem direitos, uma vida irrelevante politicamente para o Estado.

O filósofo camaronês Achille Mbembe, ao desenvolver o conceito de necropolítica, a gestão política do poder da morte, onde o autor defende que a submissão da vida ao poder da morte vai muito além do conceito de biopolítica de Foucault (MBEMBE, 2018), no entanto, localiza as primeiras manifestações da biopolítica ou melhor um protótipo de biopolítica, no sistema colonial de *plantation*, onde “a colônia representa um lugar em que a soberania consiste fundamentalmente num exercício de um poder à margem da lei (*ab legibus solutus*) e no qual a “paz” tende a assumir o rosto de uma “guerra sem fim” (MBEMBE, 2018, ps. 32-33), isto se dá por que,

No mesmo contexto, as colônias são semelhantes às fronteiras. Elas são habitadas por “selvagens”. As colônias não são organizadas de modo estatal e não criaram um mundo humano. Seus exércitos não formam uma entidade distinta, suas guerras não são guerras entre exércitos regulares. Não implicam a mobilização de sujeitos soberanos (cidadãos) que se respeitam mutuamente, mesmo que inimigos. Não estabelecem distinção entre combatentes e não combatentes ou, novamente, entre “inimigo” e “criminoso”. Assim é impossível firmar a paz entre eles. Em suma, as colônias são zonas em que guerra e desordem, figuras internas e externas da política, ficam lado a lado ou se alternam. Como tal, as colônias são o local por excelência em que os controles e a garantia de ordem judicial podem ser suspensos - a zona em que a violência do estado de exceção supostamente opera a serviço da “civilização” (MBEMBE, 2018, ps. 34-35).

Nessa configuração, o racismo operou a censura entre os corpos a serem protegidos e os corpos a serem eliminados, apontando o inimigo a ser combatido, o degenerado a ser erradicado, uma vez que, na dinâmica colonial a vida nua, ou seja os indivíduos racialmente identificados, e posteriormente escravizados eram privado de um lar, de direitos sobre o seu corpo e de um estatuto político (MBEMBE, 2018), “essa tripla perda equivale a uma dominação absoluta, uma alienação de nascença e uma morte social (que é a expulsão fora da humanidade)” (MBEMBE, 2018, p. 27), Dessa maneira, mecanismo da biopolítica apontados por Foucault (2010), como a proibição de casamentos mistos, a esterilização forçada, a constante exposição à violência e aos processos de adoecimento, a dinâmica de fragmentação territorial eram empregados nas colônias muito antes do século XIX (MBEMBE, 2018).

Partindo então do conceito de necropolítica, e entendendo o processo de escravização como um dos primeiros experimentos de biopoder, é possível localizar na experiência brasileira, como a constituição do dispositivo racial²⁴ (CARNEIRO, 2005) e a representação do corpo negro nesta sociedade, operam para a manutenção da população negra como objeto

²⁴ Para Carneiro (2005), “as sociedades multirraciais resultantes da colonização engendraram o dispositivo de racialidade como instrumento disciplinar das relações raciais. [...] esse dispositivo disciplinará as relações raciais nas sociedades pós-coloniais e as relações de soberania entre as nações racialmente inferiorizadas”(CARNEIRO, 2005, p.75).

central da política de morte incrementada pelo Estado, estabelecendo já no período colonial quais organismos biológicos devem ser protegidos e quais podem ser eliminados.

O Estado operando no biopoder pelo racismo, utilizou-se do discurso, constantemente remodelado, do inimigo interno, nesse contexto os indivíduos negros são apresentados como um risco a saúde social da população, construção essencial para a materialização do estado de exceção, normalizando o uso de mecanismos de exceção contra seus próprios “cidadãos”. A chamada guerra às drogas, por exemplo, é um instrumento de reprodução massiva das identidades e modos coloniais, da naturalização da morte para determinados corpos e em territórios específicos. As favelas, periferias, zonas rurais desse modo, assumem a analogia da colônia, espaços onde o Estado, representado pelas instituições de segurança, “pode matar a qualquer momento ou de qualquer maneira” (MBEMBE, 2018, p.36).

O biopoder não precisa da raça enquanto categoria socialmente institucionalizada para matar. Basta-lhe uma hostilidade e/ou desprezo socialmente consolidados em relação a um grupo social. Como uma espécie de automatismo associativo, esses sentimentos e representações tornam-se suficientes para orientar a distribuição das benesses sociais. (CARNEIRO, 2005, p. 76).

Segundo Hélio Santos (1996), o desenvolvimento do racismo no ciclo de vida da população negra brasileira, tem uma certa circularidade que torna difícil a sua interrupção; trata-se de um processo denominado pelo autor como, a trilha do círculo vicioso, no qual “a circularidade que acompanha a questão racial se inicia pelas dificuldades econômicas dos não-brancos, as quais são retroalimentadas por seus efeitos.” A miserabilidade a que o povo negro está submetido é explicada através do entrelaçamento de elementos derivados do racismo que estabelecem linearidade histórica e relacional para a incidência desses fenômenos.

O autor desenvolve a trilha do círculo vicioso do racismo através do encadeamento dos seguintes fatores, a forma como se deu a abolição, a dicotomia entre baixa renda e escolaridade inferior, a visão da sociedade, os meios de comunicação, a violência policial, a não identidade racial dos não brancos e a manutenção do *status quo* (SANTOS, 1996), a trilha do círculo vicioso, portanto, entendida como a materialização do racismo estrutural, estabelece que os condicionantes sociais promovem o sistemático adoecimento da população não-branca como uma manifestação da necropolítica. Assim os efeitos do ciclo de exclusão promovido pelo racismo, são expostos nos índices de desemprego, renda, analfabetismo, morbidade e mortalidade da população negra, isto é, evidenciada em forma de ausências: há escassez de mulheres e homens negros ocupando os espaços de poder, nas esferas político-partidárias, em profissões socialmente conceituadas, na representatividade positiva na mídia, no mercado de trabalho formal, em instâncias de ensino superior.

Em contrapartida, há a presença maciça de negros/as na população carcerária, nas instituições psiquiátricas, nos programas policiais, nos subempregos, na informalidade e nos espaços periféricos e subdesenvolvidos. São essas contradições sociais que, segundo Cunha (2003, p. 243), permite concluir que “[...] os negros brasileiros estão expostos a um ciclo de desvantagens cumulativas na mobilidade social intergeracional, fato que os coloca em posição de maior vulnerabilidade frente a uma série de agravos à sua saúde”, essa suscetibilidade, segundo a autora se deve a fatores tanto de ordem biológica, como socioeconômica e cultural (CUNHA, 2003).

Por isso, as instituições e políticas públicas projetadas por esse Estado para fomentar a reprodução e manutenção da sua população refletem em suas normas a hierarquização racial como condicionante à garantia da vida. Sob essa perspectiva, enquanto a branquitude é passaportes para a segurança de determinados corpos e população a negritude por conseguinte, é o fado da multiplicação da exposição à morte. A população negra brasileira tem experimentado em diferentes gradações os efeitos de serem vidas nuas (AGAMBEN, 2007), de estarem constantemente expostos ao deixar morrer, seja pela escravização, exclusão e abandono, marginalização política, econômica e social, processos higienistas e eugênicos, os epistemicídios ou por tantas outras perversidades.

Assim, sob a égide do biopoder no pólo subordinado da racialidade, as desvantagens se manifestam desde a infância, em que se acumulam predisposições genéticas com condições desfavoráveis de vida para inscrever a negritude sob o signo da morte. Como contraponto, na branquitude se configura o vitalismo como signo que se consubstancia na maior expectativa de vida, nos menores índices de mortalidade e morbidade como consequência de seu acesso privilegiado aos bens socialmente construídos. (CARNEIRO, 2005, p. 78).

Segundo Carneiro (2011), o acesso ao emprego e ao trabalho é essencial para reprodução da vida, a negação desse direito por conseguinte representa a exclusão à cidadania, portanto, o aumento exponencial do desemprego no contexto da crise, que afeta majoritariamente a população negra, ou ainda a sua inserção em setores que exigem menos qualificação de mão-de-obra, mas oferecem menores salários e maior precarização, retratam distribuição desigual de renda posicionando a população negra nas bases da hierarquia social (MUNANGA, 1996). Arelado a isto, a implementação de medidas de austeridade fiscal no interior do Estado atinge de forma mais significativa grupos em situação de vulnerabilidade, assim, é possível identificar o aumento da pobreza unidimensional e multidimensional principalmente nas regiões Norte e Nordeste, polos negros brasileiros e históricas periferias das ações governamentais (IBGE, 2018).

Nesse sentido a aprovação da Emenda Constitucional 95 em 2016, que prevê um novo regime fiscal, através do estabelecimento de um teto máximo para recursos públicos por um período de 20 anos evidencia o efeito cumulativo das medidas de austeridade fiscal para determinados grupos sociais, sancionada no ápice da crise política e econômica brasileira, e na contramão do proposto pela Constituição Federal de 1988 no Art. 6º, a Emenda Constitucional 95, seguida das reformas trabalhista e da previdência, formam um pacote de medidas que de uma só vez, precariza ao extremo as condições do trabalhador formal e dilapida o sistema de proteção para a parcela não assimilada pelo mercado.

Quando o governo federal decide reduzir drasticamente os investimentos públicos em educação, saúde e habitação, qual a parcela da população brasileira imediatamente atingida, mortalmente atingida? O que representa para a população negra, particularmente, o fim da estabilidade no serviço público e a privatização? Se o fim da aposentadoria reduziria os idosos brasileiros a párias sociais, após toda uma vida de dedicação ao trabalho, ao que seriam reduzidos os negros? Em benefício de que povos, de que raças, de que países e de que classes sociais se pretende retroceder nas poucas conquistas até aqui conseguidas pela sociedade brasileira, pelo povo brasileiro? (TEODORO, 1996, página 106).

Para Sueli Carneiro (2005, p.80), “a desqualificação da importância da vida segundo a racialidade imprime e determina o descaso e a desatenção, e, não prioridade, da busca de reconhecimento e conhecimento dessas singularidades”, de maneira que a provação de um teto de gastos para as políticas sociais, entre elas a de saúde em 2016, promoveu a fragmentação e o sucateamento de direitos sociais e o esfacelamento de políticas de proteção a classe trabalhadora. Diante do avanço dessa agenda neoliberal, os dados obtidos pelas PNADs contínua (2012-2016) explicitam o acirramento da questão social, se considerado a intersecção entre raça e gênero desenha-se um quadro de ainda maior de desamparo, pois segundo Carneiro (2005, p. 72), “nessa biopolítica, gênero e raça articulam-se produzindo efeitos específicos, ou definindo perfis específicos para o "deixar viver e deixar morrer”.

2.3. RACISMO INSTITUCIONAL: A POLÍTICA DE SAÚDE COMO UMA EXPRESSÃO DO “DEIXAR MORRER”

O racismo institucional, conceito desenvolvido pelos ativistas do movimento Panteras Negras Stokely Carmichael e Charles Hamilton²⁵, é apresentado como a incapacidade das

²⁵ Black power: Politics of liberation in American publicada pelos autores Stokely Carmichael e Charles Hamilton em 1967 foi a primeira obra a desenvolver o conceito sobre racismo institucional. Entendendo a dimensão institucional do racismo como um mecanismo utilizado pelo Estado para promover e perpetuar a supremacia de um grupo racial sobre outro, no caso dos Estados Unidos privilégios aos brancos (ALMEIDA, 2018).

instituições em oferecer serviços e/ou atendimentos profissionais e igualitários em virtude da cor, etnia ou cultura (CARMICHAEL; HAMILTON, 1967, Apud. WERNECK, 2016), culminando na legitimação de condutas discriminatórias e excludentes dentro da dinâmica institucional, conseqüentemente em vantagens para o grupo racial dominante e desvantagens para o grupo discriminado.

O dispositivo de racionalidade (CARNEIRO, 2005) expande essa concepção ao ser descrito como “uma noção produtora de um campo ontológico, um campo epistemológico e um campo de poder conformando, portanto, saberes, poderes e modos de subjetivação cuja articulação institui um dispositivo de poder” (CARNEIRO, 2005, p. 56), ou seja o dispositivo de racialidade opera utilizando raça como atributo sociológico e político estabelecendo hierarquias nas relações de poder em todas as esferas de socialização tendo como padrão no contexto brasileiro, à brancura (CARNEIRO, 2005). De modo que, quanto mais próximo da brancura maior a concentração de privilégios materiais e simbólicos. Em contrapartida, quanto mais afastado do parâmetro estabelecido maior exposição a iniquidades decorrentes da discriminação racial.

O dispositivo de racialidade desenvolvido por Carneiro (2005) juntamente com o conceito de ciclo vicioso apresentado por Hélio Santos (1996), explica os efeitos do racismo nos determinantes sociais e condicionantes de saúde, pois, “o racismo tem relação com as condições que a pessoa nasce, com sua trajetória familiar e individual, condições de vida e moradia condições de trabalho, emprego, renda e de acesso à informação e aos bens e serviços” (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013, p. 682). O produto das interdições e exclusões resultantes do racismo é perpassado em um movimento intergeracional por um conjunto de condições que são históricas, também políticas, econômicas e culturais que engendraram e sustentam a dinâmica racial excepcional mantida por uma etiqueta específica.

Sendo as instituições modos de orientação, coordenação e normalização de comportamentos que moldam e padronizam a ação social, absorvendo conflitos e antagonismos travados em busca da hegemonia política e econômica entre grupos distintos (ALMEIDA, 2019), o controle sobre os aparatos institucionais, é também, o controle sobre mecanismos de dominação mediante a opressão e/ou omissão, instituindo uma racionalidade que naturaliza os privilégios do grupo dominante e produz consenso sobre a sua dominação.

No caso do racismo institucional o racismo se dá com o estabelecimento de parâmetros discriminatórios baseados na raça, que servem para manter a hegemonia do grupo racial no poder. Isso faz com que a cultura, os padrões estéticos e as práticas de poder de um determinado grupo tornem-se horizonte civilizatório do conjunto da população. Assim, o domínio de homens brancos em instituições públicas - o

legislativo, o judiciário, o ministério público, reitorias de universidades etc. - e instituições privadas - por exemplo, diretorias de empresas - depende, em primeiro lugar da existência de regras e padrões que direta ou indiretamente dificultem a ascensão de negros e/ou mulheres, e, em segundo lugar, da inexistência de espaços em que se discuta a desigualdade racial e de gênero, naturalizando, assim, o domínio do grupo formado por homens brancos. (ALMEIDA, 2019, ps. 40-41).

Como ocorre a internalização e naturalização da branquitude como o ideal humano, as manifestações do racismo que ultrapassam a perspectiva individual são invisibilizadas e desqualificadas como tal, é por esse processo que o racismo antinegro passa a ser socialmente aceitável, como explica Souza (2011, p. 79), “a noção de racismo institucional explica a operação pela qual uma dada sociedade internaliza a produção das desigualdades em suas instituições” (SOUZA, 2011, p. 79). A compreensão do racismo como um fenômeno de macro-dimensões exige, portanto, uma apuração aprofundada da realidade, na qual a desigualdade sistêmica entre negros e brancos pode ser entendida a partir de uma série de políticas e ações criadas e implantadas a partir de uma lógica segregatória (SOUZA, 2011).

Sendo assim, o conceito de racismo institucional, é significativo para a compreensão das iniquidades em saúde que incidem sobre a população negra, justamente por concebê-lo como um mecanismo performativo ou produtivo com atuação dinâmica, que legitima modos e condutas excludentes implantando barreiras amplas e critérios singulares para o acesso a saúde (WERNECK, 2016). Souza (2011, p. 79) entende essas barreiras como “obstáculos não palpáveis que condicionam o acesso aos direitos por parte de grupos vulnerabilizados” (SOUZA, 2011, p. 79).

Werneck (2016) estabelece uma ligação entre os conceitos de racismo institucional, vulnerabilidade programática²⁶ e interseccionalidade. Sendo a dimensão programática de vulnerabilidade compreendida como “a ação institucional voltada para a geração da proteção e/ou redução da vulnerabilidade do indivíduo e grupos, na perspectiva dos seus direitos humanos” (AYRES, 2003, apud. WERNECK, 2011, p.543), e o racismo institucional como a materialização de “ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo” (WERNECK, 2011, p. 543) a interlocução se dá ao compreender o racismo como fator originador e agravante de

²⁶ Conceito desenvolvido por Mann e Tarantola, na obra *AIDS in the world: the global AIDS policy coalition* (1992), nela os autores analisam as chances objetivas de contaminação de grupos populacionais ou indivíduos considerando as condições sociais e individuais do cotidiano dos mesmos acarretando em maior chance de exposição ou menor chance de proteção (AYRES, 2003). O conceito de vulnerabilidade dividindo-a em vulnerabilidade individual ou coletiva esta segunda podendo ser social ou programática, este último compreendendo a dimensão institucional avaliando “em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade” (AYRES, 2003, p. 5)

vulnerabilidades. Nesse sentido, o conceito de interseccionalidade reflete a justaposição de opressões de raça, gênero e classe, ou seja, o racismo institucional acentua a vulnerabilidade da população negra, intensificando desigualdades na medida em que as categorias de opressão se sobrepõem.

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e a dinâmica da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Ela trata especificamente da formação pelo qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como as ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (CRENSHAW, 2002, p. 177, Apud. WERNECK, 2011, p. 543).

O ciclo de racismo, adoecimento e morte da população negra brasileira, por conseguinte, conecta-se a “processos sociais concretos que vão formando grupos populacionais diferenciados quanto às condições de vida, que, por sua vez, geram padrões patológicos particulares” (CUNHA, 2003, p. 241). Pensar saúde da população negra, por conseguinte, é compreender que o racismo direciona os condicionantes sociais, às violências físicas, psicológicas e simbólicas a que essa população é submetida ao longo da vida produzindo o adoecimento sistemático, pois, em uma sociedade em que o racismo antinegro é estrutural “ser negro é ser violentado de forma constante, contínua e cruel, sem pausa ou repouso por uma dupla injunção: a de encarnar o corpo e os ideais de ego do sujeito branco e a dor de recusar e anular a presença do corpo negro” (COSTA, 1986, página 104, Apud. CARNEIRO, 2011, página 80).

A concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado é relativamente nova, o nosso SUS tem apenas 30 anos de existência, considerando a promulgação da lei nº 8.080 em 19 de setembro de 1990. Isto porque, no Brasil houve um atraso significativo na implantação de uma legislação que promovesse proteção social a classe trabalhadora, isto por conta da nossa organização econômica, política e social. Eventos como a colonização, escravização, genocídio e etnocídio das populações negras e indígena, industrialização tardia, golpes militares e políticos sucessivos culminando em uma democracia frágil com representação deficitárias de grupos historicamente excluídos, enraizaram preconceitos, idiosincrasias e discriminações raciais e sociais, categorias que no contexto brasileiro se interseccionam, que ecoam nas lacunas e exclusões praticadas no SUS.

Desde o período colonial, uma parte significativa dos habitantes da nossa terra estavam aquém do acesso aos serviços de saúde. Por serem exercidos por profissionais liberais e

dirigidos a trabalhadores urbanos e formais de determinados setores, estes serviços eram oferecidos a pagantes, o acesso a práticas de atenção à saúde pelos pobres, trabalhadores rurais e informais se dava mediante a boticários, curandeiros, a organização em irmandades e a caridade religiosa. A partir da aprovação da lei Elói Chaves de 1923, que instituíram as CAPs²⁷ (BRAVO, 2001) gradativamente o Estado passa a ter centralidade no campo das políticas sociais, como resposta a configuração da questão social e suas refrações frente “no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação” (BRAVO, 2001, p.4).

Muitas foram as iniciativas e políticas implantadas entre as décadas de 1930 a 1970 durante os governos de ditadura militar que se seguiram. As políticas públicas de saúde implementadas nesse período tinham ênfase em estabelecer condições sanitárias mínimas aos habitantes dos centros urbanos e posteriormente a população do campo, no entanto essas políticas eram caracterizadas pelo viés assistencialista, eugenistas, com o privilegiamento da medicina previdenciária em detrimento da saúde pública e da medicalização no sistema de saúde, com centralidade em instituições privadas evidenciando a implantação de interesses de mercado na saúde.

A partir dos anos 70, ocorre uma forte mobilização de movimentos sociais, intelectuais, institutos de pesquisas, setores da sociedade civil organizada e sindicalista em busca de melhores condições de vida e saúde, liberdade, cidadania e democracia, iniciativas que fomentaram a criação do Centro Brasileiro de Estudo da Saúde - CEBES, em 1976, produtor em 1978 do texto *A questão democrática na área de saúde documento que propunha uma reformulação do sistema de saúde*, considerado um esboço SUS por conter os princípios e diretrizes que compõem o SUS, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO em 1978, o Movimento popular de saúde no mesmo ano, essas associações foram de suma importância para a reforma sanitária. Porém é a partir de 1980 que há efetivamente uma ampliação na discussão de iniciativas e possibilidades da criação de um sistema de saúde público com centralidade no direito à cidadania. Tal modelo foi discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra

²⁷ Caixas de Aposentadorias e Pensões, considerada o embrião do esquema previdenciário brasileiro, eram mantidas pelo Estado, pelas empresas e trabalhadores, fornecendo acesso a medicina curativa, remédios, aposentadoria por tempo de serviço, invalidez, velhice bem como pensão para dependentes e auxílio funeral, todavia, o acesso aos benefícios eram proporcionais à contribuição e apenas grandes setores a exemplo dos ferroviário, poderiam mantê-las (BRAVO, 2001).

dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (BRAVO, 2001, p.4).

A constituição de 1988 no artigo 196 estabelece que a saúde é um direito “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988), aproximando-se do modelo de saúde sanitaria que propunha a universalização do acesso à saúde, a unificação em um sistema que integrasse saúde individual e coletiva, formas de gestão democráticas e de fortalecimento do poder local e financiamento efetivo através da descentralização do processo decisório para as esferas estaduais e municipais mesmo diante da oposição de setores econômicos que amargaram perdas significativas com a implantação de um sistema de saúde público tão abrangente.

A universalidade do direito - um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária - foi um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltada para o mercado. Esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico. (BRAVO, 2001, p.15).

A politização da saúde promoveu a criação do SUS, um sistema de saúde público, universal, integral e descentralizado, com participação da iniciativa privada em caráter complementar e cuja centralidade e responsabilidade de regulamentação, controle e fiscalização compete ao Estado, uma conquista de grandes proporções para a classe trabalhadora pois representa a única forma de acesso a serviços de saúde da maior parte da população brasileira, principalmente da população negra.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 2008, a população negra representava 67% do público total atendido pelo SUS, e a branca 47,2%. A maior parte dos atendimentos concentra-se em usuários(as) com faixa de renda entre um quarto e meio salário mínimo, distribuições que evidenciam que a população de mais baixa renda e a população negra são, de fato, SUS-dependentes. (BRASIL, 2017, p. 13).

Mas como um sistema de saúde com princípios e diretrizes sólidos, que propõem cobertura universal e a prestação de um serviço igualitário para todos os seus cidadãos exclui, discrimina, segrega e deixa morrer? As múltiplas dimensões do racismo institucional nos fornecem direção nesse questionamento, as abordaremos neste trabalho a partir de três manifestações: lacunas nas políticas de saúde e sucateamento do SUS, barreiras no acesso à

saúde e a materialização desse fenômeno nas relações interpessoais entre os trabalhadores institucionais e os usuários desse serviço, assim como na dinâmica entre trabalhadores de diferentes profissões, a fim de compreender como no âmbito da política de saúde o racismo possibilita a materialização do poder de deixar morrer.

O racismo se materializa no âmbito das políticas de saúde formulação de políticas públicas verticalizadas e ineficazes resultante da ausência de gestores negros e negras e de diálogo com representantes técnicos e usuários na formulação de políticas e programas, de fragilidade de mecanismos fiscalizadores dessas políticas, da não incorporação do quesito raça/cor em pesquisas, coletas de dados ou prontuários e por meio, da formação deficitária de profissionais de saúde para lidar com a saúde e especificidades da população negra. O sucateamento do SUS, através da instituição de um teto de gastos com a Emenda Constitucional (EC) nº55, corte de verbas e cancelamento de políticas e programas que em algumas regiões constituíam a única possibilidade de acesso a serviços de saúde de uma parte significativa da população brasileira também é um retrato da necropolítica desenvolvida pelo Estado.

Em 2019, o ISC - Instituto de Saúde Coletiva da UFBA divulgou na BMC Medicine, uma reconhecida revista médica, uma pesquisa²⁸, realizada com a colaboração da Universidade de Stanford e do Imperial College de Londres, na qual discute os impactos das medidas de austeridade fiscal no SUS. Segundo o levantamento, até 2030 as taxas de mortalidade prematura em pessoas acima de 70 anos, decorrentes de agravos que poderiam ser tratados ou prevenidos na atenção primária, chegaria a 8,6%, caso o Programa Mais Médicos fosse cancelado e houvesse redução na cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Com o cancelamento do Programa Mais Médicos em 2019, os impactos já podem ser sentidos nos grandes centros urbanos com a redução da cobertura na atenção primária e muitas regiões rurais e interioranas inteiras deixaram de ser assistidas por profissionais de saúde, aumentando assim o risco à morte dessa população. O agravo é ainda maior considerando a pandemia de COVID 19 que ora enfrentamos, que atinge sobretudo negros e pobres devido a condições de vulnerabilidade social que aumenta exponencialmente não só o risco de contaminação, mas o risco de morte dentre outros fatores pelo acesso a um serviço de saúde sucateado.

Além dessa dimensão mais ampla o racismo se insere nas instituições, estabelecendo barreira de acesso por meio de burocracias do sistema, isto é, a adoção de normas e condutas institucionais que dificultam o acesso aos serviços de saúde: uso de linguagem técnica incompreensível para os usuários, unidades de saúde em locais distantes ou inacessíveis à

²⁸ O link da pesquisa e dados citados serão anexados ao trabalho.

população mais pobre, solicitação excessiva de documentação e comprovantes para acesso a alguns serviços, emprego de parâmetros dúbios baseados em estereótipos e estigmas raciais em rotinas e procedimentos administrativos e invisibilização de condutas discriminatórias de operadores desses serviços.

O racismo também é visível na qualidade do cuidado e assistência prestadas, nos perfis e estimativas de mortalidade infantil nos sofrimentos evitáveis ou mortes precoces, nas taxas de mortalidade da população adulta e nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna. (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013, p. 682).

A terceira dimensão do racismo institucional abordada neste trabalho diz respeito a sua manifestação em condutas discriminatórias individuais que consciente ou inconscientemente (SOUZA, 2011), são reproduzidas durante o exercício profissional nos intercursos com os usuários e com outros profissionais. Preconceitos sobre o corpo, comportamento e moral da população/indivíduos negros, utilização de vocabulário racista, práticas de cuidado deficientes que vão desde orientação incorreta, descaso ou desatenção no processo de escuta, desprezo pelos saberes e culturas do usuário, não tocar o corpo negro durante a consultas, minimização de queixas, encaminhamentos insuficientes, negligência com as especificidades biológicas da população negra, até culpabilização do indivíduo por aspectos morais, entre outras condutas discriminatórias.

A população negra brasileira apresenta diante desse cenário os maiores índices de mortes por causas evitáveis, mortalidade infantil, materna e histerectomias, maiores índices de contaminação por doenças negligenciadas, isto é, doenças relacionadas a condições sócio-econômicas: Tuberculose, hanseníase, esquistossomose, malária, helmintíase e tracoma, Dengue, Zika Vírus etc. Esse processo, no entanto, não pode ser considerado apenas como resultado das condições de vida precárias, segundo Munanga (1996, p. 83), “os dados levantados no sistema de saúde mostram também quanto o negro é objeto de exclusão, não apenas pelos motivos econômicos, em última instância devidos à discriminação, mas também por negligência das doenças específicas à sua raça”.

Oliveira é enfática em declarar que negros morrem antes do tempo no Brasil em todas as faixas etárias, por causas preveníveis e evitáveis, portanto a mortalidade precoce dos negros desnuda o racismo na (des)atenção à saúde. Além do que, invisibilizar é uma velha e vitoriosa estratégia política sexista e racista. Portanto, eis, para ela, a explicação das dificuldades de pesquisadores da área biomédica e do aparelho formador da área de saúde em relação ao recorte racial/étnico na pesquisa e na assistência em saúde. (CARNEIRO, 2005, p. 87)

Nesse sentido, doenças como diabete mellitus, hipertensão arterial, miomas uterinos e doenças falciforme (CARNEIRO, 2005), que ressaltamos não são biologicamente inerentes à

população negra, mas prevalentes, são ignoradas, desconhecidas por profissionais de saúde. Há lacunas na produção acadêmica e científica, na formação de médicos, psicólogos, enfermeiros etc. quanto a saúde da população negra e as políticas a ela voltadas. Tais ausências fortalecem as desigualdades em saúde e revelam os resquícios de práticas eugênicas de higienização racial no modelo biomédico atual, que ainda compreende o corpo negro como portador de degenerescência a ser contido nas cadeias e instituições psiquiátricas, sujeitos a exposição e a condenação moral diante da exposição a doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, aborto, homossexualidade ou abuso de substâncias psicoativas.

A permanência dessa instrumentalidade, pode ser atribuída entre outros fatores a colonialidade do saber, tendo em vista que o modelo biomédico se relaciona com corpo mediante a racionalidade mecânico - causal, na qual o corpo humano é compartimentado em sistemas operacionais a serem tratados de acordo com cada área de saber delimitada (CAMARGO Jr, 1997), como a construção social sobre o corpo negro foi moldada, ressignificada pelo colonialismo e por processos de exclusão subsequentes o cuidado a ele direcionados será permeados de preconceitos e vícios advindos deste processo.

Tanto no discurso moral quanto no discurso médico, a 'culpa' pela AIDS foi atribuída a estilos de vida caracterizados pela hiperatividade sexual e à sua noção moral correlata – a promiscuidade. As categorias adotadas pela ciência para identificar os grupos de risco relacionam prostitutas, homossexuais e africanos, refletindo no discurso epidemiológico expressões sociais de xenofobia, homofobia e xenofobia que correspondiam a diferentes facetas da mesma repugnância – a repugnância pelos pobres, pelos diferentes. (LAGUARDIA, 2006, p. 254).

A dinâmica de hierarquização racial também é significativa na divisão social do trabalho nas instituições de saúde, a medicina, por exemplo, é uma profissão historicamente atrelada às classes dominantes, a branquitude, ao *status quo*, ao patriarcado, permanecendo como um espaço de manutenção de privilégios, enquanto profissões como técnicos de enfermagem são compostas majoritariamente por mulheres negras, tal disposição solidifica as hierarquias raciais em um ambiente cujas relações de poder e dominação ultrapassam as relações coletivas e incidem nos corpos. De modo que as iniquidades e negligências em saúde impostas à população negra no sistema público de saúde não são fato isolado, mas a materialização do poder soberano sobre a morte, da necropolítica pela omissão, pela passividade de deixar morrer.

A produção acadêmica e as políticas públicas fornecem instrumentos de investigação dos entraves e possibilidades de uma nova forma de pensar a saúde da população negra, por isso as discutiremos no próximo capítulo.

3. RACISMO E POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: ANÁLISE DAS PRODUÇÕES ACADÊMICAS DO ISC

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 Cloto o teça ou que Láquesis o meça. A morte negra é uma morte desgraçada (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004, p. 635 Apud. BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013, p. 682).

A discussão sobre racismo estrutural abordando a Anemia Falciforme, enfermidade componente do grupo de DFs²⁹ que atinge principalmente a população afrodescendente, é fundamental para estabelecer a articulação entre a política de saúde brasileira e o processo de exclusão sumária de uma parcela significativa da população. Portanto, faz -se necessário explorar, além dos aspectos clínicos da enfermidade, a dimensão social a ela atrelada, pensar em como as intercessões das categorias socioeconômicas, raça, gênero e classe contribuem para a perpetuação da discriminação racial sobre uma enfermidade que, apesar de comum no Brasil, carrega séculos de estigmas raciais. Para tanto, faremos uma análise das publicações do ISC nos últimos cinco anos sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme a fim de entender como as publicações acadêmicas abordam o racismo no contexto dessas políticas.

Conforme já sinalizado na introdução, este trabalho é resultado de um estudo bibliográfico, de abordagem qualitativa e explicativa, que busca entender a interrelação entre o racismo estrutural e a anemia falciforme e seus possíveis impactos na materialização da política de saúde da população negra na atenção básica de saúde na cidade do Salvador - BA, através da análise de publicações do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Tendo como base metodológica o conceito de Minayo (1994, p. 21) sobre o desenvolvimento de pesquisa qualitativa, que, segundo a autora, “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à

²⁹ Doença Falciforme compreende o conjunto de enfermidades causadas pela presença da hemoglobina anômala S. As DFs com maior incidência são: Anemia Falciforme (Hb SS), a interação com a Talassemia (S/B Tal.) ou microdrepanocitose, e as duplas heterozigoses Hb SC e Hb SD, apesar de algumas particularidades quanto à gravidade, essas doenças apresentam similaridades em suas manifestações clínicas e hematológicas (JESUS, 2010).

operacionalização de variáveis”, buscamos autores de referência na discussão do racismo estrutural, racismo institucional, anemia falciforme e saúde da população negra para estabelecer o diálogo com os textos produzidos no ISC.

Partindo da escolha do tema central, os objetivos estabelecidos para nortear a investigação bibliográfica foram: investigar como as lacunas na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e da Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme no âmbito da saúde primária refletem o racismo estrutural, investigar como a produção bibliográfica do ISC nos últimos cinco anos retrata as políticas de saúde da população negra voltadas à pessoa com DF desenvolvidas na cidade do Salvador e identificar entraves e possibilidades para o pleno desenvolvimento das políticas sociais voltadas a população negra na atenção primária do SUS. Para tanto, foi realizado um levantamento inicial de artigos e teses na plataforma de divulgação de pesquisa acadêmica Scielo, utilizando as palavras chave: racismo institucional, saúde da população negra, anemia falciforme, política de saúde e SUS.

Ao buscar no Scielo artigos sobre os temas citados acima individualmente, foi encontrado um número significativo de publicações, no entanto, ao combinar racismo, saúde e anemia falciforme, a plataforma de pesquisa apresentou apenas 3 resultados, sendo 1 repetido, o artigo *Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme* de Alessandra Varinia Matte Figueiró e Rosa Lúcia Rocha Ribeiro (2017), publicado no periódico Saúde e Sociedade, o segundo texto é *Razões para banir o conceito de raça da medicina brasileira* de Sérgio D. J. Pena no periódico História, Ciências, Saúde-Manguinhos, textos que foram agregados a este trabalho. Tal ausência reiterou a importância do tema escolhido, reforçando a necessidade de uma produção específica sobre racismo e doenças prevalentes na população negra.

Realizou-se então, uma pesquisa no ISC - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, que foi escolhido por oferecer um número considerável de produções sobre o referido objeto, com um alto rigor teórico e acadêmico, a amostra foi definida delimitando: tema, cidade, data de publicação e tipo de publicação. Assim a amostra coletada no acervo virtual do ISC contém sete dissertações de mestrado publicadas nos últimos cinco anos (2015-2019) discutindo Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme, racismo e anemia falciforme na cidade do Salvador - BA, conforme o quadro síntese abaixo:

ANO	PALAVRAS CHAVE	TÍTULO	AUTOR/ ORIENTADOR	SÍNTESE
1-Dez-2015	Acesso;Serviços de Hematologia e Hemoterapia; Doença Falciforme	Fatores que interferem no acesso de pessoas com doença Falciforme ao Hemocentro Coordenador da Bahia.	FRANÇA, Simplicia Almeida de Brito Andrade/ MOTA, Clarice Santos	A dissertação discorre sobre fatores de interferência no acesso aos centros de referência no tratamento de pessoas com Doença Falciforme na Bahia, apresentando os dados utilizando tanto a abordagem quantitativa, quanto a qualitativa.
1-Dez-2015	Doença Falciforme; Gravidez Alto Risco; Fluxo Assistência; Rede de Cuidados Continuados de Saúde	Análise da assistência ofertada às gestantes com Doença Falciforme, em Salvador/BA: o racismo nas tramas e enredos das Redes do SUS.	LIRA, Altair dos Santos/ TRAD, Leny Alves Bomfim	A dissertação discorre, mediante a uma análise documental qualitativa, sobre os entraves e possibilidades no acesso de mulheres gestantes com DF à PNAIPDF no processo de gestação no município de Salvador, abarcando aspectos do racismo institucional que constituem entraves desse direito.
13-Mar-2017	Anemia Falciforme;Hemoglobinopatias;Epidemiologia;Internação Hospitalar;Mortalidade;Condições de Vida	Morbidade e mortalidade por Doença Falciforme em Salvador, Bahia	FIGUEIREDO, Juliana Oliveira / MOTA, Clarice Santos	A dissertação de mestrado é composta por dois artigos: Internações hospitalares do SUS por Doença Falciforme em Salvador, Bahia e Mortalidade por Doença Falciforme em Salvador, Bahia, a partir de uma análise quantitativa, descritiva e transversal, abordando as condições epidemiológicas da DF, suas internações e complicações que culminaram em mortalidade entre 2009 e 2014 a partir de dados obtidos nos distritos sanitários de Salvador.
13-Mar-2017	Doença Falciforme; Associação; Empoderamento; Mediação; Direito à Saúde	Empoderamento e participação social: a mediação de uma associação de usuários com Doenças Falciformes e familiares	GUEDES, Cintia Alice Sampaio/TRAD, Leny Alves Bomfim	A dissertação é composta por dois artigos: Estratégias de mediação utilizadas por uma associação de usuários com doenças falciformes e familiares na conquista por direitos em saúde e empoderamento no contexto de uma associação em doença falciforme: percursos na luta pelo direito à saúde. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, que dispõe sobre estratégias e práticas de mediação e empoderamento promovidos pela ABADFAL - Associação Baiana de Pessoas com Doença Falciforme entre o Estado, a política de saúde e os usuários e seus familiares em Salvador, Bahia.
11-Jul-2018	Doença Falciforme; Saúde da População Negra; Racismo;	Por você ser negra e pobre, tem esse direito negado: um estudo sobre	SILVA, Gabriela dos Santos/ MOTA, Clarice Santos	Não foi possível acessar o conteúdo na plataforma digital do Repositório Institucional da UFBA.

	Mulheres Negras; Direitos Reprodutivos	direitos reprodutivos de mulheres negras com doença falciforme em Salvador		
--	--	--	--	--

O material pesquisado apesar de trazer a DF e as políticas de saúde voltadas à população negra da cidade de Salvador- Bahia em múltiplas abordagens, foi ordenado em polos específicos por similaridades, de maneira que das cinco dissertações de mestrado selecionadas, duas tratavam especificamente dos impactos do racismo e da anemia falciforme para as mulheres, em especial as gestantes, sendo uma delas, a dissertação *“Por você ser negra e pobre, tem esse direito negado: um estudo sobre direitos reprodutivos de mulheres negras com doença falciforme em Salvador”*, impossível de ser acessada no Repositório Institucional da UFBA. Das quatro dissertações restantes, uma abordou o processo de morbidade e mortalidade por DF em Salvador, Bahia, outra discorreu sobre o protagonismo de uma associação voltada às pessoas com DF, a ABADFAL na promoção de instrumentos e práticas de empoderamento e educação em saúde para estabelecer uma relação mais próxima entre pessoas com DF e seus familiares e a Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a última dissertação selecionada investigou fatores que interferem no acesso aos centros de referência para o tratamento da anemia falciforme.

A metodologia para a sistematização de resultados foi estruturada na análise temática, conforme apresentada nos tópicos a seguir, embasada na metodologia de análise qualitativa proposta por Minayo (2002, p. 16) que, entendendo que para fazer o caminho do pensamento, é indispensável “dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática”, propõem o processo metodológico a partir da ordenação e classificação dos materiais a serem explorados a fim de facilitar e organizar a análise. Sendo assim, durante a fase exploratória, estabelecemos o material bibliográfico base para a discussão dos conceitos centrais, separando por temática: Racismo, política de saúde e anemia falciforme, em seguida foi realizada a leitura cuidadosa e sistemática dos livros, artigos e legislação e posterior fichamento, a fim de deixar bem marcado os fenômenos a serem investigados nas dissertações e estabelecer um rigor teórico na conceituação e discussões sobre racismo, anemia falciforme/ DF e política de saúde.

A análise das dissertações de mestrado foi realizada utilizando três critérios de sistematização: as lacunas e entraves para a formulação e implementação de políticas de saúde na atenção primária

voltadas a população negra e com DF em Salvador -BA, como o racismo no âmbito da saúde é abordado pelos autores e quais as possibilidades e estratégias para o desenvolvimento de políticas de saúde para a população negra integrais, equânimes e transversais. Tais eixos de análise foram escolhidos por se comunicarem diretamente com os objetivos determinados para este trabalho, desenvolvendo uma linearidade no processo de análise desses conteúdos. Foram realizados quadros sínteses para facilitar o ordenamento e a identificação dos parâmetros fixados nas monografias, que serão anexados aos apêndices deste trabalho. Por último, foi realizada a análise propriamente dita, do material produzido no ISC, relacionando-os com a produção do primeiro capítulo.

Portanto, para iniciarmos este processo de análise consideramos relevante realizar uma breve apresentação da configuração das políticas brasileiras de saúde voltadas à população negra, a fim de contextualizar as dissertações analisadas.

3.1. ABORDAGEM HISTÓRICA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA E DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME NO BRASIL

Os usuários do SUS com Anemia Falciforme precisam enfrentar em seu cotidiano uma série de entraves que vão desde o estigma que a enfermidade carrega, isto é, os impactos sociais decorrentes da convivência com uma enfermidade incapacitante com repercussões físicas e psicológicas que, quando combinada com a construção social do “negro preguiçoso” internalizada no imaginário popular, reforçam a vulnerabilidade e estigma sobre esta parcela populacional, até a desinformação de profissionais da saúde sobre a importância do diagnóstico para o tratamento da doença. Portanto, desenvolver uma pesquisa sobre a materialização do racismo estrutural na política de saúde voltada à pessoa com Anemia Falciforme e como este fenômeno aparece nas publicações acadêmicas traz o serviço social para o debate sobre a rede de atendimento à saúde da população negra e a necessidade de fortalecer o SUS mediante a promoção de ações transversais e integrais da saúde.

O processo de adoecimento por uma doença genética, crônica e degenerativa implica em mudanças no modo de viver e altera o cotidiano, principalmente por demandar cuidados contínuos e prolongados, voltados para as diferentes complicações que aparecem ao longo da vida, como por exemplo, as dores articulares intensas e lesões osteomusculares com perda progressiva da capacidade funcional. As repercussões da anemia falciforme na vida adulta vêm apontando que mulheres e homens que a vivenciam necessitam dos serviços de saúde com frequência, dependendo de acompanhamento em serviços especializados, possuem atividade laboral restrita com redução da participação no orçamento doméstico e aposentadoria precoce (CORDEIRO; FERREIRA; SANTOS, 2015, p. 1114).

De maneira que cabe ao serviço social, pelo caráter político da profissão e seu compromisso com o código de ética na defesa dos interesses dos usuários, abordar com mais profundidade em seu campo teórico a relação entre racismo, agravos e negação de direitos na saúde e demais campos de atuação, de modo a conceber e materializar no cotidiano profissional conhecimentos e instrumentalidades que ultrapassem os saberes específicos do serviço social, e que impactem diretamente no serviço oferecido pelo SUS, desde a atenção básica até a alta complexidade.

Por ser uma enfermidade genética que incide principalmente sobre negros e afro-descendentes (BRASIL, 2014), faz-se necessário um direcionamento crítico para abordar o conjunto de condicionantes socioeconômicos diretamente atrelado à Anemia Falciforme. Conforme desenvolvido no primeiro capítulo, o Brasil, historicamente, utilizou o racismo como ferramenta para a subordinação e extermínio de determinadas populações, a negligência frente às necessidades mais prementes dessas populações é só mais uma faceta da necropolítica em curso. A anemia falciforme, nesse aspecto é um retrato desta invisibilização.

É reconhecido cientificamente que, em qualquer doença, o fator social associa-se fortemente ao determinante biológico contribuindo de maneira decisiva para o agravamento do seu curso clínico. Em geral, as pessoas com DF, em maior número pretas e pardas, incluem-se nos segmentos de menor poder econômico, reduzida escolaridade e muitas dificuldades no acesso à saúde, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde. Essas pessoas, em sua grande maioria, são usuárias dos serviços públicos de saúde. Tais aspectos explicam as inquestionáveis dificuldades que enfrentam no dia a dia, conferindo-lhes condição de maior vulnerabilidade social no tocante ao acesso à saúde (BRASIL, 2014, p.12).

As políticas brasileiras de saúde voltadas à população negra são recentes, considerando que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, apesar de ter a criação aprovada com unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006 e ser pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 2008, só foi instituída pelo Ministério da Saúde em 13 de maio de 2009, pela Portaria GM/MS nº 992. A aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é resultado de pressões e embates do movimento negro, de movimentos sociais, pesquisadores, especialistas e parcelas da sociedade civil que buscavam desde a década de 1980, com o surgimento das primeiras associações de pessoas com DF em 1985, incluir na política de saúde pautas inerentes à saúde da população negra. Após a identificação de casos da anemia falciforme na Bahia pelo geneticista baiano Jessé Accioly em 1947, militantes do movimento negro, especialistas e pesquisadores, por muitos anos, chamaram a atenção para uma possível incidência elevada da enfermidade no país.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal “que consagrou a igualdade racial e, no campo da saúde pública, instituiu o SUS, nos artigos 196 a 200” (BRASIL, 2014) intensificou-se

a luta para a aprovação de políticas específicas para a população negra. Em 1995, com a criação de um Grupo de Trabalho e uma série de iniciativas que culminaram na passeata Zumbi dos Palmares em Brasília e na criação do Programa de Anemia Falciforme - PAF, a DF passou a ser uma das principais reivindicações do movimento negro.

A Inclusão da DF no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) ocorre em 2001, medida importantíssima, pois garante o diagnóstico precoce, conseqüentemente, a antecipação do tratamento; como ressalta o manual de tratamento da anemia falciforme produzido pelo Ministério da Saúde (2014, p.7) “o diagnóstico precoce, na primeira semana de vida, realizado pelos serviços de Referência de Triagem Neonatal nos Estados da Federação, é essencial para a identificação, quantificação e acompanhamento dos casos”. Também em 2001, foram criadas associações estaduais de pessoas com DF, resultando em uma federação nacional, a Federação Nacional Das Associações de Pessoas com Doença Falciforme - FENAFAL.

No ano de 2004, ocorreu o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, neste contexto a pauta da DF aparece novamente como uma importante reivindicação. O tratamento das hemoglobinopatias também passa a compor o rol de atividades do Ministério da Saúde em vez da ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. É criada a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH) no Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET), na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS). No entanto, a materialização dos princípios e diretrizes do SUS, da integralidade, equidade, universalidade e participação social para esta população em específico ocorre em 2005, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme - PNAIPDF pela Portaria MS/GM nº 1.381, de 16 de agosto de 2005. A política logo ganha corpo com a oferta de cursos de capacitação e especialização multidisciplinar a fim de dar visibilidade à pessoa com DF e trabalhar questões como o racismo institucional no âmbito do SUS com os profissionais de saúde. Após a publicação da Portaria nº 1.381/2005, houve também um desenvolvimento em instituições consideradas referência no tratamento da DF, em Minas Gerais, a triagem neonatal, com o NUPAD - Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da UFMG; o HEMORIO, o Hemocentro de Ribeirão Preto, o Núcleo de Atenção Básica em Salvador e Recife, e muitos outros (BRASÍLIA - DF, 2014); a UFBA também foi protagonista na utilização de terapia celular no tratamento de úlceras e lesões ósseas, muito importante, sobretudo, para as regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2014).

Em novembro de 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou por unanimidade a criação da PNSIPN, nesse mesmo ano o Brasil iniciou o trabalho de cooperação técnica internacional com países

da África e de outras partes do mundo. Em 2009, o Brasil participa do Encontro de Pesquisadores, o Global Sickle Cells Disease Network (GSCDN) em Cotonou, no Benin - África, mas o acontecimento do ano é a instituição da Portaria nº 992 do Ministério da Saúde que dispunha sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em 13 de maio de 2009. A aprovação desta política é um marco na luta contra o racismo, pois parte do reconhecimento do Estado que o racismo e as desigualdades étnico-raciais existem na sociedade brasileira e em suas instituições e afeta diretamente a qualidade e o acesso aos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde compreende a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população negra – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência – e reconhece que o racismo vivenciado pela população negra incide negativamente nesses indicadores, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde, já que a boa qualidade da saúde gera condições para a inserção dos sujeitos nas diferentes esferas da sociedade de maneira digna, promovendo sua autonomia e cidadania (BRASIL, 2017, p. 23).

A implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é também uma possibilidade de materialização dos princípios e diretrizes do SUS, da integralidade, equidade, universalidade e participação social em todos os níveis de atenção, já que os objetivos dessa política são:

- I- garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde.
- II- garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde.
- III- incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social.
- IV- identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral no local de trabalho.
- V- aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS.
- VI- melhorar a qualidade dos sistema de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análises dos dados desagregados por cor, raça e etnia.
- VII- identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades.
- VIII- definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico - racial na saúde.
- IX- monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais.
- X- incluir demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar.
- XI- monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antirracistas e não-discriminatórios; e

XII- fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra (BRASIL, 2009 apud. WERNECK, 2016, ps. 538-539).

Na atualidade, onze anos após a implementação dessa política, ainda há entraves para a sua materialização efetiva. Tomemos, por exemplo, o objetivo XII, que propõe a realização de estudos e pesquisas sobre a saúde da população negra e o racismo; o que temos ainda é a imensa lacuna nas produções e pesquisas científica nos últimos anos, mesmo com o aumento significativo da visibilidade desses temas na mídia e nas universidades na última década, e como este processo é refletido no lento desenvolvimento de políticas, ações e programas de saúde específicos para esta doença, que continuam esparsos. Segundo Kalckmann (et. al., 2007, p. 153), é evidente “a inexistência da discussão sobre o impacto do racismo na saúde e nos aparelhos de formação, [...] para profissionais médicos, enfermeiros e dentistas, reforçam o racismo na saúde”.

Portanto, o desconhecimento, a omissão e uma formação deficitária em relação à Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e até mesmo a aspectos clínicos da DF, incidem diretamente na qualidade dos serviços prestados em todas as instâncias do SUS, principalmente na atenção primária, nível de atenção mais próximo dos usuários em termos de rede de saúde e de localização. Este é o caso da cidade do Salvador - BA cujo hemocentro localiza-se em Brotas, um bairro central distante de bairros periféricos e da região metropolitana da cidade. A rede básica de saúde é importante para o tratamento da pessoa com anemia falciforme, também, por inserir o usuário em um programa de atenção integral, isto é, em uma rede de cuidados que contemple o acompanhamento de rotina em relação a aspectos específicos da DF, e também os cuidados preventivos advindos dos programas existentes: “de saúde bucal, de saúde da criança, de saúde da mulher, de estratégia da família, de pré natal de risco, de vigilância nutricional” (BRASIL, 2014, p.8).

Sendo assim, a atenção secundária com hospitais de urgência e emergência receberiam demandas graves, como por exemplo as crises álgicas características da DF, no entanto, devido também a falha na rede de atenção primária em diagnosticar precocemente, em ter profissionais qualificados para atender as pessoas com DF, devido a discriminação racial e social ou ainda ao desconhecimento de usuários e profissionais sobre a enfermidade, há uma migração intensa desses usuários para o sistema de média complexidade. Nesse contexto, a educação em saúde, proposta pela política Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, é uma ferramenta para a instrumentalização dos trabalhadores do SUS para o combate das iniquidades em saúde da população negra.

3.2. ANEMIA FALCIFORME: A DOR DA INVISIBILIDADE

Doença Falciforme - DF é o termo que compreende enfermidades genéticas e hereditárias resultantes da mutação em um dos genes estruturais da hemoglobina A (Hb A), proteína presente nas hemácias³⁰. Essa alteração produz anemia hemolítica hereditária de caráter autossômica recessiva (ARAÚJO, 2007) identificada pela presença da hemoglobina S. A anemia falciforme é caracterizada pela presença da hemoglobina S em homozigose (Hb SS), isto é, quando o gene da hemoglobina S é transferido pelos dois genitores.

Segundo dados dos Programas Estaduais de Triagem Neonatal – PETN, apresentados pelo Ministério da Saúde na publicação *Doença Falciforme - Atenção integral à saúde das mulheres* (2014), a incidência da anemia falciforme é de 1:1000, e de 1:35 para o traço falciforme³¹. Na Bahia, esse número é ainda maior, pois em nascidos vivos a incidência da anemia falciforme é de 1:650 e para o traço falciforme é de 1:17 (BRASIL, 2014). Assim, a anemia falciforme é a doença hereditária mais comum no Brasil, afetando principalmente a população afrodescendente (CANÇADO, 2007; LIRA, 2015; RAMALHO, 1986).

Entre as DFs, a Anemia Falciforme é a enfermidade genética com o maior significado clínico, tanto pela frequência populacional quanto pelo índice de gravidade e ampla sintomatologia, apresentando maior incidência de morbidade, menor sobrevida das pessoas portadoras, altos índices de mortalidade infantil e materna (FERNANDES, et.al, 2010). A anemia falciforme, portanto, gera um sofrimento intenso interferindo diretamente em todas as áreas da vida do indivíduo e de seu núcleo familiar. Segundo o Manual do Ministério da Saúde *Doença Falciforme - conhecer para cuidar* (BRASIL, 2015), as hemoglobinas humanas são formadas por quatro cadeias de aminoácidos, sendo duas cadeias do tipo alfa globina e duas do tipo beta globina, a disfunção ocorre quando no sexto códon do gene da beta globina há uma substituição da base nitrogenada adenina (A) pela timina (T), causando uma alteração na sequência Guanina, Adenina, Guanina (G-A-G) passando a ser Guanina, Timina, Guanina (G-T-G). Tal mudança na cadeia beta promove a codificação da Valina em vez do Ácido Glutâmico, e essa variação permite a produção da hemoglobina S (Hb S), responsável por

³⁰ As Hemácias também denominadas de Glóbulos vermelhos ou Eritrócitos são discos bicôncavos, flexíveis, presentes no sangue cuja principal função é a oxigenação do corpo. Contém em seu interior a hemoglobina A que formada de proteína e ferro pigmenta o sangue, dando a este a coloração vermelha (BRASÍLIA, 2015).

³¹ A presença do gene alterado em heterozigose (Hb AS) em um indivíduo, lhe confere o traço da anemia falciforme, que apesar de não apresentar sintomatologia ainda prescinde da identificação do traço falciforme para a orientação genética do portador de sua família. (BRASÍLIA - DF, 2014)

diversas alterações nas moléculas de hemoglobina, dentre elas a falcização das hemácias (BRASIL, 2015).

A falcização altera a solubilidade da molécula de hemoglobina, causando a diminuição do período de vida das hemácias de 120 para 10 a 20 dias, hipóxia³², rigidez nos glóbulos vermelhos acarretando em obstruções no espaço vascular e destruição dos pequenos vasos, estase no sistema vascular, agravos na circulação, aumento da viscosidade sanguínea, diminuição da perfusão e oclusão da microcirculação, hipóxia tecidual, infarto e necrose dos tecidos, ou seja, a anemia falciforme acarreta em crises intensas de dor, anemia hemolítica e comprometimento progressivo de múltiplos órgãos.

Habitualmente os sintomas começam a aparecer a partir dos 6 meses de idade. Os mais frequentes são a crise de dor ou crise vaso - oclusiva, síndrome mão - pé, as úlceras em membros inferiores, a icterícia, o sequestro esplênico e priapismo. [...] Como se trata de uma doença inflamatória crônica, são frequentes as complicações: infecções, cardiopatias, retinopatias, nefropatias, atraso no crescimento e no desenvolvimento, acidente vascular cerebral, necrose avascular da cabeça do fêmur e/ou do úmero, síndrome torácica aguda, colelitíase. No caso dos homens, a gravidade das crises de priapismo pode acarretar a amputação genital. Devem ser registrados também outros problemas, tais como: a) as complicações de natureza psicológicas, decorrentes de estratégias inadequadas para lidar com a dor intensa; b) qualidade de vida reduzida; c) restrições nas atividades diárias; d) ansiedade; e) depressão; e f) prejuízo neurocognitivo. Registram-se, ainda, casos de ansiedade parental, superproteção, sentimentos de responsabilidade e culpas excessivas (BRASIL, 2014, ps. 13-14-15)

O atendimento à pessoa com DF, deve ser multidisciplinar, especializada, constante e abrangente - tanto para a pessoa com DF, quanto para seu grupo familiar (BRASIL, 2014), como previsto na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme. Nesse sentido a atenção primária tem um papel extremamente importante como a porta de entrada para SUS, e segundo a legislação de saúde, o atendimento “deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural.”(XAVIER, 2012, P. 209). Nesse sentido a relevância da atenção básica para as pessoas com anemia falciforme é a promoção da saúde e a prevenção e o tratamento de doenças, a função central da atenção primária é a garantia de sobrevivência e qualidade de vida para esta população por meio do diagnóstico precoce e início do acompanhamento ainda na infância.

Uma vez estabelecido o diagnóstico, no caso de uma criança os pais devem receber orientação sobre a doença e suas complicações, sobre hereditariedade e o tratamento. A abordagem preventiva abrangente compreende o suporte educacional e o cuidado multidisciplinar à criança e à família. O tratamento preventivo consiste no uso de antibiótico profilático com penicilina cristalina (desde o diagnóstico até os 5 anos de vida), vacinação

³² Redução da concentração de oxigênio no sangue arterial, nos tecidos ou no ar atmosférico, geralmente causada por uma alteração no mecanismo de transporte de oxigênio.

anti - *haemophilus* e antipneumocócica, ácido fólico pelo menos três vezes por semana, orientação aos pais quanto ao autocuidado na identificação precoce do sequestro esplênico, da infecção e das crises dolorosas, além de informações sobre como agir em cada situação. O tratamento e a prevenção das complicações compreendem exames e consultas de rotina, de acordo com o Protocolo Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme, do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2014, p. 16)

Sendo assim, a não materialização dessas políticas e programas no cotidiano da atenção à saúde ou a existência de exclusões, disparidades e/ou discriminações no acesso dessas pessoas aos serviços e atendimentos pode ser um fator de agravamento no processo de adoecimento e até de morte. Embora devido a ampla incidência no Brasil a anemia falciforme possua status de problema de saúde pública, ainda existem lacunas referentes ao desenvolvimento e efetivação das políticas de saúde abrangentes e específicas a esta população, assim como, na promoção de um tratamento equânime na rede pública de saúde, e muitas dessas lacunas se originam do racismo e da discriminação.

Segundo Cordeiro e Ferreira (2009, p. 353), “as modalidades pelas quais a discriminação se expressa na áreas de saúde nunca são diretas e evidentes, são envolvidas nas teias das relações sociais e econômicas que estruturam e determinam o processo de saúde-doença”, dessa forma as iniquidades em saúde possuem um peso ainda maior de violência contra as populações afetadas pois em um momento de fragilidade veem-se diante de uma estrutura que às discrimina, mas não de forma transparente o que dificulta sobremaneira denúncias e a punição das discriminações. Costa (2010), chamava à atenção para o fato de que embora possa haver um número baixo de denúncias e processos de discriminação racial nas ouvidorias instituições de saúde, os dados de pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde demonstram que a discriminação existe e é sentida pelos usuários.

Podemos atribuir essa ausência de denúncias a vários fatores, dentre eles, as hierarquizações raciais, sociais e de saberes no interior das instituições de saúde e a relação clientelista estabelecida no serviço público. A postura esperada pela sociedade da população negra é um subproduto da colonialidade, a subserviência frente a todas as situações sociais, isto mais a noção do SUS como um favor governamental para os pobres, reforçada nos discursos e posturas de alguns profissionais frente aos usuários, instituiu uma sobreposição de opressões de raça, de classe, de gênero que se traduz na relação usuário- instituição em naturalização, passividade e medo,

Eu nunca reclamei porque é aquela questão: a pessoa mal está aguentando andar, mal está falando, às vezes está sozinha; quando reclama de alguma coisa, geralmente eles te deixam lá de molho, jogada, e, se sabe que você reclamou é pior ainda, ruim, porque sabe que é anemia falciforme, já tem preconceito, pelo menos eu considero preconceito, eles tratam com preconceito por ter anemia falciforme. Se a gente reclamar é pior ainda, eles não atendem ou

então eles atendem de qualquer jeito, maltratando. (DSC 3³³, CORDEIRO; FERREIRA, 2009, p. 359)

A discriminação racial na saúde é expressa, com “formas diversificadas de afastar os usuários do serviço de saúde, em diferentes tipos de atendimento” (KALCKMANN, et. al., 2007, p.151). Por exemplo, displicência no atendimento, associar a cor da pele a baixo poder aquisitivo, qualidade inferior no atendimento, depreciar e/ou desacreditar as falas desses usuários, discursos, expressões ou adjetivos depreciativos sobre a estética negra ou utilizados com a intenção de reforçar o lugar historicamente subalterno do negro em nossa sociedade. Nesse sentido, Kalckmann (et. al. 2007, p.151) expõe sobre a constante ressignificação de adjetivos e expressões em um contexto discriminatórios para reforçar as hierarquizações raciais “palavra como “negão”, “negro”, “preto”, “roxinho” etc., assumem, especialmente, quando acompanhadas de atitudes como as descritas, elas trazem o passado de humilhação e subordinação, falam mais que de uma simples cor”.

Outra expressão do racismo na saúde é a reprodução de estereótipo racista, perpetuadas nos atendimentos, como o mito da maior tolerância à dor ou ainda no, contexto da anemia falciforme, o priapismo³⁴ que muitas vezes é relacionado a objetificação e hipersexualização do homem negro, como relata uma psicóloga entrevistada para a pesquisa *Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?* de Kalckmann (et. al., 2007, p.153), “meu filho sofria de priapismo, e quando era adolescente, a enfermeira me disse que ele era “um neguinho safado”. Essas manifestações do racismo no atendimento às pessoas com anemia falciforme refletem também a forma como esta enfermidade foi abordada por cientistas, pesquisadores e médicos desde a sua descoberta. Veremos a seguir o resultado de pesquisas sobre a anemia falciforme, de sua descoberta até 1940, para expor como as contradições raciais dessa época repercutiram no saber científico e acadêmico ecoando até os dias atuais.

3.2.1. Anemia Falciforme: abordagem histórica das principais publicações e pesquisas desenvolvidas nos EUA até a década de 1940

³³ Discurso do Sujeito Coletivo, metodologia utilizada pelas autoras no artigo para expor a análise de entrevistas realizadas em Salvador-BA em 2006, pois a técnica “permite representar o pensamento de uma coletividade, agregando num só discurso-síntese conteúdo discursivo de sentido semelhante emitido por pessoas distintas (CORDEIRO; FERREIRA, 2009, p. 354).

³⁴ Trata-se de uma emergência urológica, um estado de ereção prolongada e dolorosa, não acompanhada de desejo ou estímulo sexual (BRASÍLIA -DF, 2014, p.43).

A origem da anemia falciforme é estabelecida por pesquisadores entre os períodos Paleolítico e Mesolítico, por volta de 50 a 100 mil anos A.C. na região centro-oeste da África, Índia e leste da Ásia. (NAOUM, 2000). Segundo o autor, durante o período Mesolítico, iniciou-se uma grande propagação de Malária entre povos que habitavam a região do Saara, com a migração dessa população ao longo do vale do Nilo, Índia, sul da China e na costa ocidental e oriental da África, houve um alastramento da epidemia nessas regiões. A anemia falciforme teria surgido nas áreas endêmicas da malária como um mecanismo de defesa natural contra a malária para seus portadores, portanto, um dos mais antigos exemplos de seleção natural.

Essa relação foi concebida com base na presença de portadores do traço falciforme em regiões da África endêmicas de malária e na observação de sua maior resistência à infecção pelo *Plasmodium falciparum*, em comparação aos demais indivíduos. Na década de 1990, pesquisas com doentes de anemia falciforme indicaram que o gene HB S teria surgido em mais de uma região da África e em localidades da Arábia Saudita e Índia (NAOUM, 2004, p.77-78).

Apesar dessa origem tão antiga, a Anemia Falciforme passou a ser estudada cientificamente a pouco mais de um século. A primeira descrição dessa patologia na literatura médica foi realizada em 1910, no artigo "*Peculiar, elongated and sickle-shaped red blood corpuscles in a case of severe anemia*" no Archives of Internal Medicine pelo médico James Bryan Herrick, que publicou o estudo das hemácias do paciente Walter Clements Noel, um jovem negro originário da Ilha de Granada (Caribe). No artigo, Herrick estabelece uma relação entre hemácias em formato de foice e uma série de sintomas como rinite crônica e aguda, febre, aumento dos gânglios linfáticos, cicatrizes nas pernas do paciente e alterações cardíacas. Nos anos posteriores, médicos e pesquisadores continuaram o trabalho de Herrick. Em 1911, R. E. Washburn, médico da Universidade de Virgínia, publicou um artigo descrevendo o quadro clínico de uma paciente negra com sintomas parecidos com os publicados no artigo de James Herrick.

Em 1915, os médicos Jerome Cook e Jerome Meyer do Departamento de Medicina Interna da Universidade de Washington, publicaram estudos do seu caso clínico 13, com apresentação sintomática similar a dos casos anteriores (WAILOO, 2001, apud. CAVALCANTI; MAIO, 2011), passando a considerar a anemia falciforme como uma doença genética e hereditária. Esses estudiosos correlacionaram as hemácias em forma de foice com o "sangue negro", conclusões utilizadas para reiterar a crença que a miscigenação produzia indivíduos frágeis e doentes. Posteriormente, em 1917, o hematologista Victor Emmel publicou uma tese explanatória sobre a doença, utilizando uma técnica

por ele elaborada que utilizava o microscópio para identificar as hemácias falciformes nas amostras de sangue.

Em 1923, John Huck e Virgil Sydenstricker publicaram artigos discorrendo sobre a transmissão que, segundo os autores, ocorreriam mediante as leis de Mendel, podendo apresentar dois estados ativo e latente. No entanto, o marco no estudo da anemia falciforme ocorreu no ano de 1924, com o debate na Associação Americana de Medicina (WAILOO, 2001, apud. CAVALCANTI; MAIO, 2011). Nesse encontro, estabeleceu-se parâmetros para o estudo da Anemia Falciforme, como: o pioneirismo de Herrick na descoberta da alteração nas hemácias, os sintomas atrelados a esta enfermidade, a existência de dois estados de apresentação caracterizados pela quantidade de hemácias falcizadas no sangue, estando a doença ativa quando em maior concentração de hemácias falcêmicas e apresentação sintomática e latente com menor quantidade de hemácias falcêmicas e sem manifestação sintomática, assim como o caráter racial da doença.

Considerando que as condições conjunturais e históricas são determinantes para a produção do conhecimento e construção ideológica de uma sociedade, não se pode desvincular o momento histórico e organização social vigente nos EUA da década de 20 com a abordagem metodológica dos pesquisadores frente a uma enfermidade com forte incidência racial, de modo que a produção científica da época reflete as tensões raciais existentes, sendo também utilizada como ferramenta para a manutenção da estratificação racial e desestímulo a miscigenação. Por exemplo, ao final da década de 20, quando os médicos Samuel Rosenfeld e Joseph Pincus discutiram sobre a incidência das hemácias falciformes em três gerações de uma família branca, esse fato não impediu a racialização da Anemia Falciforme, ao contrário, os pesquisadores e médicos que compartilhavam a crença na propensão da raça negra a doenças passaram a realizar uma verdadeira devassa nas árvores genealógicas em busca de ascendência negra nesses indivíduos que justificasse tal condição. As orientações, formulações e pesquisas nesse contexto utilizaram-se do chamado racismo científico para alertar sobre os perigos de uma descendência fraca e propensa a doenças.

Essa articulação entre anemia falciforme e miscigenação fica ainda mais forte com a publicação dos pesquisadores Diggs, Ahmann e Bibb, em 1932, na revista norte-americana *The Archives of Internal Medicine*; o artigo expunha pesquisas que afirmavam maior incidência da doença em indivíduos negros de pele clara (WAILOO, 2001, apud. CAVALCANTI; MAIO, 2011). No entanto, nas décadas que se seguiram, houve um esfriamento na realização de pesquisas relacionadas à anemia falciforme, o que pode ser atribuído tanto a fatores relacionados ao desenvolvimento de pesquisas sobre a malária e de outras doenças mais conhecidas, assim como a relação estabelecidas

pelos pesquisadores entre a enfermidade e a população negra (WAILOO, 2001, apud. CAVALCANTI; MAIO, 2011).

Segundo Wailoo (2001, apud. CAVALCANTI; MAIO, 2011, p. 56), a invisibilidade da anemia falciforme pode ser refletida na postura de médicos e pesquisadores da época, que, diante da alta taxa da mortalidade infantil entre crianças negras, viam a afirmação da predisposição de negros e mestiços a doença, com as mudanças na atenção infantil a partir de 1930 e a publicação das pesquisas de Pauling e Neel em 1940, que estabeleceram a anemia falciforme como uma característica genética herdada de ambos os pais, levando a uma nova percepção sobre a anemia falciforme (WAILOO, 2001 apud. CAVALCANTI; MAIO, 2011). Este fato, atrelado a mudanças políticas e econômicas pós segunda guerra mundial, contribuiu para uma inserção maior da população negra na sociedade norte americana, a formação de movimentos sociais anti-segregacionistas e de uma classe média negra. Estes foram fatores determinantes na reformulação de publicações e acesso à saúde, dando visibilidade a doenças prevalentes nessa população.

3.2.2. Anemia Falciforme: abordagem histórica das principais publicações na África até a década de 1940

Na década 1940, de acordo com Cavalcanti e Maio (2011, p.383) foram realizadas muitas pesquisas em domínios coloniais franceses, portugueses, belgas e ingleses na África, a fim de investigar se a Anemia Falciforme era uma característica biológica universal da população negra ou uma característica intrínseca aos negros americanos. Os estudos em grupos tribais de distintas regiões, inicialmente, permitiram aos pesquisadores contestar a origem africana da Anemia Falciforme, a exemplo do artigo publicado por Carlos Trincão, chefe dos serviços de análises clínicas de Lisboa, em 1942 na revista África Médica, no qual apontava que os estudos sobre as hemácias falciformes realizadas na África não provavam que a enfermidade fosse característica dos negros, justificando que o número de brancos com a doença superava o de negros. A divergência sobre a procedência racial da doença, ainda perdurou alguns anos, no entanto,

As primeiras pesquisas feitas na África objetivaram confirmar ou refutar a hipótese de que as hemácias falciformes e a doença delas derivada fossem características inerentes aos indivíduos da raça negra. Após as pesquisas estatísticas, essa especificidade foi aceita e passou-se a investigar as diferenças entre negros africanos e norte-americanos no tocante à manifestação da anemia. A maior parte dos trabalhos informava altos índices de presença das

hemácias falciformes, alcançando, em algumas populações, as variáveis de 20% a 40%. (CAVALCANTI; MAIO, 2011, 384)

Os estudos realizados na África solidificaram a crença dos médicos e cientistas norte americanos na íntima relação entre a miscigenação e anemia falciforme, uma vez que,

Os resultados dos estudos realizados no continente africano foram apropriados nos EUA com o objetivo de estabelecer diferenças entre negros africanos e norte-americanos. Para Tapper (1999, p.31-34), tal era o objetivo do programa de pesquisa da antropatologia, nome cunhado pelo médico Julian Lewis. O programa pretendia identificar diferenças raciais na susceptibilidade às doenças – já que elas seriam menos perceptíveis do que as diferenças já assinaladas pela antropologia tradicional – e teve na anemia falciforme um eixo de orientação. A nova metodologia ajudaria, assim, a apurar a classificação racial e a história ancestral dos indivíduos. A interpretação sobre a maior quantidade de africanos com o traço falciforme e a de norte-americanos com anemia falciforme se adequou perfeitamente à concepção, difundida no país, de que a miscigenação entre brancos e negros provocava degeneração física, o que incluía o aparecimento de doenças (CAVALCANTI, MAIO, 2011, P. 384).

A realização desses estudos e pesquisas sobre a anemia falciforme nos territórios africanos, apesar do início tardio, ofereceu importantes contribuições para a compreensão epidemiológica e social dessa enfermidade.

3.2.3. Anemia Falciforme: abordagem histórica das principais publicações no Brasil até 1940

A chegada da anemia falciforme no Brasil decorre do sequestro de homens e mulheres africanos/as para serem escravizados/as. Segundo o manual do Ministério da Saúde “*Doença Falciforme - conhecer para cuidar*” (BRASIL, 2015, p. 5), os primeiros relatos científicos que remetem à anemia falciforme datam de 1835 pelo médico José Martins da Cruz Jobim em um discurso lido na sessão pública da Sociedade de Medicina, em 30 de junho de 1835 “sobre as moléstias que mais afligem a classe pobre do Rio de Janeiro”, onde explica a “associação entre opilação e anemia, por ele definida como hipoemia intertropical, e a intuição da maior resistência às febres intermitentes pelos escravos provenientes da África, posteriormente, descrito como efeito protetor da Hb S contra a malária”.

No entanto, segundo Cavalcanti e Maio (2011), a primeira publicação brasileira sobre a enfermidade, ocorreu no *Jornal de Pediatria*, em 1934, pelo médico Álvaro Serra de Castro. No artigo, o médico expõe o resultado de um estudo realizado com cinco pacientes no Hospital São Francisco de Assis no Rio de Janeiro. Este estudo é considerado um dos primeiros realizados sobre a incidência

da anemia falciforme no Brasil “pois foram feitas análises sistemáticas em oitenta crianças negras, à procura de hemácias falciformes” (CAVALCANTI; MAIO, 2011, p. 385). Segue -se a ele os artigos do patologista do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), Arcanjo Penna de Azevedo, um em 1935, uma curta análise sobre a autópsia realizada em um dos pacientes de Castro e outro em 1937, estudo histológico feito com uma pessoa com anemia falciforme; tem-se também os artigos publicados em 1939 por Azevedo e 1940 por Santos, dois médicos internos de medicina da mesma equipe que o médico Serra de Castro participou, publicaram trabalhos sobre anemias hereditárias, nos quais se aludiu a casos de anemia falciforme (CAVALCANTI; MAIO, 2011, p. 385).

Segundo os autores, embora o estudo da anemia falciforme não fosse amplamente difundido entre a categoria médica brasileira, havia entre os médicos brasileiros que estudavam a anemia falciforme, entre 1939 e 1940, um consenso quanto a sua importância clínica considerando-a “como uma doença importante para a saúde pública do país em vista da extensa população de negros e mestiços” (CAVALCANTI; MAIO, 2011, p. 385), de modo que entre eles havia contatos e trocas de materiais de pesquisa. O primeiro trabalho estatístico sobre a incidência das hemácias falciformes no Brasil, foi desenvolvido pelo capitão, médico e hematologista do Instituto de Biologia do Exército (IBE), no Rio de Janeiro, João Maia de Mendonça em 1942, no qual,

Apropriando-se da nomenclatura proposta em “Notas sobre os tipos antropológicos do Brasil” de Edgard Roquette-Pinto (1928), Mendonça dividiu 1.045 pessoas em melanodermos (negros), faiodermos (descendentes de negros e brancos), xantodermos (descendentes de brancos e índios) e leucodermos (brancos). Subdividiu os melanodermos e faiodermos em três grupos, com base numa “distribuição pigmentar”, graduada em leve, moderada ou acentuada (Mendonça, 1942). Isso nos mostra que, em sua classificação racial, os descendentes de negros poderiam possuir gradações de ancestralidade negra e que elas se manifestavam pela pigmentação da pele. O estudo de Mendonça (1942) objetivou identificar a proporção dos meniscocitêmicos, ou seja, de indivíduos saudáveis portadores de hemácias falciformes, e obteve os seguintes resultados: (a) nenhum caso, nos trinta indivíduos xantodermos, e 0,99% de positividade para os leucodermos (seis indivíduos meniscocitêmicos, em um total de 598); (b) os faiodermos, subdivididos em pigmentação leve, moderada e acentuada, apresentaram as porcentagens 2,4%, 9,5% e 7,4%, respectivamente; e (c) entre os melanodermos, também subdivididos em pigmentação leve, moderada e acentuada, os resultados foram 7,1%, 9,8% e 11,3%, respectivamente (CAVALCANTI; MAIO, 2011, p. 386)

Este estudo teve grande importância, uma vez que, dois anos depois, Mendonça publicou um artigo descrevendo incompatibilidades entre a sua pesquisa com os resultados dos autores norte-americanos Huck (1923) e Diggs, Ahmann e Bibb (1933), em relação a transmissão conforme a lei de Mendel, “falta de casos positivos nos leucodermos estaria, para Mendonça (1944, p.83, apud CAVALCANTI; MAIO, 2011 p. 387), em desacordo com “a grande mestiçagem existente no meio brasileiro”, em relação a tonalidade de pele pois, enquanto de Diggs, Ahmann e Bibb (1933) haviam

encontrado hemácias falciformes em negros de pele clara, o resultado encontrado por Mendonça foi o oposto de modo que continuava a defender que quanto mais miscigenado o indivíduo menos a chance de passagem da doença da fase latente para a fase ativa (CAVALCANTI; MAIO, 2011).

Em 1948, Mendonça volta a defender seu argumento em resenha sobre a tese de Carlos Estevão Frimm, o qual afirma, em oposição ao que foi publicado nos EUA, que a miscigenação poderia ser um modo de conter os avanços epidemiológicos da anemia falciforme, corroborando com as ideias em vigor na sociedade da época, assim como as iniciativas do Estado brasileiro para o branqueamento. Em sua tese, Frimm (1947, p.127 apud. CAVALCANTI; MAIO, 2011), utilizou dados do censo de 1940, tendo em vista a população negra (1. 051. 579) para calcular a taxa de pessoas com hemácias falciformes. “Desse modo, Frimm concluiu que havia “na população brasileira 1.051.579 indivíduos com a Drepanocitemia³⁵ e, entre estes 52.579 com a Anemia Drepanocítica³⁶, isto é, a doença declarada” (p.128; apud CAVALCANTI; MAIO, 2011, p.388).

Ernani Silva destaca-se também na produção das pesquisas antropológicas brasileiras relativas à doença durante os anos 1940 (CAVALCANTI; MAIO, 2011), trazendo uma pesquisa ampliada da população negra até a populações indígenas para “determinar o grau de pureza e miscigenação racial por meio da identificação das hemácias falciformes” (CAVALCANTI; MAIO, 2011, p. 396). Suas teses principais divulgavam a singularidade da anemia falciforme brasileira devido ao grau de miscigenação, assim, tanto as hemácias falciformes como a apresentação da doença falciforme eram distintas das apresentadas nos EUA. Em 1947, o médico, pesquisador e professor baiano, Jessé Accioly, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FM/UFBA), constatou a hereditariedade da anemia falciforme mediante a observação de 21 famílias afrodescendentes ao longo dos anos, enquanto, quase simultaneamente, o cientista norte-americano, James V. Neel a comprovou experimentalmente (BRASIL, 2014).

Publicou suas constatações, com ênfase de que o mecanismo da DF era autossômico recessivo, em artigo na revista denominada Arquivos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, no ano de 1947. Autossomo traduz-se como aquilo que é próprio do patrimônio genético da espécie. É recessivo quando latente, somente se manifestando na ausência do gene contrário, ou seja, dominante (BRASIL, 2014, p. 10)

No entanto, devido a sua discricção, só teve a sua obra reconhecida internacionalmente em 1969, quando a professora Eliane S. Azevedo, que cursava doutorado nos EUA, verificou feito

³⁵ Um dos termo utilizado nas décadas de 1930-1940, para designar a anemia falciforme sem manifestações clínicas, isto é a presença de hemácias falciforme em estado latente, outras nomenclaturas utilizadas são: Falcemia, Siclemia, Drepanocitemia, Eritrofalcemia latente Meniscocitemia (CAVALCANTI; MAIO, 2011, p. 387).

³⁶ Termo utilizado nas décadas de 1940 para anemia falciforme, são outras nomenclaturas: Anemia falciforme, Eritrofalcemia ativa, Anemia drepanocítica, anemia meniscocítica (CAVALCANTI; MAIO, 2011, p. 387).

semelhante do pesquisador norte-americano James V. Neel, da Universidade de Wisconsin, Michigan, publicado na revista Science (1949) (BRASIL, 2014), escreveu uma carta ao editor do American Journal of Human Geneticis, dos EUA, com a documentação comprobatória em anexo, que foi publicada em 1973, com grande repercussão. “Com isso, a descoberta passou a ser citada, cientificamente, como de Neel e Accioly. Fez-se justiça, assim, ao grande nome da medicina baiana e brasileira” (BRASIL, 2014, p. 10).

Considerando as obras citadas acima, percebemos que a abordagem científica e acadêmica brasileira até a década de 1940 é esparsa e carrega consigo as repercussões raciais de sua época. Nas duas últimas décadas, a abordagem sobre a anemia falciforme e doenças prevalentes na população negra também por condicionantes sociais passaram a ser mais abordados devido a visibilidade advinda da implantação de políticas sociais, a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (Portaria MS/GM nº 1.391/2005), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria do MS nº 992/2009), a Política Nacional de Humanização (Lei nº 8.080/1990), o Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010), mas, principalmente, pela Lei de Cotas (Lei nº 12.711/2012), pela qual alunos negros e pobres puderam acessar ao ensino superior e pautar, visibilizar temas auto representativos. Veremos no próximo tópico a abordagem acadêmica das políticas de saúde voltadas à população negra com DF, a partir dessa perspectiva.

3.3 DAS LACUNAS E ENTRAVES PARA A FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA VOLTADAS À POPULAÇÃO NEGRA COM DF EM SALVADOR - BA

A identificação da chave de análise “lacunas e entraves para a formulação e implementação de políticas de saúde na atenção primária” nas dissertações escolhidas foi bastante reveladora, uma vez que, mesmo abordando diferentes facetas da inserção da pessoa com DF na política de saúde em Salvador - BA, foi possível identificar uma similaridade nas problemáticas encontradas, mesmo ao considerar diferentes períodos da implantação dessas políticas e programas, conotando a invisibilidade e omissão governamental diante das necessidades de uma parcela significativa da população do município.

De acordo com dados do PNTN do MS, a Bahia é o Estado brasileiro com maior incidência da DF, 1 a cada 650 nascidos vivos (BRASIL, 2014), sendo que na capital Salvador este número é ainda mais significativo, pois de acordo com o PNTN de 2014, a cada 530 nascimentos uma criança

possui DF com a prevalência da anemia falciforme (FIGUEIREDO, 2016). Estima-se que, no Estado da Bahia, de 7 a 10% da população tem a Hb S (APAE, 2016, apud. FIGUEIREDO, 2016).

Com a aprovação da Portaria nº 1391 em 2005, que instituiu as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, o cuidado e a atenção às pessoas com anemia falciforme passa a ser proposto mediante uma equipe multidisciplinar, capacitada por um processo de educação permanente e em uma articulação interministerial no MS, um conceito de integralidade anteriormente inexistente para esta população em específico (LIRA, 2015). Segundo Lira (2015, p. 19), no ano de 2007, foi lançado, “sem portaria ou legislação específica, o Programa Estadual de Atenção Integral às pessoas com Doença Falciforme da Bahia”, cujos objetivos abarcavam a redução da morbimortalidade, promoção de assistência de qualidade melhorando a qualidade de vida dessa população, com orientação genética para usuários e familiares com DF e a promoção da Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA) como centro de referência de média e alta complexidade estendendo a rede de serviço por todo o Estado (BAHIA, 2008 apud. LIRA, 2015).

No entanto, a não implantação do Programa foi apontado em quatro das cinco produções analisadas como um entrave para o acesso integral da população com DF do estado da Bahia e do município de Salvador. É importante ressaltar que a dissertação que não aborda esta ausência do Estado na implantação de uma rede de serviços de saúde voltados à pessoa com DF, trata da formulação da Política de Saúde da População Negra entre os anos de 2005-2006, portanto de um período anterior à proposta do Estado. Nesse sentido, “os desafios para inserção da pessoa com DF se agravaram na medida em que o modelo de atenção se caracterizou pela fragmentação e desarticulação (LIRA, 2015, p. 20).

O estado da Bahia, por ter a maior incidência de pessoas com a doença falciforme e com o traço falciforme (CANÇADO & JESUS, 2007) deveria ter uma rede de atenção às pessoas com DF implantada e muito bem organizada. Atualmente existem apenas dois serviços estaduais que prestam atendimento às pessoas com DF: o HEMOBA (Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia) e a APAE - Salvador (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), para atender aos 417 municípios do estado. Quanto aos serviços de assistência hospitalar, não existem no estado hospitais de referência para realizar o atendimento às pessoas com DF. Salienta-se que é necessário ter em todos os hospitais leitos reservados para internamento e profissionais devidamente preparados/qualificados para prestar assistência a essas pessoas. (FIGUEIREDO, 2016, p. 39 - 40)

A lacuna deixada pela não implantação de políticas e programas de atenção à saúde da população negra no estado da Bahia impacta diretamente na Rede de Atenção à Saúde - RAS, uma vez que a descentralização do atendimento é essencial para a amplitude da cobertura, principalmente, no caso da anemia falciforme que exige um acompanhamento de saúde contínuo e estável, pois a

centralização do atendimento às pessoas com DF no centro de referência incorre em outros entraves como: um elevado fluxo de procura no HEMOBA, com dificuldades inclusive para a marcação da primeira consulta e tempo de espera para o atendimento prolongado (FRANÇA, 2015), e tensionamento da rede de atenção municipal.

O município de Salvador, implementou o Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme - PAPDF, desde 2005, período que Araujo (2018) considera “janela de oportunidade” para a implantação da Política Nacional de Integral da Saúde da População Negra em Salvador. Nesse período há a articulação de diversos atores sociais, políticos partidários, movimento negro, blocos carnavalescos, movimentos sociais e associações em torno da eleição do prefeito João Henrique Carneiro Barradas do PMDB, a promoção de uma série de iniciativas e legislações no sentido de diminuir a desigualdade racial em saúde e a alta taxa de mortalidade entre a população negra e com DF. Desde então, a rede de atenção às pessoas com DF em Salvador tem se mantido estruturada, apesar das fragmentações e lacunas que aqui desenvolveremos.

O Nordeste é, historicamente, uma das regiões mais pobres do Brasil, e a Bahia está entre os estados nordestinos que apresenta um alto índice de pobreza. Dados de 2019, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, apresentam um quadro de indicadores sociais alarmante sobre as condições de vida da população baiana, com 40,4 % das pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza, isto é, com um rendimento mínimo abaixo de US\$ 5,5 per capita, ou seja, um rendimento médio domiciliar de 428 reais. A Bahia conta também com restrições no acesso à educação - 33%, à moradia - 11,0%, à proteção social - 3,9% e saneamento básico - 47, 3% (IBGE, 2019). Na capital vivem cerca de 21,3% de pessoas na extrema pobreza. Considerando que este cenário se agrava quando considerado o quesito cor/raça, uma vez que os negros brasileiros estão submetidos a simultâneas exclusões que se expressam em maiores índices de analfabetismo, pobreza, condições de moradia e desemprego (MUNANGA, 1996), por exemplo, a taxa de desocupação entre os baianos brancos é de 13,8% enquanto os baianos negros (pretos e pardos) sem ocupação chegam a 16, 7%. Esses dados se expressam na realidade material da população negra de Salvador em pobreza, discriminação e exclusão. Apesar de serem maioria da população do município, 36,5% se considerarmos as autodeclarações de cor preta e 82,1 % pretos e pardos, sofrem os efeitos do racismo estrutural que subordina os condicionantes sociais a que esta população está submetida, de modo que o processo saúde-doença, assim como o acesso à políticas públicas de saúde são também representação dessa realidade.

Considerando que “a Doença Falciforme possui alta variabilidade das manifestações clínicas que podem estar relacionadas às condições precárias de moradia, saneamento básico, alimentação e a baixa escolaridade que proporcionam agravamento na saúde e qualidade de vida dessas pessoas” (DIAS, 2013 apud. FRANÇA, 2015, p. 52) e os dados acima citados sobre as condições de vida dos cidadãos baianos e soteropolitanos, podemos concluir que a população com anemia falciforme em Salvador e na Bahia estão em condição de vulnerabilidade extrema frente às iniquidades em saúde. O SUS, propõe na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que a atenção à saúde seja transversal, equânime e descentralizado a fim de oferecer um serviço de qualidade, que impacte “em todas as áreas do processo de organização do processo de cuidado à saúde: da atenção básica à alta complexidade, da atenção neonatal, infantil, ao idoso, do homem e da mulher” (COSTA, 2010, p. 104).

A necessidade de organização das instituições do SUS em torno desses princípios é fundamental para a materialização do acesso à saúde, uma vez que as barreiras geográficas, que, segundo Oliveira (2004 apud. FRANÇA, 2015), são características dos serviços e instituições que tornam-se barreiras para o acesso: “tanto pela distância entre a residência e o serviço de saúde como pela existência ou não de transporte, bem como, a sua qualidade, a existência de ladeiras, escadas, alagamentos, dentre outros”, ou ainda fatores econômicos que incidem sobre a possibilidade de deslocamento, tendo em vista que Salvador é uma cidade de grandes proporções, com unidades e hospitais normalmente distantes entre si com um fluxo bastante intenso de atendimento e longos períodos de espera (FRANÇA, 2015) o que exige um dispêndio financeiro para alimentação e deslocamento.

No caso específico da anemia falciforme, França (2015) destaca o agravamento econômico do núcleo familiar da pessoa com DF, principalmente em famílias chefiadas por mulheres negras, sendo “causado pelas necessidades de uma pessoa ou de várias pessoas com DF em uma família se dá pela característica crônica da doença, com diversas manifestações clínicas graves e frequentes, aumentando os gastos familiares e demanda de tempo para o acompanhamento do doente” (FRANÇA, 2015, p.43-44), ocorrendo para o indivíduo com DF, entre outros fatores pela a impossibilidade de conciliar o trabalho, muitas vezes manual, com as crises e agravos de uma doença incapacitante como anemia falciforme. Segundo França (2015), as maiores dificuldades mencionadas pelos usuários no acesso ao hemocentro da Bahia, localizado em Brotas, um bairro central de Salvador, são a distância entre o serviço e a residência, a dificuldade de transporte, o número reduzido de fichas para a realização da consulta.

Os fatores que influenciaram negativamente para a variação do grau de acesso estavam relacionados com a distância maior que 100 km entre o serviço e a residência do indivíduo e o tempo de deslocamento, representando características geográficas do serviço. Além desses, o poder de pagamento dos indivíduos e o nível de competência da ocupação dos usuários ou dos seus responsáveis, que estão no grupo dos fatores capacitantes, também dificultaram o acesso. (FRANÇA, 2016, p. 68).

A fragmentação da RAS (LIRA, 2015), com a não concretização dos princípios básicos do SUS e de Programas e Políticas que promovam um acesso equânime aos serviços, inviabiliza para o usuário adentrar no SUS pela atenção básica, vendo-se impelido a buscar os serviços de saúde diretamente no hemocentro ou na atenção secundária, durante as crises álgicas ou agravamentos produzidos pela anemia falciforme. Segundo Figueiredo (2016, p. 29), no município de Salvador, “a Estratégia de Saúde da Família, estratégia organizadora da atenção primária, possui baixa cobertura, inferior a 20%, o que dificulta a inclusão das pessoas com DF na rede de atenção à saúde, comprometendo a integralidade do cuidado que lhes é devida”, incidindo inclusive no tempo de internamento e evoluções para óbitos. Essa fragmentação na RAS impacta ainda mais um grupo específico, as mulheres negras com anemia falciforme durante a gestação.

Os entraves enfrentados por este grupo são especialmente cruéis, pois abarcam uma série de opressões de raça, gênero e classe que vão desde a cobrança social para a maternidade, a imposição do cuidado para as mulheres negras, que são socialmente inseridas no processo de cuidadoras dos filhos ou do parceiro (CORDEIRO, 2013), sem contarem com o apoio necessário para o tratamento em contraponto, até a qualidade do tratamento a elas ofertado. Lira (2015) chama atenção para a interseccionalidade na vivência do SUS da mulher negra com anemia falciforme e gestante, pois, segundo ele, há inexistência de um fluxo de atenção à gestante com doença falciforme em Salvador, cujas consequências são expressas na falta de material informativo específico para mulheres negras com DF produzido pelo estado da Bahia ou município de Salvador, a não realização ou baixo número de consultas pré natal, um alto nível de mortalidade infantil e materna (LIRA, 2015).

A não realização do pré-natal, ou um baixo número de consultas, por si só, pode ser considerado um fator de risco para qualquer gestação, agravando-se o fato da mulher ter doença falciforme. Segundo recomendações do Ministério da Saúde, gestantes com DF devem passar por consultas pré-natais com intervalo de duas semanas até a 26ª semana, e após tal período, as consultas devem ser semanais (BRASIL, 2009). Também é importante que elas sejam atendidas por uma equipe multiprofissional capacitada com conhecimentos sobre a DF, a fim de garantir que todos os aspectos da gravidez sejam contemplados (BRASIL, 2009, apud. LIRA, 2015, ps. 32-33).

Outra barreira no acesso dessas mulheres à saúde de qualidade, integral e multidisciplinar, essencial para o acompanhamento da pessoa com anemia falciforme, é o diagnóstico tardio, uma vez que a inserção da eletroforese no Programa Nacional de Triagem Neonatal foi a partir de 2001, de modo que há uma parcela significativa de mulheres que não se sabem com anemia ou traço falciforme aumentando ainda mais a chances de agravos na gestação, como o “risco de abortamento, necrose da cabeça do fêmur e complicações no parto, principalmente por eclâmpsia. A doença em geral provoca uma gravidez de risco e com um índice mais alto de natimortos” (CORDEIRO; FERREIRA, 2009, p.354).

Outra lacuna identificada diz respeito à coleta de informações que possibilita uma visão mais aprofundada da RAS, da incidência da anemia falciforme em Salvador, do número e duração de internamentos e da taxa de mortalidade, impactando diretamente na formulação de políticas públicas e na realização de pesquisas. A organização dos serviços de saúde de Salvador-BA se dá em torno de doze distritos sanitários: Centro Histórico, Itapagipe, São Caetano/Valéria, Liberdade, Brotas, Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Itapuã, Cabula/Beiru, Pau da Lima, Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras (SALVADOR, 2009 apud. FIGUEIREDO, 2016).

Entendendo que os distritos sanitários compõem “uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la (ALMEIDA, 1998) e a segregação socioespacial por raça nos bairros soteropolitanos (CARVALHO; PEREIRA, 2009), a distribuição da porcentagem de casos de DF inseridos nesses distritos podem de algum modo refletir o perfil demográfico e as condições de vida desses usuários, possibilitando uma contextualização dos entraves identificados nas produções abordadas. Segundo Figueiredo (2016),

Quanto à distribuição dos casos de DF por distritos sanitários de ocorrência (Tabela 1)³⁷, dos doze distritos existentes em Salvador, nove tiveram registros de internação no SIH-SUS. Os que não apresentaram registros foram os distritos Boca do Rio, Itapuã e São Caetano/Valéria. Os distritos sanitários com o maior número de internação foram Itapagipe (345), Cajazeiras (191) e Barra/Rio Vermelho (164). Quando observado o percentual de internações, estes mesmos distritos também apresentaram os maiores valores. Do total de internações, 26% ocorreram em Itapagipe; 14,4% em Cajazeiras e 12,3% no distrito Barra/Rio Vermelho. Do total dos casos, 20% (268) não tinham registro do local onde ocorreram as internações. (FIGUEIREDO, 2016, p. 23).

É importante ressaltar que o distrito de Itapagipe é o que possui menos registro de casos da doença, de modo que o alto índice de internações pode ser atribuída à presença de instituições

³⁷ A tabela será acrescentada aos anexos.

hospitalares do SUS do município e de um hospital filantrópico que mais interna pessoas com a doença, caso também do distrito Barra/Rio vermelho com um hospital universitário que trata de lesões osteoarticulares com células-tronco autólogas, isto é, da própria pessoa. A maioria das lesões é provocada pela doença falciforme (FIGUEIREDO, 2016, p. 28). O segundo hospital que mais interna pessoas com a DF está no distrito sanitário de Cajazeiras, onde no processo de estágio pude presenciar e estudar no projeto de intervenção, a procura elevada de usuários com anemia falciforme, majoritariamente negros e de renda baixa, durante crises álgicas ou agravos da doença com longos períodos de internação e algumas evoluções para óbito.

Já os dados de óbito, foram obtidos nos doze distritos sanitários do município, mas os distritos “Cabula/Beiru e Subúrbio Ferroviário apresentaram os maiores valores, 20 (19,4%) e 15 (14,6%) óbitos, respectivamente. Para o coeficiente de mortalidade, os distritos sanitários que apresentaram os maiores valores foram Cabula/Beiru (5,2/100 mil habitantes) e Liberdade (5,0/100 mil habitantes), desse percentual o número de óbitos foi maior entre as pessoas da raça/cor negra (83 casos), o que representa 80,6% do total dos casos (FIGUEIREDO, 2016. p.53). A relação entre internamentos/mortalidade e condições de vida fica explícita ao considerar que os distritos com um número elevado de internamentos e mortalidade, são também os agregam bairros com as piores condições de vida: estão nos distritos Subúrbio Ferroviário (100%), São Caetano/Valéria (92%), Cabula/Beiru (67%) e Cajazeiras (60%) (FIGUEIREDO, 2016. p.54).

No entanto, segundo Figueiredo (2016, p. 28), estes dados ainda estão longe de mostrar a dimensão do número de casos, de internamentos e de óbitos por anemia falciforme em Salvador, já que “mais de 20% do total dos casos, não tinham o local de ocorrência informado”. Esta ausência de dados é expressa também no alto índice de não preenchimento do quesito cor nos prontuários de atendimento, internamento, na “fragilidade na coleta e formatação de dados e indicadores que produzam a diferenciação entre negros e brancos no acesso à saúde” (LIRA, 2015, p. 24), ou ainda no não preenchimento do CID 57, específico para anemia falciforme no diagnóstico principal, prevalecendo o CID de outra doença relacionada com a anemia falciforme, durante internamentos, consultas e até nos atestados de óbito (FIGUEIREDO, 2016) (LIRA, 2015) (FRANÇA, 2015). A subnotificação produzida por essas negligências, caracteriza-se como uma negligência institucional uma vez que,

Ressalta-se que o recorte racial/étnico nos estudos epidemiológicos é indispensável para identificar em quais grupos é maior a prevalência das doenças e agravos, conferir visibilidade às necessidades de saúde da população negra, possibilitar o planejamento de políticas públicas que levem em conta as necessidades específicas desta população e permitir maior mobilização junto aos grupos organizados. (FIGUEIREDO, 2016)

Esta lacuna na informação sobre a anemia falciforme e sobre a população negra se estende também para o âmbito acadêmico em duas vertentes, a baixa produção acadêmica sobre a anemia falciforme e a saúde da população negra em seus aspectos epidemiológicos e sociais (LIRA, 2015) (ARAÚJO, 2018). De acordo com Lira (2015), isto mostra a falha das instituições de ensino profissional ao não inserir no currículo obrigatório os aspectos especificidades da saúde da população negra, a formação generalista, centrada no modelo biomédico que daí decorre, produz, segundo Guedes (2016, p. 35), “a falta de informação e conhecimento sobre o manejo do agravo pelos profissionais dos serviços de saúde e ausência de uma assistência adequada nas suas unidades”.

É importante ressaltar que a formação deficitária desses profissionais, desagregada de politicidade em relação à saúde da população negra, suas especificidades e políticas relacionadas a ela, no contexto do SUS, principalmente na atenção básica, expressa-se em uma prática que exclui, estigmatiza, que não dialoga com outras perspectivas de saúde e cuidado tão comuns no contexto soteropolitano, mas as silencia.

3. 4. A ABORDAGEM DO RACISMO NO ÂMBITO DA SAÚDE

Como no tópico anterior, a identificação de manifestações do racismo nos serviços de saúde de Salvador no âmbito do SUS nas produções analisadas, apesar de apresentarem diferentes gradações deste fenômeno, mostraram-se análogas, considerando os entraves e lacunas nas políticas e serviços como um produto do racismo institucional, apenas a dissertação “*Empoderamento e participação social: a mediação de uma associação de usuários com Doenças Falciformes e familiares*” (Guedes, 2016) não trata diretamente sobre o racismo. Segundo Mota (et. al., 2012, p. 214), “a política de saúde esconde-se sob um discurso universalista, que resiste em eliminar as desigualdades acumuladas pelas populações reconhecidamente em desvantagem social”, sendo assim o posicionamento institucional ao omitir-se, mesmo diante do reconhecimento que as diferenças nas condições de vida, no processo de saúde-doença, e, portanto, nas condições de acesso a políticas públicas, é materialização do racismo.

As manifestações da iniquidade racial são explicitadas no material analisado, em primeiro lugar nas condições de vida da população negra em Salvador e na qualidade do cuidado ofertado, pois, ao analisarmos a disposição das unidades básicas de saúde que efetivamente atendem às necessidades das pessoas com anemia falciforme, dos hospitais de emergência, do hemocentro em relação aos bairros mais pobres de Salvador, percebe-se uma estratégia de desassistência, uma vez

que impossibilita que a parcela mais vulnerável da população acesse a esses serviços (FRANÇA, 2015). A materialização do deixar morrer, na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra se expressa na inoperância do Estado em fazer cumprir as normas e diretrizes dessas políticas nas instituições de saúde e na ausência da implantação dessas políticas no estado brasileiro, com maior incidência da anemia falciforme (BRASIL, 2014).

A lacuna deixada na assistência básica no atendimento da anemia falciforme, pelo despreparo dos profissionais, incompletude da rede de atendimento municipal/estadual e centralização dos serviços, traduz-se em iniquidades e mortalidade por causas evitáveis, pois, segundo Figueiredo (2016, p. 22), a anemia falciforme “trata-se de uma doença cujas complicações podem ser prevenidas desde que seja garantido o acesso a exames, consultas e demais ações de acompanhamento”.

Os altos índices de analfabetismo também são fatores determinantes para o acesso à saúde, uma vez que, segundo França (2015), quanto maior o nível educacional maior a possibilidade de acesso a consultas e informações sobre a enfermidade, em contrapartida, quanto menor o nível de escolaridade mais barreiras para o acesso à informação, agravada também pela falta de acessibilidade aos materiais e pelo uso excessivo de linguagem técnica por parte dos profissionais, explicitando também a hierarquização dentro do ambiente hospitalar. Assim a estrutura racista que determina os condicionantes sociais para a população negra brasileira que produz barreiras geográficas e sociais no acesso à saúde em Salvador- Bahia, também é expressa na articulação das políticas públicas,

Esta noção de Raça e Racismo na análise das desigualdades sobre a saúde de determinadas pessoas e grupos não elimina que outros aspectos também sejam considerados importantes na produção de diferenças, desigualdades e injustiças no campo da saúde. Os elementos de ordem socioeconômica, de gênero, de idade, os fatores ambientais, dentre outros, vão atuar de forma concomitante com a variável Raça, determinando a ampliação ou redução das desigualdades e oportunidades. (LIRA, 2015, p. 26-24)

Percebe-se então uma gradação ou uma linearidade nas manifestações do racismo no setor da saúde no município de Salvador, a partir da invisibilização da população negra e da anemia falciforme. Mesmo diante da implantação das políticas no âmbito municipal em 2005 (LIRA, 2015), a estrutura em torno do atendimento e da formação de profissionais de saúde sobre esta temática permanece praticamente inalterada. A invisibilização é possibilitada, por exemplo, pela publicação de uma política “sem portaria ou legislação regulatória” (LIRA, 2015), na ausência de dados sobre a enfermidade, perfil epidemiológico, mortalidade e internamento atualizados (FRANÇA, 2015) (FIGUEIREDO, 2016, p. 47), na “não inserção do tema nos currículos acadêmicos para qualificar os

profissionais que já estão atuando nos serviços de saúde, denota o racismo no âmbito acadêmico e a perpetuação da hierarquização racial na saúde”.

A invisibilidade do negro, na realidade, é uma construção do racismo de tornar invisível a presença do negro, de desconsiderar as estatísticas de desigualdades raciais na formulação de políticas públicas, em não incorporar cerca de 50% da população no projeto de desenvolvimento econômico. Ela é real nesses termos, não no sentido de que o próprio negro se conceba invisível, ele é tornado invisível por uma determinada construção histórica, por uma construção que nega a sua origem e contribuição, que nega as suas manifestações culturais, enquanto manifestações passíveis de serem consideradas de qualidade (LIRA, 2015, p. 27).

Quanto às manifestações mais visíveis do racismo na saúde, estão na associação da cor ao baixo poder aquisitivo (FRANÇA, 2015), pois, de acordo com Carneiro e Ferreira (2009, p. 356), “a classificação da cor da pele e características fenotípicas no Brasil acabou operando e estabelecendo uma escala de valores a putada na dinâmica dos relacionamentos sociais calcados em estereótipos e incluem tanto as pessoas consideradas negras como as consideradas mestiças”, a discriminação e preconceito “vinculado à crenças e práticas religiosas de matriz africana, tema que anteriormente permanecia oculto sob a camada de repressão cultural, em que pese a resistência historicamente desenvolvida por muitas lideranças negras vinculadas aos Terreiros de Candomblé” (ARAÚJO, 2018, p.34) que impede uma construção de saúde coletiva, já que os terreiros são espaços políticos e históricos de organização e cuidado para a população preta.

Muitas são as manifestações do racismo nas instituições e políticas de saúde às pessoas com DF em Salvador - BA, são entraves seculares que se perpetuam em uma dinâmica de desvantagens cumulativas para a população negra, no entanto existem e resistem possibilidades e organização de resistência para a superação dessas desigualdades em saúde, como veremos no tópico a seguir.

3.5. POSSIBILIDADE E ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO NEGRA INTEGRAIS, EQUÂNIMES E TRANSVERSAIS

Diante de tantos entraves e lacunas nas políticas e instituições de saúde, às vezes, é difícil enxergar caminhos e possibilidades de materializar efetivamente o SUS tal qual a Lei 8.080, isto é, universal, equânime e integral nos serviços e ações de saúde. Quando se trata das políticas voltadas a população negra, os desafios dobram, considerando a estrutura racista que nos cerca, por isso faz-se

necessário uma expertise para identificar as oportunidades e possibilidades de contornar o sistema de exclusão racial a fim de mitigar, mas sempre na esperança de superar, as iniquidades em saúde.

Nesse sentido, as dissertações analisadas abordam experiências de sucesso na efetivação de políticas e programas, em alguma medida, e sugerem estratégias e recursos a serem utilizados nessa empreitada, dois trabalhos se destacaram nesse aspecto: “*Empoderamento e participação social: a mediação de uma associação de usuários com doenças falciformes e familiares*” (GUEDES, 2016) e “*Fatores que interferem no acesso de pessoas com doença Falciforme ao Hemocentro Coordenador da Bahia.*” (FRANÇA, 2015). França (2015) descreve possibilidades de materialização da política de saúde da população negra a partir da experiência no Hemocentro de Salvador, enquanto Guedes (2016) discute as possibilidades de articulação entre a política de saúde e os usuários a partir da experiência de observação participativa na ABADFAL.

Segundo Faustino (2012),

A existência de políticas avançadas no papel é um grande passo, mas não é suficiente para garantir avanços sociais de fato, tanto em relação aos impactos das políticas como em relação ao direcionamento de recursos e esforços estatais. É importante socializar o debate sobre indicadores sociais (em especial em relação à equidade racial em saúde), para que os movimentos sociais possam intervir na pactuação, no monitoramento e avaliação das políticas e programas governamentais. (FAUSTINO, 2012, p.112)

A articulação entre movimentos sociais, associações, representantes da sociedade civil e da participação do próprio usuário do SUS rendeu conquistas significativas à população negra, os direitos civis, as políticas sociais e as ações afirmativas foram conquistados através de embates e lutas incansáveis que ainda perduram, como reforça Werneck e Lopes (2009, apud.FAUSTINO, 2012, p.106), “a luta pela melhoria nas condições de saúde da população negra remonta ao enfrentamento da desumanização e violência vivenciadas na forçada travessia transatlântica e na luta pela superação das condições degradantes do trabalho escravo”. Nesse sentido, Lira (2015), propõem que a transversalidade seja um elemento pautado desde a formulação da política, uma vez que é preciso considerar os indicadores sociais e de saúde para a criação de uma política de saúde que, de fato, contemple as reais necessidades dos usuários.

Analisando o contexto acima descrito temos um quadro profundamente preocupante para a maioria das pessoas com doenças falciformes e seus familiares, pois estas são duplamente afetadas: por ter uma doença crônica e, por em sua maioria ser negra, carregando assim o peso do racismo que permeia a sociedade brasileira. Esta combinação leva a baixa autoestima, a construção e percepção de uma imagem negativa de si mesmo, dentre outras situações de extrema desvalorização social. Partindo desta constatação, as ações voltadas para as pessoas com doenças falciformes e seus familiares não podem estar focadas apenas no âmbito da qualidade no atendimento nos serviços de saúde, faz-se necessário ir além, buscar uma atenção integral, atingindo aspectos além dos cuidados de saúde propriamente

ditos, mas também os de natureza socioeconômica, a fim de possibilitar um ambiente profícuo para o desenvolvimento biopsicossocial desta população. (LIRA, 2015, p. 32)

Isto posto, Lira (2015, p. 20) chama atenção para a necessidade de “modificar a lógica da assistência à saúde dessas pessoas, incluindo e fortalecendo o papel da Atenção Básica (AB) como organizadora da assistência”, estabelecendo parâmetros e ações diferenciadas de acordo com as necessidades de cada grupo, concretizando a equidade. França (2016, p. 13) complementa ao trazer a atenção básica como de “fundamental importância” para o acompanhamento das pessoas com DF, pois, segundo a autora, a importância da AB, “se dá não só pelo fato de que muitos pacientes encontram-se longe dos serviços especializados, mas também, por que o acompanhamento desses indivíduos se estenderá ao longo da vida”; por isso, para que a RAS funcione, faz-se necessário medidas efetivas de formação obrigatória e continuada dos profissionais da saúde em relação à saúde da população negra, políticas específicas e indicadores de saúde (LIRA, 2015) (FIGUEIREDO, 2016), a correta coleta, sistematização e divulgação de dados referentes a DF no DATASUS e demais sistemas (FRANÇA,2015), e a implantação de medidas e órgãos para a fiscalização da implantação de políticas e programas no âmbito estadual, municipal e institucional e a inclusão de movimentos sociais e associações nesse processo.

A ABADFAL, nesse contexto, foi pioneira na implantação e desenvolvimento das políticas públicas em Salvador, tendo um papel de protagonismo não só na militância pela implantação das políticas de saúde voltadas para a população negra com DF mas para fomentar nos usuários com DF e em seus familiares o empoderamento que advém do conhecimento sobre a sua saúde e seus direitos, de modo que na inserção no SUS este usuário poderá contribuir, discutindo sobre a temática com outros usuários e profissionais, exigindo do poder público a implantação de políticas e programas que atendam às suas necessidades, denunciando as desigualdades e discriminações promovidas no âmbito institucional, isto é, participando.

Assim, a utilização do empoderamento produzido pela organização dos usuários do SUS com DF em uma associação que busca não só trazer visibilidade para as necessidades dessa parcela populacional, mas despertar no próprio usuário a capacidade de se posicionar enquanto cidadão detentor de direitos frente à política de saúde, ao racismo institucional e iniquidades de saúde (GUEDES, 2015), é um exemplo de estratégias de para a superação do modelo de saúde clientelista, hierarquizado.

O empoderamento social pode ser utilizado para delinear estratégias, que tenham o propósito de superar a desigualdade de poder e obstáculos limitadores de uma vida saudável, predominante, na relação entre os profissionais de saúde e do usuário. Este primeiro, normalmente, tem a possibilidade de exercer o “poder sobre os outros, mas também com os

outros”. Quando a postura profissional mostra-se autoritária, pode haver uma reação do usuário, a ser conduzida pelo seu entendimento enquanto sujeito/cidadão com direitos e não apenas um cliente/consumidor (GUEDES, 2016, p. 55)

A materialização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme na atenção básica na cidade de Salvador - BA, apesar de implantada ainda não funciona em sua totalidade, devido a fragmentação da RAS, sucateamento do SUS e ao racismo que condiciona o acesso à saúde, as possibilidades e potencialidades existentes, mas só podem ser empregadas mediante o tensionamento das estruturas institucionais, políticas e sociais que invisibilizam e ignoram as mazelas advindas do racismo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou realizar um levantamento bibliográfico em dissertações de mestrado do ISC, nos últimos cinco anos, a fim de identificar os entraves e lacunas da formulação e implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme na cidade de Salvador – BA e os impactos do racismo estrutural. Os resultados da análise das produções bibliográficas demonstraram que o racismo como estrutura direciona o modo de nascer, viver e morrer dos indivíduos, manifestando-se em todas as esferas da sociedade, criando condições de aceitabilidade para a desigualdade, discriminação, exclusão e morte de uma parcela significativa da população.

A população negra brasileira está submetida a um ciclo de desigualdades e exclusões sistemáticas que a coloca em um lugar de subalternidade econômica, política, social, cultural, educacional, afetiva, criando condições para o adoecimento físico e mental dessas pessoas em todas as faixas etárias. Este é um sistema perverso, uma vez que promove as condições propícias para o adoecimento ao tempo em que nega o acesso ao tratamento, não por lei, mas pela naturalização da violência física e simbólica, pela invisibilização do sofrimento e pela omissão frente às necessidades mais prementes dessa parcela populacional. De modo que estas manifestações do racismo no âmbito do SUS, única possibilidade de acesso à saúde de grande parte da população brasileira, tendo em vista a extensa desigualdade social e econômica em nosso país, é um dos aspectos da necropolítica.

A ausência de protocolos e dados concretos que reflitam a realidade de casos, perfil epidemiológico, internamentos, morbidade e mortalidade da anemia falciforme considerando o quesito cor em Salvador; a não efetivação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na esfera estadual, a falta de materiais informativos produzidos pela SESAB ou pela Secretária Municipal de Saúde de Salvador; a centralização dos serviços e da rede, a formação deficitária dos profissionais de saúde em relação a questão étnico-racial e a política da população negra, a ausência de programa ou centro de referência para saúde reprodutiva da mulher com DF e a falta de fiscalização da efetividade das políticas e programas implementados são algumas das omissões e ausências que pesam sobre a anemia falciforme e que de modo algum estão descoladas da questão racial.

Percebeu-se, ao longo deste processo lacunas nas produções acadêmicas sobre um tema tão relevante para a população soteropolitana considerando o alto índice de incidência da anemia

falciforme no município, 1 a cada 530 dos nascidos vivos, essa ausência ecoa, grita que o racismo institucional permanece firme no ensino superior, principalmente nos cursos mais elitizados como medicina. Tal conclusão levanta uma questão muito relevante, será que estes profissionais formados generalistas, centrados no modelo biomédico, estarão aptos para lidar com os aspectos clínicos e sociais do adoecimento da população negra de Salvador? Conseguirão estabelecer diálogo e estratégias sobre autocuidado e prevenção possíveis para a população alvo do SUS?

Para que a rede da atenção básica seja funcional, cumpra o objetivo de sua formulação e ultrapasse as iniquidades em saúde é necessário que estas questões sejam pautadas. Para que o SUS forneça um serviço de qualidade, transversal, multidisciplinar e com a constância necessária para os usuários com anemia falciforme faz-se necessário o compromisso e a vontade do poder público, assim como uma gama de profissional que na sua atuação diária esteja comprometido ética e politicamente com a classe trabalhadora e suas necessidades de acordo com a intensidade necessária. Assim, esperamos que em breve este cenário seja alterado e que a população negra possa ultrapassar a luta pela manutenção da vida, para finalmente intensificarmos a luta pela igualdade, pela superação do racismo.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. *Estado de exceção*/ Giorgio Agamben; tradução de Iraci D. Poleti. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 2004

AKOTIRENE, Carla. *Interseccionalidade*/ Carla Akotirene: São Paulo/ Sueli Carneiro; 2019

ALMEIDA, S. L. *Racismo Estrutural*/ Silvio Luiz de Almeida. São Paulo: Sueli Carneiro; Polén, 2019.

ARAÚJO, M V R. *Formulação da Política de Saúde da População Negra em Salvador, 2005 - 2006: Um estudo de caso*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/27126/1/Diss%20MARCOS%20VIN%20c3%8dCIUS%20RIBEIRO%20DE%20ARA%20c3%9aJO.2011.pdf>>. Acesso em: 06 Dez. 2020.

BATISTA, L.; WERNECK, J.; LOPES, F. *Saúde da população negra*. Brasília - DF. ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. 2. ed. 2012.

_____. CRENSHAW, K. *Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero*. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 10, n. 1, p.171-188, 2002.

_____. FAUSTINO, D. M. F. *A equidade racial nas políticas de saúde*. Saúde da população negra. Brasília - DF. ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. 2. ed. 2012.

_____. FONSECA, A. B. C; SILVA, E.G. *A construção da raça nacional: estratégias eugênicas em torno do corpo da mulher*. A equidade racial nas políticas de saúde. Saúde da população negra. Brasília - DF. ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. 2. ed. 2012.

BORGES, J. *Encarceramento em massa*/ Juliana Borges. São Paulo: Sueli Carneiro; Polén, 2019

_____. Nascimento, B; GERBER, R. *Documentário Orí*. Brasil: 1989. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=16NQrmxnSs>>

_____. REIS, V. *Atucaiados pelo Estado: As Políticas de Segurança Pública Implementadas nos bairros populares de Salvador e as Representações dos Gestores sobre Jovens - Homens - Negros*, 1991 - 2001, FFCH/UFBA, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 822, DE 06 DE JUNHO DE 2001. *Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN*.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias*. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados. Departamento de Atenção Especializada. *Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme. Epidemiologia da Doença Falciforme no Brasil*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Atenção Especializada. Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme*. Brasília, 2007

_____. Ministério da Saúde. Manual de educação em saúde: Volume 2: *linha de cuidado em doença falciforme*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_eventos_agudos_doenca_falciforme.pdf> Acesso em: 8 dez. 2020

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados. Nota Técnica N.º 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS. Brasília, 2011

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. *Doença Falciforme: atenção e cuidado: a experiência brasileira: 2005-2010*, Brasília. 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Hospitalar e de Urgência. *Doença Falciforme: Condutas básicas para o tratamento*, Ministério da Saúde. 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Hospitalar e de Urgência. *Doença Falciforme: Hidroxiureia: uso e Acesso*. Brasília, Ministério da Saúde. 2014

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Hospitalar e de Urgência. *Doença Falciforme: Enfermagem nas urgências e emergência - A arte de cuidar*. Brasília, Ministério da Saúde. 2014

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Hospitalar e de Urgência. *Doença Falciforme: Atenção Integral à saúde das mulheres*. Brasília, Ministério da Saúde. 2015

_____. *Doença falciforme: conhecer para cuidar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/39506/mod_resource/content/4/Doenca%20Falciforme_SEM.pdf>. Acesso em: 08 Dez. 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Doença falciforme: conhecer para cuidar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/39506/mod_resource/content/4/Doenca%20Falciforme_SEM.pdf> Acesso em: 8 dez. 2020.

CANÇADO, R. D.; JESUS, J. A.. *A doença falciforme no Brasil*. Rev. Brasil. Hematol. Hemoter. São José do Rio Preto , v. 29, n. 3, p. 204-206, Setembro. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842007000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Dez. 2020.

CARNEIRO, S. *A batalha de Durban*. Rev. Estudo Fem., Florianópolis , v. 10, n. 1, p. 209-214, Janeiro. 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Dez. 2020.

_____. CARNEIRO, S. *A construção do outro como não-ser como fundamento do ser*. 2005. Tese (Doutorado em Educação) – Curso de Educação – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/a-construc3a7c3a3o-do-outro-como-nc3a3o-ser-como-fundamento-do-ser-sueli-carneiro-tese1.pdf>> Acesso em: 06 Dez 2020.

_____. CARNEIRO, A. S. *Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil*. Sueli Carneiro/ São Paulo: Selo Negro, 2011.

CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva; CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva. *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. [S.l: s.n.], 2003.

CAVALCANTI, J. M.; MAIO, M. C.. *Entre negros e miscigenados: a anemia e o traço falciforme no Brasil nas décadas de 1930 e 1940*. *Hist. cienc. saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 377-406, Junho 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Dez. 2020.

_____. WAILOO, Keith. *Dying in the city of the blues: sickle cell anemia and the politics of race and health*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press. 2001.

CORDEIRO, Rosa Cândida; FERREIRA, Silvia Lúcia. *Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme*. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 352-358, Jun 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Dez. 2020.

CUNHA, E.M.G.P. *Evidências de desigualdades raciais na mortalidade infantil*. *BIS Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, n. 31, p. 12-14, 2003. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/d5t55/pdf/goldenberg-9788575412510-16.pdf>>. Acesso em: 06 Dez 2020.

EVARISTO, Conceição. *Poemas da recordação e outros movimentos*. Belo Horizonte: Nandyala, 2008.

FANON, F. *Os condenados da terra*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. S.A. 1968

_____. SARTRE, J. P. *Os condenados da terra*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. S.A. 1968.

FERNANDES, F. *A integração do negro na sociedade de classes*. São Paulo: Editora Nacional. 1965.

FIGUEIRO, A. V. M.; RIBEIRO, R. L. R. *Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme*. *Saude soc.* [online]. 2017, vol.26, n.1, pp.88-99. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0104-12902017160873>>. Acesso em: 06 Dez. 2020.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no collège de France (1975-1976)*/ Michel Foucault; tradução Maria Ermantina Galvão. - 2ª ed. São Paulo: editora W M F: Martins Fontes, 2010.

FRANÇA. S. A. B. A. *Fatores que interferem no acesso de pessoas com doença falciforme ao Hemocentro Coordenador da Bahia*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2015. Disponível em:

<<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18325/1/Disserta%20a7%20a3o%20MP%20SIMPLIFICIA%20FRAN%2087A.%202015.pdf>>. Acesso em: 06 Dez 2020.

FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DA BAHIA. *Hemoba: o que você precisa saber*. Disponível em <<http://www5.saude.ba.gov.br/hemoba/>> . Acesso em: 09 dez. 2020.

GROSGOUEL, R. *Racismo/ Sexismo epistémico, universidades ocidentalizadas Y los cuatro genocidios/ epistemicidos del largo siglo xvi*. Tabula Rasa, Bogotá, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, n. 19, p. 32-58, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-24892013000200002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 Dez. 2020.

GUEDES C A S. *Empoderamento e participação social: a mediação de uma associação de usuários com Doenças Falciformes e familiares*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016 Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21651/1/Disserta%20a7%20a3o%20Cintia%20Guedes.%202016.pdf>>. Acesso em: 06 Dez 2020.

HENRIQUES, R. *Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90*. Brasília (DF): IPEA; 2001. p. 52. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0807.pdf> Acesso em: 06 Dez 2020.

IAMAMOTO, M. V. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 5 Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *Relações sociais e serviço social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica/ Marilda Villela Iamamoto, Raúl de Carvalho*. - 36. ed.- São Paulo: Cortez, 2012.

_____. LEFEBVRE, sociologia de Marx. são paulo:Forense, 1968

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: Perfil das despesas no Brasil Indicadores selecionados*. Brasil: IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020. 115p . Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101761.pdf>> Acesso em: 10 dez. 2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *PNAD contínua de 2019*. Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, v. 29, 201. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/pesquisa/45/88270>> Acesso em: 06 dez. 2020

JINKINGS, I; DORIA. K; CLETO, M. *Porque gritamos golpe?* Boitempo. São Paulo. 2016. Disponível em: <<https://www.sintesc.org.br/files/1081/Texto%201%20Porque%20Gritamos%20Golpe.pdf>> Acesso em: 07 dez 2020.

KALCKMANN, Suzana et al . *Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?*. Saúde soc., São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, Agosto. 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso on 06 Dez. 2020.

LAGUARDIA, Josué. *No fio da navalha: anemia falciforme, raça e as implicações no cuidado à saúde*. Rev. Estudos. Femi. Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 243-262, Apr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2006000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Dez. 2020.

LIRA, A. *Análise da assistência ofertada às gestantes com Doença Falciforme, em Salvador/BA: o racismo nas tramas e enredos das Redes do SUS*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18322/1/DISS%20MP.%20Altair%20Lira.%202015.pdf>>. Acesso em 06 Dez. 2020.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. São Paulo: N-1, 2018.

MIGNOLO, W. D.. *Colonialidade: O lado mais escuro da modernidade*. Revista brasileira Ciência. Soc., São Paulo, v. 32, n. 94, e329402, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092017000200507&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Dez. 2020.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOREIRA, A. *Racismo recreativo*/ Adilson Moreira. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen. 2019.

MUNANGA, K. *Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia*. Palestra proferida no 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação-PENESB-RJ, em 5 nov. 2003.

MUNANGA, Kabengele (org.), *Estratégias e políticas de combate à discriminação racial*, São Paulo: Ed. USP: Estação ciência. 1996.

_____. BLAJBERG, S. *As Idiossincrasias raciais brasileiras na formulação das políticas públicas em vista da eliminação do Apartheid formal na África do Sul*. Estratégias e políticas de combate à discriminação racial, São Paulo: Ed. USP: Estação ciência. 1996.

_____. PEREIRA, J. B. B. *Racismo à brasileira*. Estratégias e políticas de combate à discriminação racial, São Paulo: Ed. USP: Estação ciência. 1996.

_____. TEODORO, M. L. *Elementos básicos das políticas de combate ao racismo brasileiro*. Estratégias e políticas de combate à discriminação racial, São Paulo: Ed. USP: Estação ciência. 1996.

_____. SANTOS, H. *Uma visão sistêmica das estratégias aplicadas contra a discriminação racial*. Elementos básicos das políticas de combate ao racismo brasileiro. Estratégias e políticas de combate à discriminação racial, São Paulo: Ed. USP: Estação ciência. 1996.

NAOUM P. C. *Interferentes eritrocitários e ambientais na anemia falciforme*. Rev. Brasil. 2000.

_____. NAOUM P.C.; NAOUM, F.A. *Doença das células falciformes*. São Paulo: Savier, 2004.

NASCIMENTO, A. *O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado*. São Paulo: Perspectivas. 2016. 92 p.

_____. RODRIGUES, N. Abdias, *o negro Autêntico*. In: Nascimento Abdias do (org.). Teatro experimental do Negro: Testemunhos. Rio de Janeiro: G R D, 1966.

PENA, Sérgio D. J.. *Razões para banir o conceito de raça da medicina brasileira*. Hist. cienc. saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 321-346, Agosto. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200006&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 06 Dez. 2020.

PINHEIRO, C. C.. *No governo dos mundos: escravidão, contextos coloniais e administração de populações*. Estud. afro-asiát., Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 425-457, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-546X2002000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Dez. 2020.

_____. CURTIN, P. D. *The Atlantic Slave Trade: A Census*. Madison, University of Wisconsin Press. (1969).

QUIJANO, A. *Colonialidade e Modernidade/Racionalidade*. Perú Indígena (Lima) Vol. 13, Nº 29. 1992. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/ea/v19n55/01.pdf>> Acesso em 09 de dez. 2020.

SALVADOR. *Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme de Salvador*. Salvador, 2005. SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde – 2006 a 2009. Salvador, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/programa-de-atencao-as-pessoas-com-falciforme-da-prefeitura-visa-garantir-assistencia-integral/>>. Acesso em 07 Dez. 2020.

SANTOS, B. S.MENESES, M.P *Epistemologias do Sul/ org. Boaventura de Sousa Santos, Maria Paula Meneses – SANTOS, Boaventura de Sousa, 1940*. Disponível em: <http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/EspacoAcademico_Abril2011.pdf>. Acesso em: 06 Dez. 2020.

SOUZA FILHO, B. *Entre dois mundos: escravidão e a diáspora africana*. EDUFBA. São Luís. 2013. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:p9EEHVGj6_4J:https://sigaa.ufma.br/sigaa/verProducao%3FidProducao%3D239728%26key%3D30bce79a87fbbe620ffe6fd3cf404449+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 07 dez 2020.

_____. PEREIRA, J. *Entre dois mundos: escravidão e a diáspora africana*. EDUFBA. São Luís. 2013

WERNECK, Jurema. *Racismo institucional e saúde da população negra*. *Saúde soc.* [online]. 2016, vol.25, n.3, pp.535-549. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>>. Acesso em: 08 dez 2020.

_____. AYRES, J. C. R. M. et al. *O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios*. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

APÊNDICE A: Tabela de sistematização utilizada

AUTOR/ORIENTADOR	TÍTULO
------------------	--------

Lacunas e entraves para a PNAIPDF e PNSIPN	Como o racismo no âmbito da saúde é abordado pelos autores	Possibilidades e estratégias para o desenvolvimento da PNSIPN

ANEXO A – TABELA SOBRE MORTALIDADE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

Tabela 1. Número, percentual de óbitos, coeficiente de mortalidade* e APVP** por doença falciforme*** segundo distrito sanitário de residência. Salvador - Bahia, 2009 -a 2014.

Distrito Sanitário	N = 103	%	Coeficiente	APVP Salvador = 3836
Centro Histórico	1	1,0	1,4	52
Itapagipe	8	7,8	4,9	286
São Caetano/Valéria	8	7,8	3,1	396
Liberdade	9	8,7	5,0	283
Brotas	5	4,9	2,5	260
Barra/Rio Vermelho	8	7,8	2,4	155
Boca do Rio	3	2,9	2,4	95
Itapuã	2	1,9	0,8	165
Cabula/Beiru	20	19,4	5,2	699
Pau da Lima	9	8,7	4,1	315
Subúrbio Ferroviário	15	14,6	4,7	574
Cajazeiras	6	5,8	3,8	277
Ignorados	9	8,7	-	279

Fonte: Datasus/Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS) e IBGE (Censo 2010).

*Por 100.000 habitantes

** APVP: Anos Potenciais de Vida Perdidos

***Na CID 10a.Revisão está como Transtornos Falciformes: Código D57.