



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Sophia Rosa Benedito

**Sankofando os vestígios do Movimento Negro na RSB:
um olhar amefricano em busca do que ficou esquecido**

Rio de Janeiro

2023

Sophia Rosa Benedito

**Sankofiano os vestígios do Movimento Negro na RSB:
um olhar amefricano em busca do que ficou esquecido**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. André Luis de Oliveira Mendonça

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

B461 Benedito, Sophia Rosa.
Sankofiano os vestígios do Movimento Negro na RSB: um olhar
amefricano em busca do que ficou esquecido / Sophia Rosa Benedito.
– 2023.
123 f.

Orientador: Prof. Dr. André Luis de Oliveira Mendonça

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do
Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1 Reforma dos Serviços de Saúde – Tendências. 2. Racismo.
3. População negra. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Política de Saúde.
6. Amefricanidade. 7. Sankofa. I. Mendonça, André Luis de Oliveira.
II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina
Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 614

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Sophia Rosa Benedito

**Sankofando os vestígios do Movimento Negro na RSB:
um olhar amefricano em busca do que ficou esquecido**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em: 12 de dezembro de 2023.

Orientador: Prof. Dr. André Luis de Oliveira Mendonça
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista
Instituto Fernandes Figueira

Prof.^a Dra. Maria Inês da Silva Barbosa
Universidade Federal do Mato Grosso

Rio de Janeiro

2023

À minha família e à todas aquelas pessoas negras que estudam,
ensinam, militam, trabalham, gestam e gerem pelo SUS.

AGRADECIMENTOS

É tempo de agradecer! Modupé!

Um sonho, uma pandemia, desencontros... mas são os encontros que ficam e a eles, que venho agradecer. Cursar um mestrado era um desejo muito grande da jovem Sophia. Uma estudante-militante que via na possibilidade de estar na academia para ser uma intelectual orgânica. E que sempre, sempre soube que estar nesse espaço seria necessariamente por fruto de um processo coletivo ou não seria.

Agradeço a representação divina, que em mim se faz Orí e aqueles que me guiam, Epá Babá! Arroboboi!

Minha gratidão à minha grande família Rosa Benedito da Silva, em especial à minha mãe, Lavínia Rosa Benedito, vovó Elza Rosa Benedito, rimã Tayla da Silva Cândido, Tia Consuelo Rosa Benedito, Tia Aline Rosa Benedito Lucas, Camila Rosa Lucas, Samara Cristina, Thauane Rosa e todas as mulheres negras que me são inspiração diária e cotidiana.

Agradeço também pelo amor cuidadoso e encorajador de meu irmão Samuel Rosa Benedito, meu irmão Rafael Malaquias Coutinho, vovô Magnon Benedito, Tio Dirceu Rosa Benedito, Tio Izaias Lucas da Silva, Pedro Henrique Rosa Lucas, Diego Rosa Benedito, Pietro Rosa Benedito Marcelino, que mesmo com a saudade presente e latejante, seguem acreditando nas minhas escolhas e me incentivando a continuar sonhando. Minha família no Rio de Janeiro, que me permitiu casa, samba, cuidado e presença: André Luis Mathias Roza e Anderson Mathias Roza Inocêncio, gratidão!

Minha família do Ilê Axé Omin Agbara Oluayê, pela acolhida e cuidado espiritual partilhado em nossa egbe!

Minha imensa gratidão ao quilombo amefricano, que fez esse sonho da jovem Sophia se concretizar, à contramão do Capetalismo Lattesfunditário¹ e de todo esse jeito de fazer ciência “moderna”, foram afeto, memória, acolhida, incentivo, implicação, reflexão, construção, comprovando “cientificamente” e “afetivamente” que esse é o melhor jeito de produzir conhecimento (Amefricano): Elaine Maia, Nilceia Nascimento Figueiredo, Gabriella Vicente,

¹ Trocadilho provocado pela intenção de fazer uma crítica à lógica predominantemente produtivista e extrativista de se conceber a realização de pesquisa no Brasil, influenciada pelo modo capitalista e reproduzida nas estruturas institucionais de pesquisa como a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação) e da Plataforma Lattes, referência no registro da vida pregressa e atual de estudantes e pesquisadores do país.

Camille Correia Santos, Joyce das Flores, Thamires Medeiros, Bianca Moraes Assucena, Francly Webster Pereira, Nayara Rudeck, Catalina Kiss, Maria Filomena Xavier, João Pedro Santos da Silva, Bibiana Nunes, Márcia Lopes, Cassiana Rodrigues, Luanda Café e André Luiz da Silva.

Ao meu (des)orientador, André Luis Oliveira Mendonça, uma Carta ao Mestre: Não é à toa, que notícias sobre “um professor afetuoso do IMS” chegam por vezes, primeiro que você próprio na vida das pessoas. Você é raridade que precisa sem mais “prevalente” na academia. Minha gratidão por você começa por sua essência de ser mestre que provoca a liberdade, a transgressão, que, com sutileza, abre espaço para mudanças tão radicais. E ela segue, por ter colocado sua trajetória à disposição e disponibilidade para que outras pessoas tenham a oportunidade de experienciar a academia de uma outra forma. Sua sensibilidade, perspicácia, foram essenciais para que pudesse querer seguir esses e outros passos na estratégica e revolucionária missão de ser aprendiz-ensinador. Você é uma grande referência de como ser mestre e doutor à serviço da vida. Muito obrigada!

Minha enorme gratidão à inspirações como Roberta Gondim, Fernanda Lopes, Jurema Werneck, Rita Lima Duarte, Isabel Cruz, José Adão, Walmir Garcia, Edson Bonfim, Camila Valadão, Rita Borret, que me provocam a querer seguir sendo-pensando-fazendo por uma sociedade que aprenda com nossa ancestralidade.

Meu profundo agradecimento às minhas joias raras, minhas amigas que me foram apoio e incentivo nesse período, das crises, das ausências e das presenças: Rhanna Henrique, Alexandra Gomes, Ana Clara Belo, Fernanda Faria, Damaris Cavazza, Sofia Collet, Nayara Rudeck, Sabrina Moraes, Bárbara Boscher, Viviane Liria, Marina Ribeiro, Adriele Campos, Viviane Vaz, Telmi Adame, João Paulo Valdo, José Anézio do Valle, Lidiane Reis, Tuanne Almeida, Carol Targino, Daiane Rosário, Thalita Magdalena, Denis Saffer, Felipe Fernandes, Karol Demartini, Mariane Araújo, Maíra Andrade Scavazza, Ingrid Maia e Gabrielle Regine.

À minha parceira de amor, afeto, cuidado e denço, Stefani Santana, agradeço todos os chamegos, manejos de crise e as risadas que só você conseguia provocar nessa reta final!

Aos companheiros de SUS, de trabalho, de construção, obrigada pela parceira e afeto: Todos os colegas da Saúde Niterói, FeSaúde e DTEC, em especial, Renata Porto, Alexandra Gomes, Ana Paula Gregório, Aline Bressan, Karina Bermudez, Mário Jorge, Rayssa Galdino, Cássio Pasin, Débora Felix, Ana Luiza Perez e Gilson Andrade (meu eterno preceptor).

Agradeço à Elisa Mendonça, por todo o incentivo e parceria no período inicial, que foi fundamental para chegar nesse momento.

À Mariana Suzano e Marina Borges que no curso deste processo, foram apoio e afeto.
Minha enorme gratidão à Tatiana Vargas, Maria Inês Barbosa, Ronaldo Teodoro e André Luiz, que além de banca avaliadora, foram incentivo pelo modo de conduzir, de acolher, de provocar, de interceder, de estimular.

Meu muito obrigada à Sociedade Brasileira, pelo financiamento da educação pública, e ao Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro da UERJ, dentre técnicos, docentes, estudantes por toda contribuição para que esse processo pude ser concluído!

(...) Para as pessoas negras, nossa tarefa é nos curarmos. E como sobrevivemos e nos curamos? Nos abraçando, cuidando bem de nós, tomando a palavra, reconstruindo livros, documentando nossa história, falando, fazendo filmes, etc. Construindo recuperando o que foi perdido, reavendo o que foi tomado ou recompondo a história, que é uma história fragmentada.

Grada Kilomba

RESUMO

BENEDITO, Sophia Rosa. **Sankofando os vestígios do Movimento Negro na RSB: um olhar amefricano em busca do que ficou esquecido**. 2023. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Partindo da concepção filosófica contida no adinkra Sankofa sobre “não ser tabu voltar atrás e buscar o que esqueceu”, que esta dissertação se insere na construção de outros olhares para processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Parte de um resgate das contribuições da militância negra e/ou sobre o tema de enfrentamento ao racismo que foram denegadas da história “oficial” e da formulação do projeto do Sistema Único de Saúde (SUS). Tomando o Sankofiar como modo de pesquisa inspirado no referencial teórico afrocentrado e na História Social e assumindo como chave analítica a categoria da Amefricanidade, a pesquisa foi realizada a partir do diálogo com a bibliografia, pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas com seis pessoas negras que estiveram ativas politicamente no período da RSB convencionado entre 1970 e 1990. Os aspectos éticos foram resguardados e aprovados conforme previsto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob CAAE nº 65271622.5.0000.5260. Dentre os principais aprendizados da pesquisa, pode-se citar a visibilização de vestígios da participação negra nos documentos oficiais da saúde, trazer à tona algumas das demandas sistematizadas do movimento social negro e abrir espaço para vozes negras contarem a história de construção das bases do SUS sob óticas fora do convencional, envolvendo as diferentes concepções de saúde e cuidado, o protagonismo do movimento de mulheres negras, as discussões gerais sobre a estruturação de um Sistema de Saúde e a gestão da força de trabalho em seu interior, bem como a concepção de democracia que trazem do passado, reflexões fundamentais para produzir um giro nas bases de análise e formulação visando um SUS pluriversal, equânime, integral e intercultural, um SUS amefricano.

Palavras-chave: Reforma Sanitária Brasileira. Movimento Negro. Raça e Saúde. Amefricanidade.

ABSTRACT

BENEDITO, Sophia Rosa. **Sankofing the traces of the black movement's contribution from Brazilian Health Reform: an amefrican look in search of what has been forgotten**. 2023. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Based on the philosophical concept contained in the adinkra Sankofa that "it is not taboo to go back and look for what you have forgotten", this dissertation is part of the construction of other perspectives on the process of the Brazilian Health Reform (RSB), based on a recovery of the contributions of black militancy and/or on the theme of confronting racism that were denied in "official" history and in the formulation of the Unified Health System (SUS) project. Taking Sankofiar as the mode of research inspired by the Afrocentric theoretical framework and Social History, and assuming the category of Amefricanity as the analytical key, the research was carried out based on dialogue with bibliography, documentary research and semi-structured interviews with six black people who were politically active in the period of the RSB between 1970 and 1990. The ethical aspects were safeguarded and approved as stipulated by the Research Ethics Committee of the Institute of Social Medicine of the State University of Rio de Janeiro (UERJ), under CAAE N° 65271622.5.0000.5260. Among the main lessons learned from the research, we can mention the visibility of traces of black participation in official health documents, bringing to light some of the systematized demands of the black social movement and opening up space for black voices to tell the story of building the foundations of the SUS from unconventional perspectives, involving different conceptions of health and care, the leading role played by the black women's movement, general discussions on the structuring of a Health System and the management of the workforce within it, as well as the concept of democracy that they bring from the past - all fundamental reflections to produce a shift in the bases of analysis and formulation towards a multi-versal, equitable, integral and intercultural SUS, an amefrican SUS.

Keywords: Brazilian Health Reform. Black Movement. Race and Health. Amefricanity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Exemplos de adinkras.....	22
Figura 2 –	José Adão, um dos cofundadores do MNU e Sophia Rosa, a pesquisadora.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANC	Assembleia Nacional Constituinte
DNA	Ácido desoxirribonucléico
FNB	Frente Negra Brasileira
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans/Travestis, <i>Queer</i> , Intersexo, Assexual, Panssexual, Não-binárias +
MNU	Movimento Negro Unificado
MUCDR	Movimento Unificado Contra a Discriminação Racial
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
TEN	Teatro Experimental do Negro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	15
1	SANKOFA: UMA NECESSIDADE E UM SENTIDO PARA RESGATAR HISTÓRIAS DENEGADAS DA RSB	21
1.1	Por uma história pluriversalista e afrocentrada.....	21
1.2	Uma história feita e escrita por mãos negras.....	30
1.3	Há história que a história não conta.....	35
2	SANKOFIANDO A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	41
2.1	São necessários outros olhares para a RSB.....	41
2.2	A história “oficial” da Reforma Sanitária Brasileira e o “fantasma da raça ausente”	43
2.3	Militâncias negras, institucionalidade e o universalismo europeu nas políticas públicas.....	50
2.4	A saúde na agenda do movimento social negro e a Assembleia Nacional Constituinte.....	58
3	MOVIMENTOS NEGROS CONSTRUTORES DO SUS: VESTÍGIOS E VOZES NEGRAS NARRANDO OUTRAS HISTÓRIAS.....	62
3.1	Movimentos negros e a Reforma Sanitária Brasileira.....	62
3.2	Movimento Negro Unificado (MNU) pelo do encontro com um Griô.....	63
3.3	A participação de militantes negros na saúde pelo encontro com quatro ialodês	69
3.3.1	<u>De iabás à ialodês do SUS: movimento de mulheres negras pautando a política de saúde</u>	73
3.3.2	<u>Leituras afro-brasileiras: territórios, religiosidades e saúdes.....</u>	80
3.4	Sankofa também é sobre o tempo presente: eu, semente negra, no curso do SUS	85
3.4.1	<u>Reencontro com a ancestralidade e com outras experiências de saúdes e territórios.....</u>	85
3.4.2	<u>O chão que eu piso é terreno pra construção.....</u>	87
3.4.3	<u>Eu-semente no SUS.....</u>	90
	CONSIDERAÇÕES PARA REFUNDAR UM SUS AMEFRICANO.....	93
	REFERÊNCIAS	98

APÊNDICE A – MILITANTES NEGROS CITADOS NAS ENTREVISTAS E SUAS TRAJETÓRIAS.....	106
APÊNDICE B – ROTEIROS PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	111
ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética.....	113

INTRODUÇÃO: PORQUE SANKOFIAR A MEMÓRIA DA REFORMA SANITÁRIA?

Sankofa: “não é tabu voltar atrás e buscar o que esqueceu” (provérbio africano dos povos Akan).

É tomando a *práxis Sankofa* como caminho e motivo de existência, que esta dissertação se insere como uma iniciativa para provocar o resgate de histórias, memórias e formulações sobre saúde realizadas pela militância negra no período de construção da Reforma Sanitária Brasileira. O lugar de mulher negra, cisgênero, lésbica, e de filha dos que vivem do próprio trabalho – mas também, de uma incessante caçadora de sentidos, nutricionistas e gestora do SUS, fez o tema da Reforma Sanitária atravessar minha história e o desejo de contribuir a partir dela.

Sobrevivente à peneira excludente do vestibular, em 2011 fui a segunda pessoa da minha família a ingressar e a primeira a me formar em uma Universidade Pública. Universidade esta que, logo no início da graduação em nutrição, revelou-se essencialmente contraditória: se por um lado, mostrava-se a mim como um território potente, diverso, libertador, pulsante e formulador de pensamento crítico; por outro, era hegemonizada por uma raça/cor, classe, local de origem e por uma produção de conhecimento que tolhia, apagava e/ou marginalizava a *episteme* da diversidade timidamente existente em seu interior. Apresentou-se como um lugar onde eu podia ver, mas não me reconhecer.

Não obstante, vivenciando enquanto “filha do REUNI²” a contradição de políticas educacionais que ampliavam acesso, sem, contudo, garantir financiamento adequado para a permanência e para a realização do tripé da formação universitária (ensino-pesquisa-extensão), vi minha experiência na universidade como o veneno e o antídoto. Assistir as aulas de graduação no gramado da universidade por falta de sala e passar por várias experiências de precarização da instituição foram marcos necessários para me colocar em movimento.

² Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni): instituído pelo Decreto nº 6.099 de 24 de abril de 2007, teve como objetivo criar condições para a ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas universidades federais (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, a vivência universitária e a militância política no movimento estudantil geral e de área e em outros movimentos sociais como de saúde, feminista, negro, antimanicomial, de direitos humanos, LGBTQIAPN+, de segurança alimentar e nutricional me fizeram transitar e assumir um lugar de disputa da função social da universidade e da produção do conhecimento. Dessa forma, passei os anos na universidade buscando afirmar e construir uma instituição sem muros, que pudesse formular e servir aos interesses da classe trabalhadora, maioria de nossa sociedade.

Foi na construção de contrapontos solitários e contra-hegemônicos a uma Ciência da Nutrição majoritariamente elitista, branca, de direcionamento privado, biomédica, eurocentrada e normatizadora, que encontrei, a partir dos espaços de militância, apoio e fôlego nas discussões do Campo da Saúde Coletiva. No percurso de minha formação, dediquei-me a refletir e agir por uma Nutrição voltada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às necessidades sociais, buscando atuar na reparação de desigualdades sociais, ainda que as mesmas, aquela época para mim, se apresentassem de forma bastante genérica.

Neste período, tive a oportunidade de elaborar meu trabalho de conclusão de curso, colocando em análise a função social da formação de nutricionistas no Espírito Santo, assumindo a Saúde Coletiva como marco paradigmático, apoiador e provocador de mudanças. A construção do trabalho intitulado “Nutrição, pra que(m) serve teu conhecimento? Uma análise sobre a formação em saúde coletiva de nutricionistas no Espírito Santo” me provocou a resgatar o ideal-processo-projeto da Reforma Sanitária Brasileira como um marco inconcluso para a mudança na formação de profissionais de saúde, possibilitando-me trazer para o campo da teoria, reflexões que os anos na militância e prática política me levantaram como questões. Afinal, seria suficiente a incorporação da formação em Saúde Coletiva uma via para construir o SUS pensado no período da Reforma Sanitária?

Buscando dar sentido prático a estas reflexões e experimentar uma oportunidade de construir o SUS que eu acreditava, em 2018, num fluxo da periferia para um grande centro urbano, mudei-me da cidade de Serra, na região metropolitana do Espírito Santo rumo à capital do Rio de Janeiro, para iniciar minha formação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). A ocupação dessa instituição histórica representou para mim, literalmente, um ato de me apoderar de um espaço e de uma certa produção de conhecimento historicamente negado às pessoas pretas como eu. Estar na Fiocruz, referência para a saúde pública brasileira e latino-americana,

representou a oportunidade de conhecer e aprender novos horizontes para a atuação do SUS, mas, também, de provocar fissuras na lógica elitista que é concebida a educação superior a nível de pós-graduação no Brasil, uma vez que pude, inclusive, ser exemplo, referência e inspiração para outras e outros que vieram depois, assim como aquelas e aqueles que vieram antes de mim. Além disso, sob o aspecto regional, vale ressaltar que a experiência de estar na capital fluminense, grande vitrine para a formulação (e desmonte) de políticas sociais, trouxe também à esta minha ocupação o enfrentamento de contextos desafiantes, que evidenciaram a necessidade de uma atuação crítica e criativa da saúde e da nutrição.

Nessa vivência enquanto trabalhadora-estudante do e no SUS, pude sentir, *ipsis litteris*, em meu corpo, as implicações da composição da precarização crônica e agudizada do SUS. Rebatimentos das lógicas e disputas privatizantes, gerencialistas e mercadológicas na saúde pública e, sobretudo, da violência de Estado operada não só pela ausência de direitos sociais, mas também pela face genocida nas favelas e periferias. Trabalhei e me formei especialista pela residência multiprofissional em saúde da família no Jacarezinho, favela da Zona Norte do Rio de Janeiro. E tive nesta experiência a colheita do que esperava e do que não esperava sobre esta atuação implicada da Nutrição no SUS. Reconheci-me profissional de saúde preta. Pude ter referências de profissionais de saúde pretos. Conheci-me inspiração para outras pessoas negras, profissionais de saúde e, principalmente, usuárias, que viam na minha prática profissional uma oportunidade de acesso à saúde, aproximada pela representatividade. Afinal de contas, eu compartilhava com aquelas e aqueles usuários a experiência de ser um corpo ao qual o cuidado por vezes era negado, de forma objetiva, mas também subjetiva. No Jacarezinho, desconstruí estigmas com o território favelado e quase naturalizei o perverso, frente ao cotidiano atravessado e interrompido sucessivamente pelas diversas expressões de violência e pelos constantes confrontos armados. E foi vivenciando, mesmo que parcialmente, os efeitos da violência de Estado, que aprendi que a base para a construção de um cuidado que efetivamente cuida, demanda muito mais que protocolos. Demanda, indispensavelmente, a inclusão do contexto e da experiência de vida que as pessoas cuidadas possuem.

Atuando num contexto de favela, como trabalhadora, mulher preta, empretecendo ainda mais no SUS, percebi que as mulheres negras que sofrem com a violência de Estado pela maneira truculenta com que a Polícia entra em suas casas, por vezes, matando seus filhos e familiares, como foi o caso da chacina do Jacarezinho, onde 27 jovens foram assassinados, são as mesmas que mais frequentam as unidades de Atenção Primária como

a que eu atuei. São as mesmas mulheres, mães pretas, que chegam aos serviços com glicemia capilar e pressão arterial descompensadas por motivos “desconhecidos”, que chegam por ansiedade, estresse pós-traumático ou por depressão. São elas a maioria dos 67% dos usuários exclusivos do SUS, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018).

A partir disso, passei a me questionar sobre que bases e referências sociais a formulação de políticas públicas em saúde se dá no cotidiano do SUS. E, mais ainda, em que medida elas dão (ou não) condições, instrumentos, ferramentas, estratégias, para que as e os trabalhadores, que efetivam o SUS em ato e cuidado, possam construir um processo de trabalho compatível com as realidades e necessidades dos territórios favelados e pretos, como o Jacarezinho. Assim, busquei na formação da especialização em Gestão da Atenção Básica, nos moldes de residência (R3), ampliar minha visão sobre os desafios estruturais do SUS e me instrumentalizar para desenvolver uma análise e prática de gestão a partir de uma visão estratégica e apurada do contraditório, que pudesse me trazer elementos para pensar uma intervenção comprometida com as necessidades de saúde da população, sob esta ótica.

Nesta experiência, empreteci ainda mais, na medida em que sentia as primeiras ausências: a invisibilização e pouca presença de referências de pessoas pretas na formulação, planejamento e avaliação de políticas de saúde no âmbito estadual e municipal. Se não era óbvio o lugar do profissional negro que cuida e do usuário negro que é cuidado, tampouco, é óbvio e esperado, o lugar do negro na gestão. *Lócus* este em que, por essência de uma concepção hegemônica de gestão por controle, são evidenciadas as correlações de poder. Não seria o lugar propriamente dito de “poder no SUS”, recinto para a presença e agência de corpos negros. Mas seria e é, neste espaço, que se configura o papel estratégico para a efetivação de um modelo de gestão, de atenção e de organização do Sistema, que se espera efetivar princípios como a universalidade, integralidade e equidade? Foi a partir dessa percepção, que passaram a me ressoar diversas questões: Se a população negra é maioria no país (50,6% - IBGE, 2010; 56% - IBGE, 2023), e representa maior parte dos usuários exclusivos do SUS, porque ainda hoje a formulação de políticas públicas de saúde não é direcionada a garantir o acesso à saúde dessa população? Onde estava e o que discutia e formulava a militância negra no processo da Reforma Sanitária Brasileira? Como isso aparece ou não na construção das bases originárias do SUS?

A Reforma Sanitária Brasileira, marco fundamental para a construção do campo da Saúde Coletiva enquanto polo de produção do conhecimento e também como movimento social construtor do SUS, tem em sua história “oficial” a identificação dos sujeitos do movimento sanitário sendo intelectuais, militantes partidários, movimento médico e oriundos dos movimentos populares (SCOREL, 1999; GERSCHMAN, 1995; SOPHIA, 2015; PAIM, 2008). Apesar disso, as produções que buscam narrar esta história não realizam menção sobre as contribuições de militantes e movimentos negros para a construção deste processo, bem como não incorporam o reconhecimento do racismo como um elemento estruturante da formação sociocultural brasileira, a quem, em tese, endereça as formulações de um Sistema Universal.

Neste sentido, numa proposta de fazer um movimento de Sankofa, de reconhecer que “não é tabu voltar atrás e buscar o que esqueceu”, que retomo o processo da Reforma Sanitária como referência, os passos que originaram a construção do SUS e uma proposta de reforma social, para olhar e analisar questões importantes para construir seu futuro. Assim, para resgatar a memória sobre os sujeitos históricos e suas contribuições no processo/movimento da Reforma Sanitária para refletir os atuais desafios do Campo da Saúde Coletiva e do próprio Sistema Único de Saúde, trago como questão disparadora desta dissertação: Quais contribuições da militância negra e/ou sobre o tema de enfrentamento ao racismo foram denegadas da história “oficial” da Reforma Sanitária Brasileira e da discussão sobre a organização de um Sistema de Saúde nessa época?

Para isso, inspirada em uma (in)disciplina cursada no Mestrado em Saúde Coletiva, de nome “Saber-samba”, venho acompanhada das ialodês do samba³, de intelectuais negras e negros e de referências que apoiam e incentivam a reflexão crítica, bem como de vozes negras ativas politicamente neste período, para trilhar este percurso de escrita, a produção de um resgate de parte dessa memória, podendo me inserir na visibilidade de outros olhares para a Reforma Sanitária⁴.

³ Ialodês: Em referência à tese de Jurema Werneck intitulada “O samba segundo as ialodês: Mulheres negras e a cultura midiática”, onde cita-se a figura das Ialodês, de referência iorubá como “liderança e ação política das mulheres negras”, ou mesmo “aquelas que reúnem as mulheres para discussões públicas que lhes interessam” (WERNECK, 2007, p. 69).

⁴ Outros olhares para a Reforma Sanitária Brasileira: Em referência à edição V. 43, número especial nº 8, de 2019, onde as autoras provocam um movimento de sustentação e mobiliza de diferentes atores, com o intuito de valorizar os olhares e falas das periferias, movimentos e setores marginalizados na sociedade. BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria, BORGES, Camila Furlanetti e REZENDE, Mônica de. Outros olhares para a Reforma Sanitária Brasileira. Saúde em Debate [online]. v. 43, n. spe8, pp. 05-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S800>.

Através do diálogo com a literatura, parto de uma análise crítica da história “oficial” da Reforma Sanitária Brasileira, narrada a partir de textos clássicos e de fontes documentais de organizações e entidades do movimento negro, para perscrutar os ruídos (quase silêncios) sobre a contribuição da militância negra na discussão política sobre saúde no período de 1970 e 1990.

E comendo a base desta pesquisa, dialogo, por meio de entrevistas semiestruturadas, com seis vozes negras⁵ que estavam ativas politicamente no processo da Reforma Sanitária Brasileira. A escolha da entrevista semiestrutura se relaciona com a possibilidade da fala, de contribuir para revelação das condições históricas, socioeconômicas, culturais e de símbolos, que possam dar base para a sistematização de uma memória (MINAYO, 1993).

Tais informações foram sistematizadas e organizadas a partir da inspiração de procedimentos da História Social (CRUZ, PEIXOTO, 2007), em que se busca ter em vista que

As perspectivas, teórica e política, que nos situam no tempo histórico do presente, têm como horizonte a crítica às versões autorizadas e o desafio de trazer à cena histórica a articulação de “outras histórias” (CRUZ, PEIXOTO, 2007).

O exercício de lançar mão da composição da História Social parte da importância de não incorrer na análise linear dos fatos históricos. Parte da premissa de reconhecer, nos escritos, expressões de forças sociais ativas, que propõem a reflexão sobre sua historicidade a cada conjuntura estudada. Neste sentido, a orientação da análise se deu congregado a seleção de Sankofa como modo de fazer o resgate da memória na história social, tendo como bússola um olhar Amefricano proposto por Lélia Gonzalez (2020b), para compreender como se deram as discussões e contribuições da militância negra organizada no processo de construção das bases originárias do Sistema Único de Saúde.

Por fim, vale ressaltar que os aspectos éticos foram resguardados e aprovados conforme previsto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob CAAE nº 65271622.5.0000.5260.

⁵ Por intencionalidade metodológica e posicionamento ético-político de dar visibilidade a figuras que puderam contribuir com a construção da pesquisa, as seis pessoas entrevistadas terão seus nomes verdadeiros referidos, com anuência e recomendação do Comitê de Ética em Pesquisa e com a devida autorização como consta em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1. SANKOFA: UMA NECESSIDADE E UM SENTIDO PARA RESGATAR HISTÓRIAS DENEGADAS DA RSB

O chão que dá base para o “modo de pensar-fazer-sentir” nesta dissertação se apresenta neste capítulo. Com o apoio de intelectuais frutos da conexão África x América x Oriente x Europa-que-não-se-pensa-o-centro-do-mundo, produzo diálogos em pluriperspectivas, colocando no centro da roda a discussão sobre a história.

Para isso, a partir da proposição de aproximar a filosofia Sankofa à uma filosofia da história, este capítulo apresenta uma perspectiva afrocentrada e pluriversal, que privilegia o olhar e narrativa de uma sociedade brasileira amefricana para discutir o processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Trata-se aqui do exercício de lançar mão de “outros olhos de ver”, visibilizando a agência das organizações políticas negras, mas também do “negro comum”, que ao não evocar o lugar de protagonismo e prestígio estipulado pela narrativa oficial da história, questiona o vetor de poder estabelecido.

Fundamentada da concepção Sankofa de como narrar a história, resgato processos políticos e socioeconômicos que conduziram a formação sociocultural da população brasileira, dando enfoque na discussão de como foi-se construindo o “mito” da democracia racial e seus desdobramentos. Dessa forma, discuto como os efeitos deste “mito” como elemento de um racismo por denegação foram influenciando como se pensa a sociedade e, conseqüentemente, quais bases são consideradas para construir políticas públicas.

1.1. Por uma história pluriversalista e afrocentrada

Atravessei o mar
Um sol da América do Sul me guia
Trago uma mala de mão
Dentro uma oração
Um adeus

Eu sou um corpo
Um ser
Um corpo só
Tem cor, tem corte
E a história do meu lugar
Eu sou a minha própria embarcação
Sou minha própria sorte
[...]

(Luedji Luna)

A ideia de Sankofiar se produziu como “método” nesta dissertação, por provocar a construção de um caminho, um modo de fazer, assim como se traduz o sentido etimológico da palavra: *metá* (além de, algo a diante) + *hódos* (caminho, direção). Isso porque foi a partir de um desejo de agir em práxis⁶, que o conceito filosófico de Sankofa foi evidenciando reflexões que permitiram resgatar e produzir um olhar sobre a memória e a história, a partir da adesão simbólica e concreta a uma escolha de recuperação e valorização das referências culturais africanas para a produção de conhecimento no Brasil.

Desta forma, o chão ao qual se pisa no percurso desta escrita foi se tecendo, também, num esforço ativo de incluir a dialética entre consciência e memória, trabalhada por Lélia Gonzalez (1989, p. 78), que indica a memória como “esse lugar de inscrições que restituem uma história que não foi escrita”. Ou, lançando mão de um conceito discutido pela própria, uma história que foi denegada, “conscientemente” ocultada, assim como (e a partir do) racismo à brasileira.

Sankofa é um dos mais de 80 ideogramas, que junto de Akoma Ntoaso, Aya, Ananse Ntontan, Mate masie, Wawa Aba, formam o Sistema de Adinkras, que consistem em representações gráficas, escritas, dotadas de profundo simbolismo e significado. Caracterizados por ditados ou fábulas, os Adinkras expressam conceitos filosóficos, incorporando, preservando e transmitindo aspectos históricos e sociais do povo Akan, com destaque para a etnia Asante. Estes povos que viviam no território da atual África Ocidental, sobretudo nas localidades de Gana, Burkina Faso, Togo e parte da Costa do Marfim. Assim como os povos africanos, os adinkras estão presentes em diversos lugares do mundo como consequência dos processos diaspóricos (GLOVER, 1969).

Figura 1. Exemplos de adinkras



Fonte: Dicionário dos Símbolos

⁶ Ação humana voltada para a própria humanidade, a realização da consciência (enquanto práxis teórica) do proletariado em meio à luta em função a transformação social. Núcleo essencial entre teoria e prática (MARX, ENGELS, 2015).

O Sistema Adinkra é considerado uma expressão de conhecimento e uma tecnologia ancestral africana operada a partir da dimensão da linguagem. Sua representação por meio dos ideogramas expressa uma forma de conceber o mundo a partir de um conjunto de valores tradicionais, normas sociais, ideias filosóficas e códigos de conduta (WILLIS, 1998).

A palavra Adinkra tem um significado de despedida na língua Twi, dos povos Akan, onde o sufixo “Kra” significa alma. Desta forma, pode-se traduzir a palavra como “um adeus à alma” ou “despedindo-se da alma”. Seu sentido contribui na compreensão do contexto em que este sistema de escrita filosófica surge, uma vez que eram inscritos em roupas utilizadas em cerimônias formais como funerais, onde se acenava e prestava-se homenagens às pessoas falecidas (WILLIS, 1998).

No entanto, Nei Lopes vai além, no prefácio do livro “Adinkra: a sabedoria em símbolos africanos”, ao resgatar os sentidos de alma expressos nesta sabedoria. Para os povos Akan, a alma expressa no significado de “Kra” se trata da “própria manifestação da força humana, o *élan* vital, sendo ainda, o condutor do destino do indivíduo, o qual emana de Onyame, o Ser Supremo” (LOPES, 2022, p. 23). Partindo disso, Onyame, atribui ao “Kra”, um destino a cumprir, passando então a realizar uma dupla função: ser a força vital e elo de ligação ao Ser Supremo, agindo como um espírito guardião pessoal. E completa: “assim como o “Kra” é muito mais que a “alma”, um adinkra é muito mais que um símbolo gráfico” (LOPES, 2022, p. 24).

A história de surgimento dos Adinkras se relaciona com a importância do enfrentamento e disputa do conceito de história. Isso porque, perante o academicismo convencional, há uma negação da história de África, classificando-a como Pré-Histórica, com base na alegação de que a baliza para o período reconhecido como Histórico, está vinculado aos registros de escrita. Porém, a produção de apagamento da ciência positivista eurocêntrica ignora que os povos africanos estão entre os primeiros a criar essa técnica, representada através de diferentes sistemas de grafias (pictográficos, ideográficos e fonológicos), além da escrita por objetos (NASCIMENTO, 2008).

De acordo com Ablade Glover, professor da Universidade de Gana, o adinkra Sankofa significa “voltar e apanhar aquilo que ficou para trás”, ou seja, aprender com o passado e construir o presente sobre suas fundações, ou ainda, voltar as suas raízes e construir sobre elas o desenvolvimento, o progresso e a prosperidade de sua comunidade, em todos os aspectos da realização humana (GLOVER, 1969).

A partir de seu sentido, a ideia de Sankofa possibilita a ação de Sankofiar enquanto “modo de fazer”, por convocar a uma ação de resgate da história que, por partir do ponto de vista do saber africano como centro, abre espaço para o reconhecimento, recuperação e valorização das referências africanas para a produção de conhecimento, como um dos elementos de sua contribuição para a formação sociocultural brasileira.

Sankofiar é um convite a assumir outras bases históricas para a construção do saber para o presente e futuro, a partir do resgate ao passado. Desta forma, a representação de Sankofa contribui para operar uma recuperação do referencial de agência histórica dos povos africanos e negros.

Colado à filosofia de Sankofa como forma de fazer e analisar, o conceito de Afrocentricidade se tornou fundamental para a base de percurso e análise desta pesquisa. Isso porque parte da constatação de que definir o centro é definir um lugar ou um ponto de vista a partir de onde observamos, analisamos e compreendemos o mundo.

Elisa Larkin (2008) contribui muito ao diferenciar o afrocentrismo das ideias de etnocentrismo e do eurocentrismo. Segundo a autora, o etnocentrismo, largamente discutido no campo da Antropologia, consiste na tendência de cada grupo étnico elaborar seu centro, valorizar a sua cultura e entender o mundo a partir de sua perspectiva, por vezes buscando extrapolar essa análise para outros contextos, generalizando-a. Concebida como uma prática bastante difundida, a autora indica um equívoco à tentativa de relacionar o eurocentrismo a um tipo de etnocentrismo, uma vez que o mesmo não diz respeito a uma etnia específica, mas a um centrismo outro, que se baseia no modelo e ponto de vista do mundo europeu.

O eurocentrismo se caracteriza como um arranjo de dominação, que historicamente, por uso de meios violentos, coação psicológica e falsificação da história, funciona visando impor o reconhecimento do construído centro europeu como universal (NASCIMENTO, 2008). Este conceito e prática operada, busca a construção e validação de que a história europeia e suas questões correlatas são centrais e referência ao resto do mundo.

A ideia de eurocentrismo muito dialoga com o explicitado pela obra de Wallerstein (2007) sobre os arranjos do modo de produção e reprodução do sistema capitalista no mundo, que a partir da divisão internacional do trabalho produz diferentes efeitos da produção e reprodução da vida. Localizando a divisão de país por grupos funcionais de centro, semiperiferia e periferia, o autor formula o conceito de Sistema Mundo, que consiste em:

Um sistema social, um sistema que possui limites, estruturas, grupos associados, regras de legitimação e coerência. A sua vida é feita das forças em conflito que o mantém unido por tensão e o dilaceram na medida em que cada um dos grupos procura eternamente remodelá-lo a seu proveito. Tem as características de um organismo, na medida que tem um tempo de vida durante o qual suas características mudam em alguns aspectos e permanecem estáveis noutros (WALLERSTEIN, 1974a, p. 337).

Nesta lógica, os países do centro conformam-se locus de dominação econômica, política e cultural sobre os países de semiperiferia e periferia. Partindo deste entendimento, a produção do conhecimento sofre os efeitos dessas correlações de forças, produzindo, neste caso, uma visão eurocêntrica carregada pela ideia de um pretenso progresso tecnológico e científico da modernidade. Aliada a isso, a lógica de dominação, inclusive territorial, do colonialismo, foi justificando e consagrando o pensamento eurocêntrico, fundamentado por um projeto iluminista que produziu dicotomias entre progresso/atraso, civilizados/bárbaros, cultura/natureza (WALLERSTEIN, 2012).

A partir de tais concepções, o autor analisa a produção de um Universalismo Europeu, enquanto um conjunto de ideologias que têm legitimado as várias ações de intervenção política e cultural dos Estados-nacionais europeus sobre outras terras para defender seus próprios interesses (WALLERSTEIN, 2007).

Tal crítica pode ser identificada também, sob a perspectiva do mundo árabe, expressa pelos pensamentos de Edward Said (2007), que tece a ideia do Orientalismo como uma expressão deste Eurocentrismo. Para ele, o orientalismo é um “estilo ocidental para dominar, reestruturar e ter autoridade sobre o Oriente” (p. 02), é produzir uma visão estereotipada e desvalorizada das culturas do Oriente Médio, e construir, a partir de uma narrativa eurocêntrica, o “Oriente como invenção do Ocidente” (SAID, 2007, p. 15). E, pela concepção teórica de Samir Amin (1989) sobre o Eurocentrismo, que o aponta como uma construção ideológica do capitalismo moderno que é antiuniversalista, na medida em que, ao invés de propor análises do que se aplica ao comum, às “leis gerais da evolução humana”, defende a imitação do modelo ocidental como única solução aos desafios do nosso tempo (AMIN, 1989, p. 9).

Em contraposição ao eurocentrismo e suas expressões, a afrocentricidade se trata de uma proposta teórica sistematizada por Molefi Kete Asante (1980), que tem como primeiro grande postulado a pluralidade. Diferente do eurocentrismo, que se coloca e afirma na posição de exclusividade e supremacia imposta e extrapolada às demais experiências, o afrocentrismo afirma e exalta a importância do diálogo entre conhecimentos baseados nas diferentes experiências e epistemes, sem a pretensão de produzir hegemonia (FINCH III;

NASCIMENTO, 2008). Para Asante (2008), o objetivo de discutir Afrocentricidade era “desferir um golpe na falta de consciência – não a falta de consciência apenas da opressão que sofremos, mas também das vitórias possíveis” (ASSANTE, 2008, p. 94).

Assim, a Afrocentricidade se trata da construção de uma perspectiva teórica não hegemônica a partir da experiência africana, apoiada na síntese dos sistemas ontológicos e epistemológicos de diversos povos e culturas. Consiste em um posicionamento ativo dos povos africanos resgatarem seu próprio centro, compreendendo o mundo a partir de seus próprios referenciais. Suas diferenças ao eurocentrismo são duas: a primeira é que as referências à África sofreram um importante esmagamento e apagamento, gerando como efeito de resistência, a importância de se resgatar e reconstruir as bases de seu centro, diferente da europeia que buscou extrapolar suas bases para construí-las como universais. A segunda diferença é que a Afrocentricidade não se propõe impor seu modelo a outras realidades e outros povos, operando uma subjugação. É uma concepção pluralista, que valoriza e estimula o centro da visão de cada povo. Ao questionar a imposição do modelo específico europeu, através da força e do domínio, propõe a valorização de modelos próprios dos povos colonizados.

Desta forma, tomar a Afrocentricidade como uma chave de análise é buscar ativamente questionar o ponto de vista do Universalismo Europeu e assumir um outro paradigma, que convoca a interrogar e compreender a agência e localização da população africana e afrodescendente em diáspora diante de fatos e processos históricos. É orientar a percepção a partir de perguntas que localizem as pessoas negras no contexto, assumindo que os fatos e processos históricos tem pluriperspectivas e não uma única visão universal, a imagem e semelhança europeia (FINCH III; NASCIMENTO, 2008).

Assim, para desenvolvê-la como inspiração metodológica, importa considerar as características mínimas para uma análise afrocêntrica, que são:

- 1) interesse pela localização psicológica, podendo ser traduzida pela compreensão de consciência racial com a percepção do africano (e do negro) no centro de sua própria história; 2) compromisso com a descoberta do lugar africano (e do negro) como sujeito; 3) defesa dos elementos culturais africanos (e do negro); 4) compromisso com refinamento léxico; 5) compromisso com uma nova narrativa da história da África (e negra) (ASANTE, 2008, p. 96).

A partir da referência do afrocentrismo, vinculada aos estudos “Africana”⁷, não tomei no percurso da escrita uma correspondência ou transposição de análises sobre os

⁷ Estudos *Africana* indicam segundo Elisa Larkin Nascimento (2008), o campo do conhecimento que estuda, de forma multidisciplinar e por meio de um ponto de vista africano, aquilo que se relaciona com o conjunto formado pela África e sua diáspora (RABAKA, 2008).

povos africanos para os afrodescendentes, ou ainda, a promoção de um “retorno” à África, como se a resolução do processo de marginalização e falsificação da história africana fosse uma mera volta ao passado, mas como um fundamento para assumir uma identidade própria, viva, no presente e no futuro de uma formação sociocultural brasileira que possui DNA **Ame**fricano (RABAKA, 2008; GONZALEZ, 1988).

Nesta mesma direção, a contribuição “Americana” de nosso DNA é indígena. E para a construção de nosso ponto de vista, trago para o diálogo as formulações de Silvia Rivera Cusicanqui (2015), que propõe uma análise social a partir das imagens – a sociologia das imagens, afirmando que as mesmas, assim como as fontes orais, possuem a capacidade de construir narrativas críticas com condições de desvelar diferentes formas do colonialismo, além de driblar o esquecimento produzido pela seleção realizada pelas “línguas oficiais”.

Diferente da antropologia visual que afirma algo sobre o que se observa a partir de um olhar estrangeiro, que precisa se familiarizar com a cultura, com a língua, com o território, de acordo com a pensadora, a sociologia da imagem é feita por quem o é, por quem faz parte daquele contexto, e expressa e analisa o que se é, o que se tem, nos detalhes e entrelinhas, inclusive nos vestígios que tentaram apagar (CUSICANQUI, 2015).

A noção de história sob a perspectiva aymara de *Ch'ixi*, discutida pela Cusicanqui (2010), versa a ideia de que cada uma se reproduz a si mesma a partir da profundidade do seu passado e se relaciona com as outras de forma contingente. Partindo de uma crítica ao multiculturalismo pensado desde o Norte numa apropriação do Sul, a autora afirma que não há possibilidade de haver um discurso e teoria de descolonização, sem uma prática descolonizadora [da história]. E que, para isso, necessitamos que nossos gestos e atos se deem no sentido de reconhecer a convivência entre os diferentes. Para tecer uma crítica firme à miscigenação e aos pressupostos desdobrados dela, o conceito de *Ch'ixi* provoca uma implosão ao princípio central da cosmovisão europeia, que é o de identidade ou não-contradição (A=A). Para Silvia, é possível, sim, ter raízes aymara e europeia ao mesmo tempo, e não uma mistura diluída de ambas. Isso porque é na miscigenação que se produz um apagamento, na "mistura", do lado ou ponto de vista do colonizado. Esta convivência com a contradição permanente, embora guiada por uma bússola ética coletiva “suleada” pelos oprimidos (mas não vencidos).

Assim, as representações das imagens bolivianas sobre a revolução, feitas pelos próprios andinos, podem se aproximar do papel de reconhecimento das iconografias do

sistema Adinkra, para remontar um certo modo de pensar, narrar e fazer refletir a sociedade.

Sem deixar de incorporar reflexões europeias (daqueles que não se pensam centro colonizador), Walter Benjamin, referenciado pela Cusicanqui, em suas teses “sobre o conceito de história” a partir de sua base própria do Romantismo alemão, messianismo judaico e marxismo⁸, interroga e problematiza a História, quando assumida como uma narrativa de sucessivas vitórias dos poderosos. Para ele, produziu-se uma visão evolucionista do Marxismo. Benjamin nega uma concepção positivista do historicismo, e aposta, assim como o movimento de Sankofa, que o presente tem chance de iluminar o passado e o passado iluminado torna-se força do presente (LOWY, 2005).

A partir da leitura do autor, pode-se refletir que esse modelo histórico (que narra o triunfo da opressão) também é politicamente conservador, ao privilegiar documentos criados pelo Estado. Benjamin tanto negava a possibilidade de uma escrita da história “tal como de fato aconteceu” sob a ótica positivista, como também, para ele, a ideia de memória deveria ser revalorada como mecanismo para nos relacionarmos com o passado. Isso porque o registro da memória é mais aberto, poroso aos testemunhos e as imagens – não somente à escrita burocrática – bem como não se apega a uma pretensa imparcialidade. O autor já reconhecia, em sua época, que não existe neutralidade no conhecimento, mas sempre um embate de interesses (LOWY, 2005).

Para “atear ao passado a centelha da esperança” (LOWY, 2005, p. 66), segundo Michael Lowy, Walter Benjamin indica a importância de reconhecer as visões contraditórias dessa história no seio da luta de classes, identificando seu papel histórico, ao ir contra a corrente da versão oficial do opressor, e seu papel político, ao estranhar o sentido do curso dessa história no ponto de vista atual.

Nos incrustrados estilhaços do tempo messiânico, são representadas, de acordo com Benjamin, os momentos de revolta, de resistência, que salvam os momentos do passado. Que deixam vestígios. Apesar da produção hegemônica de um historicismo que busca se narrar linear e sequencial para contar a versão do opressor, existem e persistem,

⁸ Walter Benjamin, tinha como bases teóricas o Romantismo alemão, o messianismo judaico e o marxismo, assumindo não uma síntese ou combinação eclética destas três referências de pensamento, mas criando uma concepção particular sobre o conceito de história a partir delas. Seu contato com o Romantismo alemão se deu na juventude, que o influenciou por meio de seu estilo de pensamento a partir de uma crítica cultural à civilização moderna (capitalista), a quantificação e mecanização da vida, apontando uma tradição concebida como arte, conhecimento e práxis, como desejo de renovação; O messianismo, para Benjamin, estava no cerne da concepção romântica do tempo e da história. No interlúdio de ambas as correntes de pensamento, o autor agregava também, o pensamento marxista – materialismo dialético (LOWY, 2005, p.13-32).

segundo o filósofo, as redenções fragmentadas, que consteladas, permitem a construção de uma imagem de história aberta (LOWY, 2005). De acordo com Gagnebin (2012), o Walter tinha a

preocupação de salvar o passado no presente, graças à percepção de uma semelhança que transforma os dois. Transforma o passado porque este assume uma nova forma, que poderia ter desaparecido no esquecimento; transforma o presente porque este se revela como a realização possível da promessa anterior – uma promessa que poderia se perder pra sempre, que ainda pode ser perdida se não for descoberta inscrita nas linhas atuais (GAGNEBIN, 2012, p. 16).

Neste sentido, a história deve ser aberta para que sirva para mudar o presente. E o sentido de Sankofa como forma de manter a história aberta se evidencia como atual, uma vez que ajuda a compreender que toda luta é a realização de um potencial que ficou abafado em algum momento ou tempo histórico, para ser ativado com a intencionalidade de produzir análises que possam superar este esquecimento. Que seja tomada como instrumento dos sujeitos que foram oprimidos.

Reconhece-se aqui que qualquer marca, sinal de alguém que passou ou de algo que sucedeu são vestígios, pegadas, sinais daquilo que restou, ou que ousou resistir e permanecer... Os vestígios são sinais que restaram e que ajudam a remontar memórias, que tomando emprestadas as palavras de Beatriz Nascimento (2021, p. 37), foram “preteridas em favor de um cientificismo, de um tecnicismo que permanece, justamente, por fazer parte dessa mesma história”. Para falar de vestígios, posso também retomar as contribuições de Lélia Gonzalez (1989, p. 78), que entende a memória como “lugar da emergência da verdade”, que fala a partir dos sinais que restaram, através de equívocos⁹ do discurso da consciência.

Desta forma, concebe-se, para a base destas formulações, desenvolver iniciativas de esforço ativo para incluir a dialética entre consciência e memória, como trabalhada por Lélia Gonzalez (1989). Esta indica a memória como “esse lugar de inscrições que restituem uma história que não foi escrita”, e nos alerta ainda, que a “consciência exclui o que a memória inclui” (p. 78). Desta forma, busquei mediar, a partir de uma seleção teórica e conceitual, a memória enquanto mecanismo de inclusão, de reparação, frente a um discurso dominante “consciente”, e a ideia de Sankofiar como ação para saciar a

⁹ Lélia utiliza nessa discussão o termo “mancada”, que sabidamente nos tempos atuais, percebe-se conotação capacitista. Neste sentido, substituir o termo utilizado por ela nos abre a possibilidade de reposicionar o uso de termo preconceituoso e inferir que por sua preocupação com a inclusão, Lélia se somaria a abordagens que contribuam com a luta anticapacitista e pela acessibilidade comunicacional e atitudinal.

“fome coletiva de ganhar a voz, escrever e recuperar nossa história escondida”, como pensa Grada Kilomba (2020, p. 27).

Ainda, para buscar não incorrer em anacronismos, considero importantes as ponderações de Gildo Marçal Brandão (2005), em que, ao analisar as linhagens do(s) pensamento(s) socia(is) brasileiro(s), indica que a interpretação política sobre os mesmos fatos se altera ao longo do tempo. Assim, apoia na ressalva que eventos, como por exemplo, a Reforma Sanitária, considerados progressistas em sua temporalidade, podem se tornar conservadores em outros contextos.

Sobre este aspecto, W.E.B. du Bois contribui ao afirmar que

Só podemos compreender o presente nos referindo ao passado e estudando-o de forma contínua, quando qualquer um dos fenômenos complicados de nossa vida cotidiana nos deixa perplexos; quando surgem problemas religiosos, políticos ou raciais precisamos sempre nos lembrar que, embora sua solução esteja no presente, sua causa e explicação se encontram no passado (W.E.B. du Bois, 1905, p. 104).

Assim, apesar do racismo não se tratar de uma base estrutural recente para a sociedade brasileira, ou para o(s) pensamento(s) social(is) brasileiro(s), é a partir da resistência e insistência por visibilidade dos grupos sociais marginalizados que o contexto atual abre espaço para concatenar as ideias aqui sistematizadas. Afinal, “não é tabu voltar atrás e buscar o que esqueceu”.

Para tanto, na direção de sankofiar os vestígios da contribuição negra para a discussão originária do SUS, busquei dar sequência ao pisar no chão que Ialodês pavimentaram, para assim seguir remontando vestígios de nossa história. Sim, nossa história. Pois na medida em que me reconheço construtora do SUS no tempo presente, e me vejo parte também de uma história que me foi subtraída em relação as contribuições dos que vieram antes. Portanto, o sankofiar foi e será, aqui, um ato coletivo, no intuito de ecoar vozes negras contando sua própria história.

1.2. Uma história feita e escrita por mãos negras

*Mil nações
 Moldaram minha cara
 Minha voz
 Uso pra dizer o que se cala
 O meu país
 É meu lugar de fala
 [...]*

*Pra que separar?
 Pra que desunir?
 Por que só gritar?*

Por que nunca ouvir?

Pra que enganar?

Pra que reprimir?

Por que humilhar?

E tanto mentir?

Pra que negar

Que o ódio é que te abala?

O meu país

É meu lugar de fala

[...]

Pra que explorar?

Pra que destruir?

Por que obrigar?

Por que coagir?

Pra que abusar?

Pra que iludir?

E violentar

Pra nos oprimir?

Pra que sujar o chão da própria sala?

[...]

Nosso país

Nosso lugar de fala

Nosso país

Nosso lugar de fala

(Elza Soares)

De acordo com estudos arqueológicos, a ocupação do território por populações originárias, agora denominado brasileiro, era datada há mais de 12 mil anos. Eram povos de grandes e diferentes famílias linguísticas, entre *tupi-guaranis*, *aruák*, *jê*, *xirianá*, *karib*, *tucano*, entre outras, com também distintas formas de organização e de ocupação do território. Atravessados, a partir de 1500 d.C, pela exploratória colonização portuguesa, houve um processo de tentativa de assimilação, seguida de dominação, e também, de genocídio dos povos indígenas que representavam entre 2 e 4 milhões de pessoas na época. Milhares de pessoas dizimadas e que sofriam, a partir de expedições punitivas contrárias às suas crenças, culturas e à sua resistência. Ainda, tão virulentas como a imposição dos colonizadores, foram as epidemias de doenças infecciosas, que tinham a sua letalidade favorecida pelas alterações no modo de vida daqueles povos (OLIVEIRA; FREIRE, 2006).

Mais à frente, a colonização também marcou a história do que entendemos por Brasil, ao promover um sistemático processo de sequestro e escravização de povos africanos para constituir a base econômica da colônia, em substituição da mão de obra

indígena. A escravização negra, materializada pelo tráfico de diferentes etnias africanas, foi base para a acumulação primitiva do Capital, trazendo para o DNA do que se entende por capitalismo dependente no Brasil, genes da supremacia branca e do racismo estrutural. Apagamento de culturas, binarismos identitários e a produção de contrapostos humanos e não humanos foram as tônicas desse processo que justificaram o *modus operandi* colonial (MOURA, 1959; AKOTIRENE, 2019).

A importação da instituição familiar baseada no modelo patriarcal teve como ponto de partida a colonização, sendo adaptado às condições sociais locais no contexto latifundiário e escravagista, produzindo cicatrizes profundas nas relações sociais no Brasil (SAFIOTTI, 1959). A miscigenação promovida por meio de violência às mulheres negras escravizadas, e mais a frente, as políticas de embranquecimento da sociedade a partir do estímulo à imigração europeia para o trabalho assalariado deram chão para a caracterização do processo de desigualdade social no Brasil. A ação eugenista é marca do governo do país, desde que o Brasil é Brasil (GONZALEZ, 2020).

Mas nem tudo nesta história tem a ver com a história das vitórias do opressor. Na história e memória escrita, inclusive, na literatura historiográfica, há quase um século de contribuições e narrativas que foram sistematicamente ignoradas e invisibilizadas. Nas contradições deste processo, Clóvis Moura (1981) e Beatriz Nascimento (2021) são alguns dos autores que denunciam uma história oficial parcial sobre a escravização. Se é verdade que o sujeito negro era para um lado, apenas “coisa”, para o outro lado, era “ser”. E é este “outro” lado que nos importa colocar em evidência.

Os sujeitos escravizados não eram aqueles objetos passivos que observavam ou testemunhavam a história. Eram Sujeitos com “S” maiúsculo, que viviam e interviam no curso da história, provocando tensões e deslocamentos na correlação de forças. Foi tão somente por estas rupturas e intervenções que foram possíveis a construção dos quilombos ou mocambos. Se para o Rei de Portugal, em 1740, os quilombos eram “toda habitação de negros fugidos que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados nem se achem pilões neles” (CONSELHO ULTRAMARINO, 1740), para Adão, a liderança quilombola em Minas Gerais, em 1756, era um instrumento de “liberdade dos cativos” (MOURA, 1981).

Os quilombos se caracterizavam como organizações defensivas [da ordem senhoril colonial], mas também ofensivas [à ordem senhoril colonial], que de forma solidária, convergiam resistências, incluindo o acolhimento de brancos fugitivos do serviço militar, indígenas, ‘mulatos’, além de toda colaboração e comunicação com os

escravizados em senzalas, agricultores, pequenos proprietários, comerciantes, entre outros (MOURA, 1981).

Ao longo do tempo, na medida em que cresciam numericamente, os quilombos conformavam diferentes expressões de governo, religião, propriedade, família e economia. O quilombo dos Palmares, por exemplo, funcionava como uma confederação de quilombos. Lá havia uma organização de liderança bem instituída com a definição de territórios, onde Zumbi, Acotirene, Dambrabanga, Macaco, Osenga, Amaro, Andalaquituche, Alquatune, eram líderes de cada parte do espaço geográfico, com representação de diferentes origens e referências locais de África. A religião professada era o cristianismo com forte sincretismo com matrizes e valores africanos, a família era poligâmica e não havia uma pessoa de autoridade para controle das manifestações religiosas. A base econômica era a agricultura policultora, com respeito ao tempo e rodízio de plantio. Um regime comunitário, solidário, coletivo e cooperativo se fazia no espaço do quilombo, onde a produção e o consumo eram distribuídos conforme a necessidade (MOURA, 1981).

Vale ressaltar que a experiência de Palmares não foi exatamente a mesma vivenciada de forma generalizada em todos os quilombos espalhados pelo país. Apesar disso, pode-se perceber, a partir deste exemplo, que eram diversas as formas de resistência realizada pelos sujeitos políticos negros, que se apresentavam a partir das insurreições e guerrilhas contra a estrutura senhoril, nas fugas isoladas, na prática do aborto, no assassinato de senhores, no suicídio, mas, também, na adoção de modos de vida contra-hegemônicos ao praticado fora de territórios quilombolas, na radicalidade e ousadia de promover a autodeterminação. Todas estas ações, em suas devidas proporções e em diversos níveis, desgastavam social, econômica e psicologicamente a classe senhorial (MOURA, 1981).

Apesar da superação do processo do colonialismo, com todos os efeitos provocados na formação social, a estrutura de exploração historicamente construída, inicialmente através do mesmo, se atualiza e se perpetua pela colonialidade, conforme reflexão do peruano Anibal Quijano (1992). O autor indica o colonialismo como o período histórico em que, formalmente, europeus operaram um processo de dominação direta dos povos produzidos como subalternos. Como efeito reproduzível, a colonialidade consiste no processo de dominação engendrado na atualidade, instituindo-se como um padrão de poder emergido do colonialismo, que se articula a partir de uma classificação racial/étnica e geocultural.

Wendell Assis (2014) explicita bem os pensamentos de Quijano, ao afirmar que

A construção das hierarquias raciais, de gênero e de modos de apropriação dos recursos naturais, pode ser vista como simultânea e contemporânea à constituição de uma divisão internacional do trabalho e dos territórios, marcada por relações assimétricas entre economias cênicas e periféricas. Na perspectiva da colonialidade, as antigas hierarquias coloniais, que foram agrupadas na relação europeu versus não europeu, continuaram arraigadas e enredadas na divisão internacional do trabalho e na acumulação do capital à escala global. O mesmo poderia ser dito do estabelecimento de relações sociais cujo modo operativo favorece tanto a constituição quanto a perpetuação da existência de sujeitos subalternizados nas esferas intra e interestatais (ASSIS, 2014, p. 614).

Neste sentido, a reprodução das desigualdades raciais segue se perpetuando quando observamos nos dados do segundo trimestre de 2023 (IBGE 2023b) que a taxa de desocupação para pessoas brancas foi de 6,3%, representando valor abaixo da média nacional (8%), além da mesma taxa entre pretos (10%) e pardos (9,3%). Ou pelos dados que indicam que 65% dos lares comandados por pessoas negras ou pardas convivem com a insegurança alimentar e nutricional (VIGISAN, 2022). Ou, ainda, quando se constata maior taxa de homicídio entre a população negra (29,2%) do que entre a população não negra (11,2%). Esta mesma tendência se repete em relação ao feminicídio, onde a taxa para as mulheres negras foi de 4,1% em 2019, e de 2,5% para mulheres não negras (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2021). Tais dados explicitam a necessidade de se considerar a racialização das políticas públicas, como mecanismos de enfrentamento de tal estrutura.

Frente a isso, vale resgatar a importância da leitura de Beatriz Nascimento (2021) sobre os quilombos e as resistências da atualidade. Para ela, apesar de, oficialmente, os quilombos terem terminado com a abolição, permanecem enquanto recurso de resistência e enfrentamento da sociedade oficial que se instaura. Podem ser concebidos como experiências de um Sistema Social Alternativo. As favelas e periferias, as escolas de samba, os próprios territórios remanescentes quilombolas e toda a marginalização dirigida à estes locais, incluindo a limitação do acesso ao trabalho, evidenciam que, apesar de transformados, os quilombos persistem e também se reinventam (NASCIMENTO, 2021).

Para Beatriz (2021), embora possa coincidir com as necessárias iniciativas de guerra do quilombo, é na paz quilombola que o mesmo segue se afirmando como modelo de estrutura social que se atualiza e se perpetua como história do Brasil e do negro dentro dela.

1.3. Há história que a história não conta

*A história que a história não conta
O avesso do mesmo lugar
Na luta é que a gente se encontra
(G.R.E.S Estação Primeira de Mangueira, 2019)*

A produção de conhecimento sobre a história do Brasil no período pós abolição foi importante, segundo Nascimento (2005, p. 13), para cristalizar um imaginário de que era tão somente a escravização das pessoas negras o motivo das desigualdades entre negros e brancos no país. Trouxe-se o enfoque da escravização como um fim em si mesmo, ocultando por muito tempo que a questão central poderia ser, na verdade, o que justificou a escravização das pessoas negras, a raiz do problema – o próprio racismo.

Munanga (2005, p. 131), ao resgatar a transição do escravismo para a suposta liberdade do sujeito então escravizado, dá destaque à revisão das hierarquias que deram e seguem dando sustentação para assegurar o *status quo*. A demarcação das diferenças entre os grupos étnicos foram se constituindo ideologicamente, produzindo vantagens políticas, econômicas e psicológicas aos brancos, dominantes e a seus descendentes. De acordo com Maria Aparecida Bento (2014),

O silêncio, a omissão, a distorção do lugar do branco na situação das desigualdades raciais no Brasil têm um forte componente narcísico, de autopreservação, porque vem acompanhado de um pesado investimento na colocação desse grupo como grupo de referência da condição humana (p. 30).

A classe dominante, branca, seguiu se reproduzindo racista em detrimentos dos por ela racializados, e se afirmando superiores em detrimento dos por ela designados como inferiores. Assim, a sociedade brasileira continua produzindo novas formas de racismo, que, inclusive, não se relacionam com o período da escravização passada. Neste sentido, Munanga (2005) nos ajuda a refletir que o enfrentamento ao racismo não se circunscreve no tempo passado, mas em uma necessidade concreta, atual, cotidiana e visível .

O desafio da “integração” do negro brasileiro, ex-escravizado, traz uma tônica até então não problematizada – como constituir uma só nação, a formação da identidade étnica brasileira frente uma pluralidade e mescla de cultura e valores civilizatórios tão diferentes (MUNANGA, 2005, p. 132).

Foi diante deste dilema, que influenciados pelo determinismo biológico do fim do século XIX e início do século XX, figuras como Oliveira Viana, Silvio Romero e João Batista Lacerda propuseram o branqueamento ou arianização da população brasileira com

a intensificação da miscigenação, seja pelo aumento numérico da população branca pura imigrante europeia, seja pela expectativa que a miscigenação embranqueceria as marcas negras e indígenas na população (MUNANGA, 2005).

O cientificismo buscava justificativas pautadas na antropologia criminal de Cesare Lombroso, no evolucionismo de Spencer, nos estudos psicopatológicos, médico-legais e antropométricos de Nina Rodrigues, que proclamavam teorias para produzir artefatos que demonstrassem a superioridade dos brancos e a inferioridade de negros, sustentando escolas teóricas que formariam bacharéis, médicos, juristas, políticos brasileiros e um imaginário social eugenista e racista.

Gilberto Freyre, em 1930, ao escrever “Casa Grande e Senzala”, acabou por construir um imaginário sobre a história do negro e da miscigenação no Brasil, defendendo avistar uma relação harmônica entre “as raças”, a partir de uma predisposição flexível dos colonizadores, de um mito do bom senhor. Para ele, a distância social entre dominantes e dominados foi modificada pelo cruzamento inter-racial, que, por conseguinte, apagou as contradições e harmonizou as diferenças levando a uma diluição de conflitos. Freyre enuncia a existência de uma Democracia Racial, ou seja, uma relação social em que houve uma dupla mestiçagem biológica e cultural entre as três raças originárias – branca, negra e indígena.

Os efeitos do “mito” da democracia racial empunhado por Gilberto Freyre, foram deletérios, segundo Munanga (2005), pois o mesmo enaltece a boa convivência entre indivíduos de todas as camadas sociais e grupos étnicos, dando base para que as classes dominantes pudessem mascarar as desigualdades, tensões raciais e dificultar que os grupos sociais marginalizados pudessem tomar consciência dos sutis, mas engenhosos mecanismos de exclusão.

Lélia Gonzalez (2020a), em seu texto *Racismo e sexismo na cultura brasileira*, contribui com o conceito da neurose cultural brasileira, ao problematizar a difusão e aceitação do “mito” da democracia racial enquanto constituinte da formação sociocultural do país. Tomando como referência os acúmulos da psicanálise para analisar o racismo na sociedade, Lélia indica a neurose como um modo de ocultar sintomas ou desvios que trazem benefícios a manutenção de certa ordem moral. Neste sentido, criam-se tensões internas e artifícios para escamotear, em uma sociedade que se pensa branca (na semelhança da universalidade), sua cultura e raízes africanas e indígenas. Busca-se ocultar, omitir, denegar o racismo, que se evidencia, a partir disso, como um sintoma social desta neurose. Por consequência, este mecanismo ameniza a angústia da

branquitude ao se defrontar com o recalçamento.

Lélia (2020a) contribui, ainda, ao localizar a análise do racismo no contexto das Américas. Segundo a intelectual, o racismo surge como tática de exploração/opressão a partir de duas faces – segregação/racismo aberto e denegação/racismo disfarçado.

Nas sociedades em que houve a colonização anglo-saxônica, holandesa ou germânica, o modo segregacionista em que o racismo foi operado, estabeleceu que a negritude se dá a partir da ascendência negra. Ou seja, a origem, o sangue negro nas veias, determina a divisão racial, afirmando na pureza dos grupos brancos, o consequente entendimento de superioridade da raça. Neste caso, a miscigenação não é só desestimulada, é recusada. A ideologia articulada a esta expressão tática do racismo, deu origem a experiências violentas como o *Apartheid* (iguais, mas separados). Ainda que legalmente tenha sido superado, o *apartheid* teve o efeito de reforçar a identidade racial dos discriminados.

Já nas sociedades latinas, de colonização ibérica, o racismo por denegação foi a face de perpetuação desta opressão. Neste caso, as teorias de miscigenação e a democracia racial, de configuração rebuscada, acabaram por constituir-se como forma bastante eficaz de alienação dos discriminados. Ao resgatar a formação histórica dos países ibéricos, Lélia (2020) retoma a presença e papel dos mouros (predominantemente negros) e árabes nesta constituição, que, segundo ela, pode oportunizar uma importante experiência de Portugal e Espanha no manejo e articulação das relações raciais. Apesar da relação hierárquica estabelecida nessas sociedades, pautadas por controle violento e classificação social dos grupos étnicos dominados, a estrutura jurídico-administrativa trouxe ao processo de colonização certa mediação formal para estabelecer um caráter supostamente igualitário entre os grupos sociais.

Sobre tal temática, na década de 1960, um grupo de sociólogos que analisava as singularidades da formação social brasileira, composto entre outros, por Florestan Fernandes (FERNANDES, 1965), Octávio Ianni (IANNI, 1966) e Fernando Henrique Cardoso (CARDOSO, 1962), passou-se a questionar a noção de democracia racial encampada por Freyre, identificando que os processos econômicos dominantes eram marcados também pelas relações raciais. Para os autores, a discriminação efetiva de negros e mestiços foi concretizada a partir da necessidade de substituição da mão de obra escravizada pelo trabalho assalariado, onde houve o estímulo a imigração europeia e o preterimento dos negros recém “libertos” em relação aos brancos imigrantes (NASCIMENTO, 2005).

A análise destes autores, apesar de contribuir para avançar a crítica ao “mito” da democracia racial, indicava que o desenvolvimento da sociedade de classes iria dirimir o preconceito e a discriminação racial. Ao assumirem a narrativa das concepções de “preconceito” e “discriminação” como chaves analíticas transitórias e dinâmicas, não se convocou para o centro do debate a expressão do racismo como questão estrutural na sociedade brasileira.

Cida Bento (2002), neste sentido, tece uma crítica certa, ao reconhecer expressões da branquitude na produção clássica desses intelectuais. Nesse cenário, Cida Bento identifica na obra de Florestan Fernandes, *A integração do negro na sociedade de classes*, uma explícita indignação do autor com a discriminação racial, violência da escravidão e as suas consequências na vida da população negra no Brasil. Apesar disso, Cida critica Florestan por ocultar de suas análises o papel do branco na agência desses processos, ao omitir ou abordar de maneira superficial a função que o branco ocupa, como branco, na perpetuação das desigualdades raciais.

Da mesma forma, Octavio Ianni (1966), ao abordar o branqueamento como um ideal perseguido pelos negros como via de ascensão social e integração, acabou por difundir na esquerda e entre os progressistas, um cenário em que se podia reconhecer as desigualdades, podia-se tratar sobre o problema do negro, sem, contudo, tratar sobre o branco. Cida Bento (2002) evidencia que ambos, por exemplo, puderam avançar em uma outra abordagem sobre os brancos na continuidade de suas obras, contudo, seguiram repercutindo, principalmente, as contribuições anteriores destes autores, que apontavam para a difusão desta questão como um “problema dos negros”.

A análise sobre a ausência da agência do sujeito branco como causa e consequência do racismo no Brasil foi muito bem desenvolvido por Bento (2002), quando ela inclui na seara da discussão, a ideia de branquitude. Parte-se do princípio de que a figura do branco é assumida como modelo universal de humanidade, que desperta a inveja e o desejo perante os grupos racializados, que por não representarem sua imagem e semelhança, são destituídos do status de humanidade, considerados, portanto, não-humanos (BENTO, 2002).

A não racialização do branco é produzida, segundo a intelectual, a partir de um acordo tácito entre os brancos, consistindo em não se reconhecerem como parte fundamental na permanência das desigualdades raciais no país – o já citado pacto narcísico da branquitude. Este se configura como um pacto porque trata-se de um acordo, mesmo que tácito. É narcísico, pois é alinhavado com uma dimensão de reconhecimento

de seus semelhantes, que coadunam com a mesma herança histórica de privilégios concretos e simbólicos. Assim, protege-se o "seu grupo" e exclui-se aqueles que não pertencem a ele (BENTO, 2002).

Frente à colonialidade, ao racismo por denegação, ao pacto da branquitude e a necessidade de se produzir uma análise que pudesse ser genuinamente representativa da concepção da formação sociocultural brasileira, evocando a brasilidade em seu contexto social e político, lança mão do conceito de Amefricanidade.

Lélia (1988) traz a Amefricanidade como chave analítica que resgata as origens dos diferentes povos, enfrentando os atuais desafios remontados pela colonialidade ainda presente e apontando para a descendência de um futuro não colonizado, tomado por nossas mãos. Ela nos permite nos reconhecemos, não somente ameríndios ou americanos como denominaram os colonizadores ou como se afirmam os estadunidenses; também não africanos, pois a travessia do Atlântico nos atravessou e produziu experiências que se alteram da experimentação de vida dos africanos continentais; mas ladino-amefricanos, como fruto de uma formação sociocultural que ativamente reconhece as diferentes contribuições dos diferentes povos que aqui forjaram nossa cara.

Buscando problematizar o “modelo ariano” de pensar e explicar os fatos, selecionar a categoria de Amefricanidade toma fôlego como forma de analisar os processos históricos, por sua contribuição enquanto resgate de uma unidade específica. Sob sua ótica, possibilita-se recriar narrativas, comentar leituras e fatos convencionados, ou assumidos como “oficiais” a partir de outras bases e pressupostos (GONZALEZ,1988).

Analisar toda a sociedade brasileira como amefricana, ou ladino-amefricana, contribui para tomar como central a visibilidade de um processo histórico que não é estanque. Que ultrapassa as limitações de caráter territorial, linguístico e ideológico, designando um movimento social e cultural dinâmico que inclui resistências, acomodações, reinterpretações e criação de novas formas de ver e fazer.

Tomando esta categoria enquanto “olhos de ver” a sociedade brasileira, espera-se influenciar na conformação de pontos de vista e de análise da história, inclusive, sobre como foram se construindo os processos políticos que incidiram na construção de políticas públicas como o SUS.

Considerando isso, a seguir, realizaremos um mergulho sobre a ideia, projeto e processo da Reforma Sanitária Brasileira, analisando vestígios e pontas soltas na sucessão

de ações, conjunturas e circunstâncias que dispararam a construção do atual sistema de saúde do país, como oportunidade de sankofiar sua história.

2. SANKOFIANDO A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

2.1. São necessários outros olhares para a RSB

Após trinta e cinco anos da inscrição do Sistema Único de Saúde (SUS) na carta constitucional do país e da garantia formal da saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado, porque retomar o debate sobre a Reforma Sanitária Brasileira (RSB)? Porque é necessário, no tempo presente, olhar para o passado e buscar o que ficou esquecido para trás – é preciso fazer o movimento Sankofa!

Além da literatura sobre o histórico da RSB (SCOREL, 1999; GERSCHMAN, 1995; PAIM, 2008; SOPHIA, 2015; FLEURY, 1989), nos últimos anos, alguns estudos vêm se atentando a retomar o debate teórico sobre a RSB, refletindo sobre suas táticas e estratégias, limitações e alcances e sua relação com o campo da Saúde Coletiva (DANTAS, 2017; FLEURY, 2018; VIEIRA-DA-SILVA, 2018, SANTOS *et al.*, 2016; SOUTO *et al.*, 2016; COHN, 2018).

Uma revisão sistemática (VIRGENS; TEIXEIRA, 2022) analisando o conjunto de artigos que trataram sobre o tema da Reforma Sanitária entre 1987 e 2019, pode fazer perceber que, apesar do exercício de tecer análises para contribuições críticas e construtivas ao campo da Saúde Coletiva e de que as mesmas são influenciadas pela conjuntura política e social do país, a maior parte das produções acabam por reanalisar um mesmo temário deste processo e período histórico.

Apesar disso, de acordo com Faustino (2017), a partir da segunda metade do século XX, com a entrada de novos sujeitos políticos e o surgimento dos novos movimentos sociais, o debate sobre o direito à saúde se acopla a uma disputa sobre a concepção de direitos, produzindo deslocamentos sobre sua vinculação ou não às contradições da luta de classes. Esta mudança ocasionou gradual diversificação dos sujeitos reivindicantes, que passam a se mobilizar também a partir de marcadores sociais como gênero, orientação sexual, raça/etnia, nacionalidades, faixa etária, dentre outras expressões de diversidade.

Rosário (2020), em seu estudo sobre o entrecruzamento entre a história do movimento sanitário e o Partido Comunista Brasileiro, chega em sua conclusão identificando uma lacuna relacionada à constituição das bases de apoio social que o movimento da saúde teve, além de constatar a não explicitação de seus atores, seus papéis

e propostas para o debate da RSB.

Neste sentido, uma outra gama de estudos tem se atentando a uma provocação de compor outros olhares, pesquisando temas e discussões que não ganharam visibilidade no escopo mais convencional dos estudos sobre a RSB. Suscitar estes outros olhares foi a intenção de Tatiana Vargas de Faria Baptista, Camila Furlanetti Borges, Mônica de Rezende (2019), ao organizarem o número temático 43 da Revista Saúde em Debate.

De acordo com as organizadoras da edição, o contexto da publicação da revista realizada no ano de 2019, foi no sentido de fazer parte de um movimento de resistência frente à revoada da composição de transformações políticas, econômicas e sociais que coincidiu com movimentos retrógrados e conservadores que fragilizavam os avanços conquistados em décadas de luta por direitos. Nesta resistência e na radicalidade da defesa da vida e da diversidade que nos forma enquanto sociedade brasileira – a quem sem endereça a política pública, que as mesmas enunciam:

[...] um projeto de Reforma Sanitária plural, com a voz de mulheres, populações LGBTQI+, negras, negros, indígenas, ribeirinhos, boias-frias, sem-terra, trabalhadoras, trabalhadores, pessoas privadas de liberdade, portadores de sofrimento psíquico, pessoas com deficiência e tantos outros que são empurrados para a margem das políticas de Estado (BAPTISTA, BORGES, RESENDE, 2019).

Desta forma, referencio-me na inspiração desta edição da revista, sobretudo dos estudos que problematizam o caminho de construção da RSB como construção de política de saúde no Brasil que garanta a dignidade e o ‘bem-viver’ das populações. Pesquisas, estas, que se propõem ir além de um “caminho revisitado da RSB” (COHN, 2018), indo em “busca do tempo perdido” (GUIMARÃES, SANTOS, 2019), e que colocam no centro, questões como a participação do movimento social (REZENDE, CRUZ, REZENDE, 2019), dos movimentos feministas (SILVEIRA, PAIM, ADRIÃO, 2019), LGBTQIAPN+ (BEZERRA, *et al*, 2019), população indígena (PONTES, *et al*, 2019), a questão agrária e agroecológica (ALVES, CARNUT, MENDES, 2019; SILVA, PRADA, 2019; BURIGO, PORTO, 2019), sobre a necessidade de outras formas de ensinar sobre a RSB (CARNUT, MENDES, MARQUES, 2019), entre outras.

Considerando que a conclusão de João Virgens e Carmem Teixeira (2022) deixa nítida de que a escolha dos referenciais teórico-metodológicos está relacionada com a trajetória profissional e política dos autores que pesquisam sobre a RSB, e que isso, por sua vez, impacta na delimitação dos “objetos de estudo” e, conseqüentemente, na disseminação e nos resultados das análises sobre o movimento sanitário, que esta pesquisa

interroga a história “oficial” da Reforma Sanitária. Na afirmação de que é preciso fomentar a construção e/ou visibilização de outros olhos de ver a Reforma Sanitária.

Numa inclinação de aceitar tal convite e na acepção do desafio de questionar, investigar, pesquisar, a partir dos olhares da contribuição negra no processo da Reforma Sanitária, proponho-me neste capítulo, traçar um resgate do que foi a história “oficial” da RSB, justamente para constatar, nestas narrativas, o que foi invisibilizado, para que, na sequência, o fazer Sankofa possa apoiar a reconstruir fatos que possam evidenciar na construção do SUS, o potencial de uma política pública com DNA Amefricano.

2.2. A história “oficial” da Reforma Sanitária Brasileira e o “fantasma da raça ausente”

Em meio à Guerra fria, a partir dos anos 1960, em um mundo cindido entre polos capitalistas e socialistas sob a marca de instabilidades políticas resultantes desse enfrentamento, vários países da América Latina passaram por golpes de Estado, em cenários de autoritarismo e regimes autocráticos para a contenção dos pensamentos de “esquerda”. Enquanto Cuba, a partir de seu processo revolucionário (1959), inspirava a organização de movimentos similares ao redor do mundo, os Estados Unidos se firmavam enquanto principal potência econômica, estabelecendo apoio político e financeiro para a deposição de governos contrários aos seus interesses (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Sob reflexos destes ventos, no Brasil, instaurou-se a ditadura empresarial-militar que ocorreu entre 1964 e 1985. Um período marcado por um temporário crescimento econômico, significativo desenvolvimento industrial com o conseqüente aumento da inflação e da dívida externa, caracterizado por Milagre Econômico (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Sob a égide da “pacificação” pós Golpe militar de 1964, ou seja, a partir de um contexto de “silenciamento à ferro e fogo, dos setores populares e de sua representação política”, esse Milagre Econômico foi se estabelecendo a partir de uma aliança entre o Estado militarizado, as multinacionais e o empresariado nacional, deixando como legado, por exemplo, a dívida externa (GONZALEZ, 2022, p, 17).

Do ponto de vista político e social, a Ditadura cerceou as greves e estabeleceu uma série de marcos para a reformulação do sistema político para o bipartidarismo – que operava enquanto norma questionada a partir da existência de diversas organizações clandestinas – e a submissão do Congresso aos interesses do executivo a partir de atos institucionais (ESCOREL, 1999). Ainda, frente aos efeitos temporariamente benéficos à

economia brasileira, não se sentava à mesa a grande massa da população, sobretudo, a negra (GONZALEZ, 2022).

Para os negros, a Lei de Segurança Nacional, instituída em março de 1967, ditava em seu artigo nº 33, item VI, a configuração de crime contra a segurança do Estado Brasileiro incitar publicamente ao ódio ou à discriminação racial, incluindo veiculação na imprensa, panfletos radiodifusão ou televisão. Isto intensificou, portanto, a repressão política dos ativistas antirracistas. Falar sobre o racismo era tido com a mesma repressão que os ideais “marxistas” (SOARES, 2016).

A crescente insatisfação com o arrocho salarial, perpetuação das desigualdades na capilarização dos benefícios da modernização passaram a produzir a pressão social para uma abertura, para um processo de redemocratização do país (ESCOREL, 1999).

O tensionamento no período em que o país era governado por Ernesto Geisel, ocasionou a distensão lenta, gradual e segura, conhecida como um processo intencional e estratégico de abertura democrática frente a deslegitimação e efeitos deletérios do exercício do poder político pelos militares. Contudo, a oposição ao regime buscou ampliar e ocupar essa iniciativa, que ao longo do tempo e de muita luta, transformou a distensão em abertura, e a abertura em democratização. Isso gerou uma reativação do canal entre governo e sociedade civil e maior destaque para o planejamento governamental (ESCOREL, 1999).

É neste contexto de reabertura e redemocratização do país, que ganha força a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), como reflexo e necessidade de uma agenda que atentasse não somente para uma reforma no setor saúde, frente as piores das condições de vida, mas, também, afirmando uma disputa onde a saúde deixa de ser apenas um interesse técnico, podendo contribuir politicamente para fortalecer o debate democrático na sociedade (CEBES, 1979).

Fleury (1997) afirmava que o projeto da RSB apontava para um modelo de democracia de base, voltada essencialmente para a formulação de uma utopia igualitária; a garantia da saúde como direito de todos e a construção de um poder local baseado na gestão social democrática.

Paim (2007), descreve a Reforma Sanitária Brasileira como um ciclo de uma “ideia-proposta-projeto-movimento-processo”, vinculada a um conjunto de conhecimentos e práticas sociais e políticas com a função de modificar, a partir de uma reforma social, uma totalidade de questões essenciais para a melhoria das condições de vida da população.

O autor localiza que o componente ideia da Reforma inicia-se pela apresentação da tese *O Dilema Preventivista*, defendida em 1975 por Sergio Arouca (Arouca, 2003), pela constituição do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976, e criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, como expressões do pensamento inicial.

O componente proposta, segundo Paim (2007), relaciona-se com a articulação de proposições realizadas no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados (BRASIL, 1980), sobretudo a partir da apresentação do texto *A questão democrática na área da saúde*, em que é proposta a criação do Sistema Único de Saúde (CEBES, 1980).

A dimensão de projeto corresponde, para ele, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (BRASIL, 1987), onde um conjunto de proposições são apresentadas em nível institucional, sendo a materialização do projeto, o relatório da própria Conferência.

Já a instituição da Reforma como movimento surge com a criação do CEBES em 1976 e a articulação de diferentes atrizes e atores em torno de um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais, que tomam a saúde como central para a construção de uma agenda de mudanças sociais.

Enquanto processo, iniciou-se em meados dos anos 1970, tendo sua idealização a partir da reorganização e fortalecimento dos movimentos sociais no processo de redemocratização. Na literatura, constam como integrantes deste processo o Movimento Sanitário, composto por Movimento estudantil setorial, difundindo a teoria social da medicina, pelo Movimento de Médicos Residentes e de Renovação Médica, que tinha atuação concreta no mundo do trabalho, por intelectuais universitários, que apoiaram na construção do marco teórico e o referencial ideológico, e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), principal veículo de formulação e difusão dos debates em torno da Saúde e Democracia (ESCOREL, 1999; BRAVO, 2006; SOPHIA, 2015).

Além do Movimento Sanitário, o qual majoritariamente se indica como protagonista no processo da Reforma, Bravo (2006) cita a participação de trabalhadores da saúde representados por entidades que se dispunham a superar o corporativismo, defendendo o fortalecimento da saúde pública, de partidos políticos de oposição, que começaram a apontar o tema em seus programas, sendo porta-vozes dos debates no Congresso, e de movimentos sociais urbanos, como os movimentos estudantil geral, sindical, popular e das Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica, que realizaram

articulação com outros setores da sociedade civil. Neste mesmo sentido, Gerschman (1995) relata também a participação dos movimentos populares e do movimento médico, cunhando o termo Movimentos Sociais em Saúde para se referir a todos os movimentos e organizações que participaram do processo de formulação e implantação de políticas públicas de saúde entre a década de 1970 e 1990.

Apesar da amplitude de setores descritos na literatura clássica como parte importante na construção da Reforma Sanitária, foi na figura do Movimento Sanitário, caracterizado como um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde, que se identifica o exercício do papel de mentoria do processo, sendo influenciado pela Reforma Sanitária Italiana¹⁰ (GERSCHMAN, 1995).

Segundo Escorel (1999), o movimento sanitário configurou-se em sua singularidade por ter construído organicidade através da identidade do discurso e criação de modelos alternativos, além de ter ampliado seu campo de ação, superando os limites do mundo acadêmico e penetrando, de certa forma, na prática dos serviços de saúde. Apesar de ter tido origem a partir de aparelhos ideológicos do Estado como as Universidades, radicou-se na sociedade civil como movimento opositor ao regime.

Apesar disso, além da disputa de projetos de saúde imputada pelo conservadorismo da Federação Brasileira de Hospitais; o modernismo-privatista das Associações e Corporações médicas representantes do mercado; e pela lógica racionalizadora, protagonizada por parte do movimento sanitário em busca da “luta pela hegemonia”, divergências dentro do movimento da RSB impactaram na concretização plena do projeto (RODRIGUEZ NETO, 1997). Dantas (2017) contribui para esta reflexão, apoiando-se nas formulações de Fleury, Gallo e Nascimento, quando caracteriza duas grandes perspectivas possíveis de diferenças no interior do movimento sanitário:

- 1) Uma divergência sobre abrangência que luta pela agenda sanitária do movimento deveria assumir, se restrita ao próprio setor e a uma dimensão mais técnico-institucional ou se necessariamente, como parte de uma luta maior, pela redemocratização;
- 2) Uma diferença de fundo ideo-político, polarizada entre socialistas e socialdemocratas, sugeridas por Gallo e Nascimento (DANTAS, 2017, p. 162).

¹⁰ A referência teórico-metodológica de Giovanni Berlinguer foi bastante relevante neste processo. Ele foi um dos intelectuais italianos mais importantes, tendo inclusive suas principais obras traduzidas para o português (CEBES/HUCITEC), tais como A Saúde nas Fábricas, Medicina e Política, Reforma Sanitária: Itália e Brasil etc.

Entendendo que, em suma, as duas perspectivas versam numa mesma direção, acredita-se que a definição entre os caminhos movimentalista e institucionalista discutidos por Sônia Fleury (1997) cumpre papel importante para desenvolver as questões que emergem daí.

A primeira questão que incluímos no seio deste debate é a do chamado “Dilema Reformista”, discutido por Fleury (1997). A autora se refere a ele como uma tensão permanente do processo da RSB, oriundo da priorização de uma reforma baseada na ocupação estatal, podendo por um lado, viabilizar mudanças democratizantes pela via institucional, e por outro, “sacrificar uma base social e coalização de forças, cuja unidade é construída em torno do desejo e da utopia” (p.14). Ou seja, a aposta na construção de uma “nova institucionalidade” e ampliação de consensos, provocam, por si só, tensões, fragmentações e dissensos, em caminhos contrários aos que eram buscados. Os, até então, tênues limites da defesa democrática, nesse sentido, ganham uma ampliação do abismo que os diferenciava, onde se contrapôs o reformismo à luta de conteúdo mais radical.

Após 30 anos da publicação do texto *Questão Democrática na Área da Saúde*, publicado pelo CEBES e que se constituiu um marco convencional da RSB, Sônia Fleury (2009) pensar na permanente tensão entre um projeto de radicalização da democracia incorporado na reforma e sua concretização possível através de urna reforma do sistema de saúde, constituiu-se enquanto uma opção de via de transição acertada, mas que foram insuficientes para enfrentar as forças contra-reformistas e alterar efetivamente as relações de poder.

Neste sentido, importa destacar que, na avaliação da autora, a mediação possível para a institucionalização e garantia do status formal do SUS pode ser tensionado enquanto tática de uma estratégia de conteúdo radical, que não se baste na institucionalidade, mas que, a partir dela, provoque a possibilidade de avanço em direção ao fortalecimento da saúde como um núcleo subversivo da estrutura social (FLEURY, 2009).

Na continuidade de sua análise, a autora indica que, para o tempo atual,

a sustentabilidade desse processo de reforma dependerá da promoção de mudanças efetivas no controle institucional, da qualidade e eficácia dos serviços, o que garantirá a preservação do apoio social à reforma. Além disso, dependerá da redução das restrições, de ordem financeira e política, a construção de um sistema amplo de proteção social, bem como **da capacidade de transacionar os conflitos gerados pelo próprio processo reformador** (FLEURY, 2009, p.160, grifos meus).

Ao tomar como condição para sustentabilidade da Reforma, a capacidade de transacionar os conflitos gerados pelo próprio processo da reforma, é impossível pensar numa correspondência que não passe pela discussão de colocar em evidência as classes populares em sua diversidade.

A dimensão que a autora trata sobre a permanência das iniquidades em saúde, nos ajuda a pensar sobre isso quando afirma que o modelo igualitário defendido pela RSB não se completou, provocando iniquidades na política de Saúde e nas demais políticas públicas no Brasil, e reproduzindo as desigualdades que estruturam a sociedade brasileira. E alerta que, mesmo o SUS tendo avançado nesta concepção de redução das desigualdades, é necessário reconhecer, identificar e transformar as condições que as reproduzem no seu interior.

Outra questão de importante compreensão para nosso arcabouço teórico e que se relaciona com esta contraposição entre reformismo e posições radicais, trata-se de um dos mais importantes entraves identificados pelas bases do projeto da reforma sanitária – o “fantasma da classe ausente”. O movimento sanitário, em sua conformação, falava de uma classe operária que não aparecia no cenário político geral, nem setorial. Por ser um movimento e não um partido, e por falar de uma classe ausente, o discurso médico-social de transformação continha esse outro ponto de tensão: sem contar com a participação direta da classe trabalhadora, o discurso e as práticas do movimento sanitário eram feitos para ela (em direção a ela) ou por ela (no lugar dela). O distanciamento concreto entre o movimento e seu objeto fez emergir uma crítica interna questionando a representatividade e a própria legitimidade da existência do movimento sanitário. Arouca (1987) denominou esse conflito ‘o fantasma da classe ‘ausente’ como elemento de controle do movimento. Em sua configuração, o movimento sanitário caracterizou-se por buscar – e seguir buscando – seus sujeitos sociais (SCOREL, 1987, p. 182).

Essa leitura evidencia um distanciamento de construção e formulação conjunta entre o movimento sanitário e os movimentos populares que estavam ativos em lutas locais na época. Pesquisas como Zanca, Magalhães e Souza (1993) e Souto (2012) citavam a mobilização do Movimento Amigo dos Bairros de Nova Iguaçu (MAB) e da Baixada Fluminense, assim como Silva (2014) e Palma (2013) discutiam sobre o papel do Movimento de Saúde da Zona Leste, e Nelsina Dias (1991) sobre a perspectiva das mulheres, sanitaristas dos pés descalços na Paraíba.

Stotz (2019) discute que, possivelmente, a VIII Conferência Nacional de Saúde tenha sido o palco de origem para a reflexão da questão, sobretudo localizada na polêmica

sobre a defesa da estatização imediata, defendida por setores integrantes do Movimento Popular da Saúde (MOPS) ou estatização progressiva do sistema de saúde, entendida como opção mais exequível por maior parte do movimento sanitário. As ditas “vias possíveis” para a institucionalização das formulações da RSB.

Dantas (2017) e Stotz (2019) concordam que a opção pela via institucional foi crucial para a cisão do MOPS, e conseqüente enfraquecimento da participação popular do processo de RSB. Dantas (2018) corrobora com as reflexões de Escorel quando afirma que a expressão do “Fantasma da classe ausente” pretende contribuir para a explicação sobre o distanciamento dos movimentos sociais, dos trabalhadores organizados e suas instituições representativas, das lutas setoriais na saúde. Neste sentido, apesar de se reconhecer a importância de participação dos movimentos populares para fortalecimento do projeto da RSB, havia um movimento de justificação desta ausência pela pulverização das lutas e pelo difícil contexto de aglutinação organizativa frente ao contexto repressor da ditadura. Assim, Escorel (1999) indicava a necessidade do Movimento da Reforma Sanitária atuar como “porta-voz” das classes subalternizadas, como se este fosse alguém considerado mais habilitado para falar pelo subalterno.

Nesta seara, vale aqui produzir uma ressalva sobre quem estamos chamando de “classes subalternizadas”. Por acaso, teriam essas classes subalternizadas raça/cor, gênero, orientação sexual, idade? Ao final da dissertação, esperamos retomar tal elemento enquanto propulsor de potência das possibilidades de subalternos que tem lugar e que podem falar em seus próprios nomes.

Apesar de uma formação sociocultural do Brasil atravessada pelas estruturas racistas e racializadas, a ausência da racialização na história oficial da Reforma Sanitária vem com o marcador de que, além da percepção sobre a ausência politicamente ativa das classes populares, subentendida estava a ausência do olhar sobre as condições de vida específicas em que a população negra se encontrava naquele determinado contexto histórico.

Neste sentido, o educador Paulo Freire (ANO), a partir da história da educação popular, contribui para que possamos refletir e problematizar as diferentes concepções de classes populares, evidenciando sua polissemia e necessidade de posicioná-la dentro de um contexto e intencionalidade.

Desde a década de 1930, a construção da ideia de Educação Popular no Brasil é marcada por diferentes perspectivas práticas e concepções de classes populares. Nas primeiras expressões da educação popular, estava incutida uma proposta educacional

apoiada ideologicamente pela elite urbana industrial, com o intuito de preparar coletivamente o “povo” para a realização de fins determinados, sob uma perspectiva de controle social das pessoas, generalizando-o enquanto unidade uniforme (FREIRE, 1987).

Inserido na discussão sobre movimentos de cultura popular dos anos 1960, Paulo Freire protagoniza uma iniciativa coletiva de discussão sobre uma educação que permita às pessoas compreenderem o contexto histórico dos processos que as afetam diretamente e construir um repertório conceitual com o qual possam desenvolver respostas políticas aos seus próprios problemas. A partir da bandeira pautada na valorização da cultura nacional, contrapondo-se à lógica colonialista e sustentando que as diferenças de culturas existentes no país eram diferenças de saberes e não desigualdades, Paulo Freire trabalhava a concepção de educação popular enquanto prática coletiva vinculada à realidade concreta singular e coletiva dos grupos marginalizados (COSTA, 2016).

O povo, sujeito histórico a quem Freire procura provocar e colocar em evidência, retrata aqueles que historicamente foram marginalizados. E que, marginalizados de si e do mundo, foram marginalizados também do poder. Partindo desta concepção, cabe, a partir de um olhar Amefricano, a análise de que há diversidade social, racial, de gênero, na unidade “povo”. E que não olhar para elas pode gerar efeitos contrários à sua emancipação, aderindo, por exemplo, ao pressuposto de uma democracia racial e ao entendimento equivocado de que há igualdade nas relações de gênero no Brasil.

Desta forma, assim como na concepção de educação libertadora, pensar pressupostos para uma saúde do ponto de vista democrático precisa passar pelo entendimento de que, ao tratar das classes populares e seus protagonismos na articulação e mobilização política, torna-se fundamental nominá-las movimentos comunitários, movimentos negros, movimento de mulheres, para que se evidenciem todas as nuances e contradições atribuídas à diversidade destes grupos sociais.

Nesta direção, o fantasma da raça ausente na Reforma Sanitária se apresenta como um sintoma da generalização da política de saúde construída e voltada a um povo universal, não racializado, sem diferenças territoriais, sem diferenças de gênero e também de interesses e perspectivas políticas. Em tempo, há de não ser tabu voltar atrás e buscar o que se esqueceu.

2.3. Militâncias negras, institucionalidade e o universalismo europeu nas políticas públicas

Tomando as palavras de Flávio Gomes (2005),

análises sobre discursos, debates e produção de ideias - sob classificação de “acadêmicas” ou de “políticas” - muitas vezes foram construídas dissociadas de agentes, interlocutores e, principalmente, de contextos históricos (GOMES, 2005).

Frente a isso, nos interessa sancofiar algumas histórias sobre Movimentos Negros. Para tanto, recorro ao historiador Flávio Gomes (2005) que expressa, a partir de seus estudos, a ausência e invisibilidade das experiências e biografias negras no Brasil republicano, inserindo essa pesquisa no campo das contribuições para produzir visibilidade.

Para dar contexto a uma análise sobre os movimentos negros, vale resgatar brevemente o processo de diáspora forçada e a composição dos diferentes povos africanos que foram escravizados. Neste período, foram trazidos povos iorubás, nagôs, daomeanos, malês, muçulmanos, angolanos, moçambicanos, entre muitos outros – que, apesar de terem experienciado a mesma vivência no processo da escravização, construíram diferentes formas de resistência ao regime escravista. Quilombos, Irmandades (Nossa Senhora da Boa Morte na Bahia em 1820, Nossa Senhora do Rosário em Caicó/RN em 1680; São Benedito dos Homens Pretos no RJ em 1640), as Sociedades de ajuda, clubes e agremiações, espaços religiosos como os terreiros de candomblé e demais religiões de matriz africana, movimentos populares e culturais foram algumas destas formas de organização para a resistência coletiva. Tal diversidade vai influenciar, também, as formas de organização que vão se desdobrando ao longo do tempo. Apesar de tal pluralidade não constituir uma novidade, pouco se tem analisado sobre a mesma (GONZALEZ, 2022).

De acordo com Joel Rufino dos Santos (1994, apud DOMINGUES, 2007), o Movimento Negro é representado por

(...) todas as entidades, de qualquer natureza, e todas as ações, de qualquer tempo [aí compreendidas mesmo aquelas que visavam à autodefesa física e cultural do negro], fundadas e promovidas por pretos e negros (...). Entidades religiosas [como terreiros de candomblé, por exemplo], assistenciais [como as confrarias coloniais], recreativas [como “clubes de negros”], artísticas [como os inúmeros grupos de dança, capoeira, teatro, poesia], culturais [como os diversos “centros de pesquisa”] e políticas [como o Movimento Negro Unificado]; e ações de mobilização política, de protesto anti-discriminatório, de aquilombamento, de rebeldia armada, de movimentos artísticos, literários e ‘folclóricos’ – toda essa complexa dinâmica, ostensiva ou encoberta, extemporânea ou cotidiana, constitui movimento negro (SANTOS, 1994, apud DOMINGUES, 2007).

Considerando os efeitos deletérios do processo de colonização, o apagamento da

cultura, a falsificação da história, o ocultamento das referências da origem africana e dos silenciamentos promovidos à releituras do colonialismo, é facilmente reconhecível que toda e qualquer iniciativa de mobilização, resgate da cultura e posicionamento negro se configura como uma luta política. Por isso, tal concepção será tomada, aqui, como bússola para analisar os vestígios da interlocução entre os movimentos negros e o movimento sanitário.

Incluindo isso, a título de necessidade de delineamento para a reconfiguração histórica, considerando a limitação de abordar os percursos de todo este conjunto de expressões, discorrerei aqui sobre o que Petrônio Domingues (2007) entende por Movimento Social Negro, enquanto espaços de organização dos negros para resolver seus problemas na sociedade, principalmente no enfrentamento às discriminações raciais que marginalizam a população negra nos diferentes espaços sociais.

O retrato “oficial” sobre a história dos movimentos sociais negros é caracterizado por uma série de descontinuidades e contradições, que envolve inúmeras lutas, violência, derrotas, importantes vitórias e muitas memórias a serem reconstituídas (GOMES, 2005; SOARES, 2016).

A imprensa negra, ativa principalmente em São Paulo, atuava como canal de evidenciação das pautas raciais sob diferentes perspectivas. Jornais como *O Homem de Cor* (1833), *A Pátria* (1889), *O Exemplo* (1892), *Alvorada* (1907-1965), *O Combate* (1912), *O Menelik* (1915), *O Xauster* (1916), *O Bandeirante* (1918), *A Liberdade* (1918), *União* (1918), *Getulino* (1916-1923), *O Sentinela* (1920), *O Alfinete* (1918-1921), *O Kosmos* (1924-1925), *O Clarim d'Alvorada* (1929-1940), *A Voz da Raça* (1933-1937), *Raça* (1935), *Tribuna Negra* (1935), *O Novo Horizonte* (1946-1954), *Cruzada Cultural* (1950-1966), entre outros, eram canais das organizações negras na disseminação de informação (DOMINGUES, 2007; SOARES, 2016; GOMES, 2017).

O primeiro grande movimento nacional de cunho ideológico pós abolição foi a Frente Negra Brasileira (FNB), existente entre 1931 e 1937, que foi a maior organização negra da história da República, em termos de projeção e repercussão. A FNB inicia sua existência enquanto uma associação de caráter político, recreativo e beneficente, em São Paulo, com acenos para se tornar uma entidade de envergadura nacional. No ano de 1936, transforma-se em partido político, contudo, com menos de um ano enquanto partido político, a partir da assinatura do Decreto nº 37, de 2 de dezembro de 1937, que proibia os partidos políticos no Estado Novo, passou a estar na ilegalidade, ocasionando em sua extinção. A entidade tinha no jornal *Voz da Raça: Deus, Pátria, Raça e Família*, seu canal

de comunicação.

A FNB tinha como perspectiva a defesa do enfrentamento ao racismo a partir do aperfeiçoamento moral e intelectual, aderindo, assim, a uma visão integralista/assimilacionista e ultranacionalista conservadora (GOMES, 2005; SOARES, 2016; GONZALEZ, 2022;). Apesar desta perspectiva, contradições internas representadas por seus dirigentes Arlindo Veiga Santos (espectro político de direita) e José Correia Leite (espectro político de esquerda) influíam e evidenciavam a inexistência de blocos monolíticos na organização negra (MALATIAN, 2017).

Neste percurso histórico, pode-se citar também o Teatro Experimental do Negro (TEN) atuante entre 1944 e 1961 no Rio de Janeiro. Organização criada com o intuito de promover a valorização social do negro no Brasil através da educação, da cultura e da arte, com sua posição crítica frente ao racismo, desenvolvia práticas de alfabetização, informação, formação de atores e criação de peças teatrais que colocavam o racismo em questão. O TEN, tendo entre seus expoentes, Abdias Nascimento, tinha no jornal *Quilombo* (1948-1950) seu mecanismo de comunicação sobre o *Nosso Programa*. Infelizmente, por pouco enraizamento popular, o TEN finalizou suas atividades, deixando herdeiros e saberes (GOMES, 2005; GOMES, 2017).

Ainda, destacamos a existência do Movimento Negro Unificado (MNU), criado em 1978, em plena Ditadura Militar, na contramão do sistematizado. É a experiência que segue até hoje, atuando enquanto uma das referências nacionais para as militâncias negras (GOMES, 2005). Sobre este movimento, aprofundaremos mais a frente algumas discussões à luz de sua participação na constituinte e nas mobilizações sociais no processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Ao produzir um exercício de considerar a pluralidade de composição dos movimentos sociais negros a partir da contextualização de diferentes atores e tensões, damos espaço para enfrentar a invisibilidade e o silenciamento de várias experiências, associações, debates e personagens históricos dos movimentos antirracistas. Neste sentido, a análise e crítica à historiografia “oficial” por Gomes (2005), traz a importância de não essencializar, sob o risco de homogeneizar o movimento negro, mas de considerar as militâncias negras como protagonistas de seus próprios processos, guardadas suas diferenças táticas e de objetivo.

Com estudo concentrado na década de 1940, sobretudo no Rio de Janeiro e São Paulo, em um contexto de efervescência política com fim da Segunda Guerra Mundial, da ditadura Vargas, realização das eleições presidenciais, ampliação da participação popular,

retomada dos partidos políticos, Assembleia Constituinte e a importante presença da discussão sobre o racismo na imprensa e na Constituinte, Flávio Gomes (2005) traz como pistas questões “suleadoras” para sankofiar em nossa pesquisa: Que questões estavam em jogo na arena política? Qual o papel das alianças políticas externas ao movimento negro? Quem eram os intelectuais negros dentro e fora do espaço institucional? Quais formas de combate ao racismo estavam presentes? Elas poderiam ser utilizadas no campo institucional? Espaços de mobilização e discussão ampliados, como a Convenção Nacional do Negro (1945), a Conferência Nacional do Negro (1949) e os Congressos do Negro Brasileiro (1950) foram oportunidades para analisar parte desses contextos.

A Convenção Nacional foi coordenada pelas principais referências do TEN em São Paulo, como Abdias do Nascimento e Agnaldo Camargo. Ocorrida num período anterior às eleições presidenciais, pode ser uma oportunidade de elaboração de uma plataforma política, a ser entregue aos candidatos da época. O manifesto elaborado voltava-se a dialogar, também, com os negros, conclamando motes como a unificação e coordenação dos trabalhos, além da autonomia dos negros frente à construção da luta política. Era um vocativo à efetiva participação dos negros e uma negação à tutela ou patrocínio político dos aparatos político-partidários hegemonicamente brancos. Além disso, pautas amplas e setoriais foram descritas, remetendo a reivindicações de inclusão e integração (GOMES, 2005).

Neste mesmo período, a discussão sobre a Constituinte também se apresentava em alta. Nesta seara, Flávio Gomes chama a atenção, sobre o baixo volume de produção que relatasse ou analisasse, por exemplo, o nível de repercussão da participação dos setores negros, associações e intelectuais na aprovação da Carta Magna, para além do dito no dispositivo legal. Descrever o papel do Senador negro Hamilton Nogueira, a posição dos partidos políticos, as divisões dos movimentos negros, o papel de pressão e visibilidade dos mesmos e como se comportavam ou posicionavam as demais lideranças negras naquele contexto eram indicativos que precisavam se aprofundados.

Se tratando da Conferência Nacional do Negro (1949), também encampada por dirigentes do TEN, Guerrero Ramos, Edson Carneiro e Abdias do Nascimento, tinha como objetivo organizar o Congresso do Negro Brasileiro, contando com a presença de representantes da Organização das Nações Unidas (ONU). Já o Congresso do Negro Brasileiro (1950), que reunia as diferentes expressões do pensamento negro brasileiro, visava abrir uma interlocução (ou rivalização) entre as dimensões de cultura, academia e política. Tensão que se desdobrava nas relações internas do TEN e dos setores negros da

época (GOMES, 2005; NASCIMENTO, 1982).

Segundo D'Adesky (2005), nos anos 1970, com a emergência do MNU há também uma inflexão no seio dos movimentos sociais negros, sobre os efeitos do racismo e a ambiguidade do “mito” da democracia racial enquanto operação ideológica. O contexto de enfrentamento deste “mito” foi dando sustentação para a proposta das ações afirmativas, encampadas, principalmente, na luta pela garantia da reserva de vagas/cotas raciais nas universidades públicas.

D'Adesky (2005, p. 155) contribui a partir de sua análise sobre os argumentos contrários às ações afirmativas, para atentar sobre a importância de problematizar o discurso universalista de Yvonne Maggie, Peter Fry e Ali Kamel. Segundo o autor, políticas isentas às diferenças, ou seja, universalistas, não reduzem nem eliminam as evidentes desigualdades originadas pelo racismo, sexismo, xenofobia e por outras práticas discriminatórias.

Neste sentido, “a política da diferença” consiste em direcionar que os tomadores de decisões na área pública possam dar sentido à aplicação do princípio da igualdade, ao mesmo passo que denuncia a cidadania de segunda classe resultada pelo racismo, preconceito e intolerância. Tende a promover um tratamento diferencial para favorecer os grupos discriminados.

Diferente de refletir um discurso divisionista, a reivindicação da equidade nas políticas públicas passa pela garantia do reconhecimento da diversidade étnica e racial do país. D'Adesky (2005) completa que, majoritariamente, a academia e os (tidos) intelectuais brasileiros não previram, imaginaram ou sustentaram a possibilidade de instaurar políticas públicas específicas em favor das populações negras.

É possível perceber o que D'Adesky (2005) aborda, quando se constata, por exemplo, as reações frente as propostas de ações afirmativas para a população negra. O *Manifesto anticotas: cidadãos anti-racistas contra as leis raciais* assinado por 113 intelectuais, sindicalistas, empresários e ativistas dos movimentos negros no país, em 2008, pedindo a suspensão do sistema de cotas para negros nas universidades e do programa ProUni, sob a alcunha de defender que “Por certo existe preconceito racial e racismo no Brasil, mas o Brasil não é uma nação racista” (2008, n.p.). Ainda, afirmavam que “As cotas raciais não são um distúrbio no ensino superior, mas a face mais visível de uma racialização oficial das relações sociais que ameaça a coesão nacional” (n.p.). E continuavam o apelo ao Supremo Tribunal Federal:

Ao julgar as cotas raciais, o STF não estará deliberando sobre um método de

ingresso nas universidades, mas sobre o significado da nação e a natureza da Constituição. Leis raciais não ameaçam uma elite branca, conforme esbravejam os racialistas, mas passam uma fronteira brutal no meio da maioria absoluta dos brasileiros. Essa linha divisória atravessaria as salas de aula das escolas públicas, os ônibus que conduzem as pessoas ao trabalho, as ruas e as casas dos bairros pobres. Neste início de terceiro milênio, um Estado racializado estaria dizendo aos cidadãos que a utopia da igualdade fracassou - e que, no seu lugar, o máximo que podemos almejar é uma trégua sempre provisória entre nações separadas pelo precipício intransponível das identidades raciais. É esse mesmo o futuro que queremos? (MANIFESTO, 2008, n.p.).

Tal posição, refutada por alguns dos assinantes que anos depois se reposicionaram, incluía a posição de uma grande gama de pesquisadores e intelectuais da Saúde Coletiva, e evidenciava um não reconhecimento de que o Estado brasileiro já opera de forma racializada, como bem desenvolvem Flávia Souza, Thamires Medeiros e André Mendonça (2020).

Neste mesmo sentido, o mesmo pode ser observado, também, no campo da política pública de saúde, quando Marcos Maio e Simone Monteiro (2005) indicam o caso da Saúde da População Negra como um efeito dos “tempos de racialização”. No artigo, os autores (2005, p. 439) afirmam que “tal perspectiva se distancia da tradição sanitarista brasileira, construída sob o signo do universalismo, chancelada pelo Estado”. Apesar do aspecto descritivo que o texto elenca, os mesmos autores elaboram outro texto, onde tecem uma reação ao reconhecimento do racismo institucional no Sistema Único de Saúde no dia de Mobilização Nacional Pró-Saúde da População Negra, em 2006. Em nota, problematizam:

Não é de hoje que se celebra o reconhecimento de “raças distintas” e são propostas “políticas raciais”, expressões usadas pelo ex-presidente Fernando Henrique Cardoso em suas memórias publicadas este ano. Foi em seu governo que tais ações foram inauguradas, sendo agora expandidas no governo Lula. Discordamos dessa agenda. O SUS é o resultado de uma luta antiga, da tradição sanitarista não-racialista. O movimento da Reforma Sanitária, calcado no tripé universalidade, integralidade e gratuidade, concebe a saúde como um direito de cidadania. Há um consenso de que a reforma da saúde é um dos mais bem-sucedidos projetos políticos de inclusão dos setores populares. O que falta, de fato, é um amplo e obrigatório debate público sobre políticas de saúde de recorte racial, diferentemente do que ocorre com a atual discussão do projeto de lei sobre cotas raciais nas universidades públicas. Em contraposição à política pública racializada, ou seja, uma política que define o preconceito racial como o eixo da desigualdade no Brasil, propomos o aperfeiçoamento dos mecanismos das políticas de humanização do SUS. Ao invés de se denunciar o suposto “racismo institucional”, em que atos preconceituosos são atribuídos genericamente a entes institucionais, em detrimento da importância das ações dos atores sociais e políticos, devemos nos opor a todas as formas de discriminação. O SUS é uma conquista de caráter universalista rumo a um país mais justo e igualitário, como nos ensinou em vida o sanitarista Sergio Arouca (MAIO, MONTEIRO, RODRIGUES, 2006, p. 1).

Este exemplo possibilita identificar a dimensão de uma “tradição sanitarista”, evocada por ambos os textos, onde se reivindica, mais explicitamente no segundo texto, um carácter universalista como potencial produtor de justiça e igualdade. Conforme já tratado anteriormente, é justamente a não racialização do branco que justifica a não racialização das políticas públicas, coadunando e reforçando o branco enquanto ocupante do lugar universal, respaldando a reprodução do mito da democracia racial e a invisibilização das desigualdades raciais enquanto estruturantes da sociedade brasileira.

Problematizando tal questão, Deivison Faustino (2017), com apoio de Amélia Cohn, busca desembolar o meio de campo, distinguindo o que os autores vão chamar de focalização das políticas, colada as propostas de mecanismos internacionais como o Banco Mundial, da necessidade de existência de programas e políticas específicas, que possam reconhecer as iniquidades em saúde para garantir o acesso universal.

Ainda com tal logicidade, Faustino (2017, p. 3838) sistematiza que, por se propor uma política articulada no interior do SUS, a Política de Saúde da População Negra visa “complementar, aperfeiçoar e viabilizar a política universal” não em seu sentido universalista, mas assumindo a totalidade enquanto dimensão que inclui o singular, o particular e o universal, conforme pensado por Lukacs¹¹.

Nesta mesma direção, André Mendonça e Leandro Gonçalves (2019), em alusão a obra *Sobre o conceito de História* de Benjamin (ano), vão tratar sobre o conceito de história da Saúde Coletiva. A partir de doze teses sobre a história da Saúde Coletiva, em que pese a relevância do campo da saúde coletiva e do Movimento Sanitarista nos rumos da saúde pública e da sociedade brasileira, evidenciam que os mesmos não ficam imunes de produzir e reproduzir Sexismo, Elitismo e Racismo, alcunhados pelo acrônimo SER.

Neste sentido, a partir de algumas destas pistas sobre uma tradição sanitarista que se reivindica universalista, darei *zoom* na Reforma Sanitária Brasileira, buscando analisar a partir de sua história “oficial” e insistentes vestígios da militância negra, as entrelinhas, caminhos para o resgate de uma memória denegada.

¹¹ Lukács (1967) propôs que para um tratamento e compreensão verdadeiro e autêntico da realidade, a conexão entre as dimensões singular, particular e universal dos fenômenos deve ser explicitada. Decorre desta proposição que a descodificação da relação dialética entre o singular-particular-universal constitui um dos princípios necessários à implementação do método do materialismo histórico-dialético, que visa compreender a essência concreta dos fenômenos para além da sua representação imediata.

2.4. A saúde na agenda do movimento social negro e a Assembleia Nacional Constituinte

Tratando ainda da perspectiva de democracia, os vestígios que carregam o debate democrático para as estruturais formais e institucionais, estão inscritos também a partir do processo de discussão que culminou no Congresso Constituinte. Natália Neris (2019), em sua dissertação intitulada *A voz e a palavra do movimento negro na assembleia nacional constituinte (1987/1988): um estudo das demandas por direitos*, resgata, em fôlego, de que modo se deu a tematização sobre o racismo e as questões raciais na interlocução produzida entre a sociedade civil e o Estado no processo de discussão da Carta Magna.

Neste contexto, ela retoma que a militância negra viu, na oportunidade da abertura democrática, possibilidades para maior intervenção política acerca da temática racial. As denúncias sobre a violência policial e as precárias condições de vida colocavam em xeque os benefícios do suposto milagre econômico da Ditadura, que não beneficiou o trabalhador negro (NERIS, 2019).

Em uma direção de organização para a intervenção no processo da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), sobretudo na Comissão da Ordem Social e na Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias, o MNU teve em sua representação figuras como Lélia Gonzalez. Em sua primeira intervenção em audiência pública, a intelectual afirma:

Colocar a questão do negro numa sociedade como a nossa é falar de um período histórico de construção de uma sociedade, construção essa que resultou em um grande País como o nosso e que, em última instância, resultou, também, **para os construtores deste País, num processo de marginalização e discriminação**. Invocamos aqui as palavras de Joaquim Nabuco, ao afirmar que o **africano e o afro-brasileiro trabalham para os outros, ou seja, construíram uma sociedade para a classe e a raça dominante**. E **falar de sociedade brasileira; falar de um processo histórico e de um processo social é falar justamente da contribuição que o negro traz para esta sociedade**, por outro lado é falar de um silêncio e de uma marginalização de mecanismos que são desenvolvidos no interior desta sociedade, para que ela se veja si própria como uma sociedade branca, continental e masculina, diga-se de passagem (GONZALEZ, 2020c, grifos meus).

Em tom de importantes denúncias, Lélia indica, em sua fala, o papel do negro enquanto construtor do país, uma vez que, segundo ela, é neste país construído também por negros, que por sua estrutura de classes e de raças dominantes, produzem e

reproduzem apagamentos e marginalização.

Neste mesmo sentido, concordando com a autora, retomo a importância de localizar o negro dentro da estrutura social enquanto trabalhadores negros, ao qual as políticas públicas defendidas pela esquerda se afirmam pretensas a alcançar.

As esquerdas embarcam no velho discurso da democracia racial brasileira e não atentam para o fato de que a maior parte dos trabalhadores brasileiros é constituída por negros e não atentam para essa contradição que marca as relações de nossa sociedade (LÉLIA, 2020c, p. 251).

Apesar do importante protagonismo do MNU, as contribuições sobre o tema racial na Comissão e Subcomissão da ANC não se davam somente por meio de sua participação. O *Dossiê Mulheres Negras*¹², encaminhado pelo Conselho Estadual da Condição Feminina do Governo do Estado de São Paulo/Comissão para *Assuntos da Mulher Negra* em 1987, trata das concretudes do racismo a partir de cinco temáticas: (1) Discriminação da mulher negra no mercado de trabalho; (2) Educação, (3) Controle de natalidade, (4) Violência Policial, (5) Discriminação e acesso à justiça (NERIS, 2019).

Considerando a Reforma Sanitária um marco, não só para a organização setorial da saúde, mas como prenúncio de um projeto de disputa social, entende-se que, por tomar o conceito ampliado de saúde forjado neste período, todas as temáticas relacionadas pelo movimento de mulheres negras caberiam enquanto contribuição no processo. Tomando o nascimento como um valor fundamental para povos africanos e afrodiaspóricos, seleciono o tema do controle da natalidade como exemplar caso-traçador.

No texto de sugestão do Dossiê, descrito por Neris (2019), indica-se que apesar do reconhecimento dos avanços para o olhar da atenção integral à mulher, mobilizado pelo movimento feminista, não havia consenso entre mulheres brancas e negras, ao se tratar do dito “planejamento familiar”. Isso, porque as mulheres negras identificavam a discussão sobre distribuição de medicamentos anticoncepcionais e realização de laqueaduras para mulheres pobres, que eram majoritariamente negras, como um “mecanismo de controle de sua prole”. Reconheciam-no como um mecanismo “imperialista, racista e antinatalista, reproduzido em países africanos e subdesenvolvidos”. Aderiram a discussão sobre o controle de natalidade a uma histórica e justificada desconfiança de ameaça ao extermínio.

Outras contribuições vieram por meio de Resoluções da Convenção Nacional, denominada *O Negro e a Constituinte*, que foi encaminhada à ANC pelo Centro de

¹² Sugestão número 2.754-5 disponível no DANC, 9/5/1987, p. 383-407

Estudos Afro-Brasileiros. Segundo o descrito no documento, sua legitimidade era solidificada por refletir os anseios da comunidade negra organizada por encontros realizados em todo o país. Foram dez grandes temários reivindicativos, que versam entre Direitos e Garantias individuais, Violência Policial, Condições de Vida e Saúde, Mulher, Menor, Educação, Cultura, Terra, Trabalho e Relações Internacionais. Destes, trago como destaque o tema “Condições de vida e saúde”, ao qual versava sobre:

1- Licença maternidade de seis meses, 2- Legislação específica para fortalecimento de programas de prevenção de doenças, 3- Estatização, socialização e unificação do Sistema de Saúde, 4- Assistência ao idoso independente de contribuição à previdência, 5- Estatização do transporte público, 6- Construção de moradias dignas para as populações carentes e de baixa renda. O gasto com a moradia não será superior a 10% do salário do trabalhador. 7- Destinação de 20% do Orçamento da União à saúde, 8- Nacionalização todas as Indústrias e Laboratórios Farmacêuticos no País (CONVENÇÃO NACIONAL DO NEGRO, 1987 apud NERIS, 2019, grifos meus).

Ademais, na pauta relativa às questões da “Mulher”, o documento abordava:

1- Que seja assegurado a plena igualdade de direitos entre o casal, e que, à mulher mãe, seja assegurado o direito de fazer constar no Registro de Nascimento do filho, o nome do pai, independentemente do estado civil da declarante; 2- Proibição de implantação de todos e quaisquer programas de controle da natalidade pelo Estado; 3- Descriminalização do aborto na forma que dispuser a lei ordinária (CONVENÇÃO NACIONAL DO NEGRO, 1987 apud NERIS, 2019, grifos meus).

Sobre o tema do “Trabalho”, as resoluções apresentavam:

1 - Que a duração da jornada diária do trabalho não exceda a 6 (seis) horas, ficando ainda, assegurado o repouso semanal remunerado e, igualmente, os feriados civis e religiosos, de acordo com a tradição local. 2- Estabilidade do trabalhador no emprego, desde o início do Contrato de Trabalho. 3- Reconhecimento da profissão de Empregada Doméstica e Diaristas, de acordo com o estabelecido na CLT. 4- Aposentadoria por tempo de serviço com salário integral, acrescido de 30%, a título de bonificação. 5- Trabalhadores, de qualquer categoria profissional ou ramo de atividade, inclusive rural: - salário mínimo real; - direito irrestrito de greve; - liberdade e autonomia sindical; - proibição de diferença de salários e de critérios de admissão no trabalho, por motivo de sexo, cor ou estado civil. 6- Escala móvel de salário, de acordo com a elevação do custo de vida. 7- Licença aos pais, nos períodos de natal e pós-natal do filho, para usufruir com plenitude da paternidade. 8- Que seja assegurado também ao marido ou companheiro, o direito de usufruir dos benefícios previdenciários decorrentes da contribuição da esposa ou companheira. 9- Direito de sindicalização para os funcionários públicos; 10- Que seja criado o "Juizado de Pequenas Causas" na área trabalhista; 11- Responsabilidade do Estado pela indenização imediata de acidentes ou prejuízos que o trabalhador for vitimado no exercício profissional, assegurando ao Estado o direito de ação regressiva contra o empregador ou contra o próprio empregado quando apurada a responsabilidade (CONVENÇÃO NACIONAL DO NEGRO, 1987 apud NERIS, 2019, grifos meus).

Ainda, de forma a complementar as Resoluções da Convenção do Negro, o Centro de Estudos Afro-Brasileiros encaminhou duas outras contribuições, que tratavam de três dimensões – coercitiva, promocional e didático-pedagógico. Entre eles, contam no carácter promocional:

1- Ninguém será prejudicado ou privilegiado em razão de nascimento, raça, cor, sexo, trabalho rural ou urbano, religião, convicções políticas ou filosóficas, deficiência física ou mental, orientação sexual e qualquer outra particularidade ou condição social. - Não constitui privilégio ou fortalecimento dos segmentos tradicionais e historicamente prejudicados por diversas razões. - O poder público, mediante programas específicos, promoverá a igualdade social, econômica e educacional. - Lei Complementar atenderá de modo especial os deficientes de forma a integrá-los na comunidade. 2- Considera-se atividade econômica aquela realizada no recesso do lar. 3- O cooperativismo e o associativismo serão estimulados pelo Estado.

Plano Nacional de Recuperação social

4- Será **criado, pelo Governo federal, um Fundo Contábil Especial, de natureza permanente, com dotações orçamentárias da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, para atender a um programa de assistência às populações carentes e marginalizadas, em todo território nacional, com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais e econômicas em que se encontrem e integrá-las na sociedade brasileira, no uso e gozo da cidadania plena.** - Parágrafo único. Lei complementar disporá sobre o Fundo Nacional de Recuperação Social, sobre a elaboração de aplicação dos recursos que o integrem, sobre os encargos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios com o seu custeio e os critérios da respectiva fixação, e sobre a sua administração, da qual participarão representantes dos próprios beneficiados (CENTRO DE ESTUDOS AFRO-BRASILEIROS, 1987 apud NERIS, 2019, grifos meus).

De conjunto, as pautas indicadas nas referidas contribuições negras à ANC, reúnem material que, de maneira correlata, poderiam influir na proposta e projeto da Reforma Sanitária. As diversas dimensões traçadas em torno das mobilizações por direitos ao qual os documentos expressam para a Constituinte e além de seus pretensos marcos legais em disputa, remontam a dimensão reivindicatória que pressiona a esfera pública como processos instituintes.

3: MOVIMENTOS NEGROS CONSTRUTORES DO SUS: VESTÍGIOS E VOZES NEGRAS NARRANDO OUTRAS HISTÓRIAS

3.1. Movimentos negros e a Reforma Sanitária Brasileira

O histórico de constituição de sistemas de atenção à saúde no Brasil pode ser concebido, também, como a trajetória das lutas empreendidas pela população negra, junto às demais populações marginalizadas, buscando reconhecimento da existência e participação (LOPES, WERNERCK, 2009). Neste sentido, as autoras exemplificam:

Ao analisar os diferentes modelos adotados pelo Estado brasileiro: Santas Casas de Misericórdia (a partir de 1582), Caixas de Aposentadorias e Pensões/ CAPs (1923), Institutos de Aposentadorias e Pensões/ IAPs (1926), Serviço de Assistência Médica Domiciliar/ SAMDU (1949), Instituto Nacional de Previdência Social/INPS (1966), Plano de Pronta Ação/ PPA (1968), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/ INAMPS (1974), Sistema Nacional de Saúde (1975), Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento/ PIASS (1976), Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados/ SUDS(1987), **em todos os sistemas verificamos a persistência de estratégias de exclusão da população negra.** Dado que negros e negras eram a minoria entre aqueles que detinham vínculos formais de trabalho e a maioria entre os habitantes das regiões onde o Estado estava mais ausente, por exemplo, os estados da região nordeste (LOPES, WERNERCK, 2009, grifos meus).

Segundo Fernanda Lopes e Jurema Werneck (2009), a resistência frente a luta pela melhoria das condições de saúde da população negra tem como base o próprio enfrentamento da lógica de desumanização e da violência vivenciadas pela população negra, como herança da travessia transatlântica e no esforço de superação das aviltantes condições impostas pela colonização e escravização. Por isso, as lutas encampadas por essa população no Brasil influenciam, direta e indiretamente, suas condições de saúde.

Faustino (2017), neste mesmo sentido, indica que, apesar da dificuldade de remontar o histórico de participação da militância negra na construção do SUS, existem vestígios de uma representação de movimentos negros em momentos de luta pela Reforma Sanitária.

Análise, esta, expressa pelas autoras Fernanda e Jurema (2009), ao relatarem que, ao menos desde a década de 1980 o movimento negro e o movimento de mulheres negras ressaltavam a necessidade de tornar visíveis diferentes condições de saúde vivenciadas entre negros e brancos. De acordo com as autoras, exatamente por isso, houve expressiva participação destes movimentos na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que se constituiu marco fundamental da luta em defesa da saúde como direito humano

fundamental (LOPES E WERNECK, 2009).

Com o protagonismo do movimento de mulheres negras e de movimentos negros pela ampliação do acesso ao sistema de saúde, através de importante expressão nos movimentos populares, pode-se registrar a participação nos processos que deram origem a Reforma Sanitária, de acordo com Jurema Werneck (2016).

Jurema (2016) ressalta, ainda, que, embora tenham ocorrido contribuições para a concepção de um sistema universal de saúde com integralidade, equidade e participação social, tal influência não foi suficiente para incutir estratégias explícitas para superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, principalmente aquelas barreiras de acesso relacionadas diretamente com o racismo.

E, para ir além dos textos e mergulhar em vestígios vivenciais, tais como guardam as *Cascas* fotografadas pelo filósofo e historiador da arte George Didi-Huberman¹³, apostamos na sensibilidade do encontro, da escuta e troca com vozes negras para narrar perspectivas dessa história e interrogar meus próprios olhares neste processo. Nas linhas a seguir apresentarei diálogos e falas diretas e indiretas do encontro com Fernanda Lopes, Isabel Cruz, José Adão, Jurema Werneck, Rita de Cássia Duarte Lima e Walmir Garcia, cujas trajetórias constam no Apêndice 1, assim como de alguns outros militantes citados por eles.

3.2. Movimento negro unificado (MNU) pelo encontro com um griô

Enquanto houver racismo, não haverá saúde!

Para grande parte da literatura que conta a história do Movimento Unificado Contra a Discriminação Racial (MUCDR), que mais a frente passa a ser conhecido como Movimento Negro Unificado (MNU), o movimento inicia sua cronologia em 18 de junho de 1978 (DOMINGUES, 2007; SOARES, 2016; GOMES, 2017; GONZALEZ, 2022; GONZALEZ, 2020). Contudo, a ação de *sankofiar* enquanto modo de pesquisar não necessariamente linear, permite encontros com a memória do passado no presente. Por

¹³ O livro *Cascas*, consiste em um ensaio, narrativa fotográfica e relato de experiência do autor ao voltar ao maior campo de extermínio do Terceiro Reich onde foram assassinados seus avós poloneses. Com o apoio de três pedaços de cascas de árvores, únicas testemunhas do genocídio realizado naquele local, ele provoca às futuras gerações a interrogarem os modos de construção da memória, as possibilidades de transmissão do conhecimento sensível e a interrogar o próprio olhar.

isso, começo a compartilhar um ponto de vista da história do MNU a partir de 04 de agosto de 2023, fruto de um encontro com um Griô.

Era uma sexta-feira ensolarada, um pouco mais que 10h da manhã, quando chego ao Memorial da Resistência de São Paulo para uma imersão sobre a história dos movimentos negros que atravessaria meu corpo e me faria ativar uma memória que não sabia que existia. A indicação de ir à São Paulo para “fazer o campo” havia sido dada por José Adão, um homem preto de 67 anos – um griô entre as vozes negras que pude dialogar.

Fazendo jus à existência Griô¹⁴, Seu José Adão se mostrou uma verdadeira biblioteca viva, a partir de sua generosidade de guiar e narrar detalhes¹⁵ de processos vividos por ele na construção política enquanto um dos fundadores do MNU, e que estavam compartilhados na exposição *Memórias do Futuro: Cidadania Negra, Antirracismo e Resistência*. Esta exposição reunia um panorama histórico de mais de um século de lutas por direitos da população negra no estado de São Paulo, abrangendo o período de 1888 até os dias de hoje.

Entre fotografias, cartazes, jornais, vídeos, documentos da repressão, manifestos e manifestações artísticas das lutas lideradas pela população negra brasileira, ali, no Largo General Osório, 66, pude me conectar com as experiências coletivas distribuídas em oito eixos: *Territórios negros e memórias em disputa: a persistência no espaço; Associativismo, clubes, entidades e irmandades: A Força do Coletivo; Imprensa Negra Paulista e Circulação das ideias: A Comunicação como Meio de Luta; Literatura Negra: O Direito à Imaginação; Espaços de sociabilidade e resistência: as ruas, os salões e os palcos como lugares de direitos; Repressão, Vigilância e Resistência, 1930-1980; Redemocratização e Nova República: A Democracia é uma luta negra e Enfrentando a tripla opressão – O século XXI é negro, feminino e nosso.*

A primeira provocação do texto da curadoria: “Enquanto houver racismo, não haverá democracia”. Ali, o contexto de encontros entre a Reforma Sanitária Brasileira e a construção do movimento social negro já me provocava e saltava aos olhos – Se enquanto houver Racismo, não haverá Democracia, e se Saúde é Democracia e

¹⁴ O termo griô vem das tradições orais africanas e é usado para se referir a um mestre que transmitia oralmente conhecimentos e práticas culturais. Segundo Griot Adwoa Badoe, entre os povos da África Ocidental, Griot é uma pessoa que preservou e espalhou histórias ao longo dos séculos, principalmente sobre grandes líderes e a formação de reinos, mas também envolvendo pessoas comuns.

¹⁵ Por consequência da dinâmica do encontro com José Adão, trago a partir do meu ponto de vista o encontro com ele, que foi registrado pela tomada de notas à mão e não pela gravação em áudio.

Democracia é Saúde, porque seria possível ter saúde com racismo? Logo, a resultante final tem que ser: Enquanto houver racismo, não haverá saúde.

Sankofa estava presente ali, corporificando-se na circularidade da história, do tempo e na memória viva e pulsante do encontro. Ali, compreendendo sobre os principais espaços de associativismo em São Paulo, via registros que indicavam as Sociedades Beneficentes (13 de maio em Piracicaba, Clube Beneficente Cultural e Recreativo Jundiaense) em 1897, ofertando espaços de assistência médica aos sujeitos negros que se associavam, pela insuficiente presença do Estado nesta garantia, assim como diziam Fernanda e Jurema (2009).

Figura 2 - José Adão, um dos cofundadores do MNU e Sophia Rosa, a pesquisadora.



Fonte: A autora, 2023.

Sobre os espaços de sociabilidade e resistência, as Escolas de samba, o rap, bailes *blacks*, o *funk soul*, os maracatus e demais expressões artísticas e culturais ganhavam visibilidade enquanto espaços de resistência, e por que não, de cuidado em saúde? Assim como a interlocução com os terreiros de candomblé, a conexão entre as favelas e subúrbios na periferia.

Vi também fotos e fragmentos de Jornais da Imprensa Negra que denunciavam a violência policial, mas também mobilizavam para o processo constituinte (*Jornal Conselho da Comunidade Negra*, 1985), a Fome (*Boletim da Unegro*, 1993) e abordavam

a temática da Anemia Falciforme (*Jornal Hora X*, 1998). Nesta mesma sessão, estavam as primeiras pistas do desenrolar da história de fundação do MNU a partir da perspectiva de nosso Griô.

A partir de sua narrativa, pude entender que em 1972 foi criada a organização política Liga Operária, a partir da participação de alguns componentes do *Jornal Luta Democrática*. Dois anos depois, o carteiro José Adão foi convidado para compor as trincheiras deste espaço de luta e resistência política. Esta corrente operária socialista e trotskista brasileira existiu até 1978 e teve importante papel nas organizações estudantis e operárias naquela década, e, também, na composição de forças que originou a organização Convergência Socialista.

Do ponto de vista da disseminação das ideias de resistência, Marcos Faerman e Oswaldo Camargo, jornalistas de esquerda, criaram o *Jornal Versus* em 1975, que tinha como mote veicular informações sobre Brasil, América Latina, Estados Unidos, sobre a libertação da África e também perspectivas do movimento negro. Na redação do *Versus*, eram estimuladas as leituras marxistas, trotskistas e o conhecimento sobre os escritos de Frantz Fanon, Malcom X, Antônio Agostinho Neto, Angela Davis, Ralph Brown, fomentando a formação política de todos os componentes, inclusive sob a perspectiva racial. Neste veículo, Neusa Maria Pereira, jornalista e, mais a frente, cofundadora do MNU, que até então atuava como revisora junto a outros profissionais negros, escreveu e assinou o texto *Em defesa da dignidade das mulheres negras em uma sociedade racista*, publicado na edição do *Jornal Versus* nº 11 de junho de 1977, SP, págs. 22 e 23. Neusa denunciava:

“A mulher negra pertence a uma das minorias raciais mais cruelmente vitimadas pelos castigos da divisão da sociedade em classe. Esta divisão é a maior responsável pela campanha da difamação sofrida pela mulher negra, considerada pelos representantes desta sociedade de classes como objeto sexual de consumo. Há muito que nós, afro-brasileiros, estamos lutando para apagar esta mancha original e sair do lugar onde nos colocaram

[...]

Hoje, quando a crise de desemprego atinge também a nós, negros, ainda é ela [mulher negra] que segura o lado mais pesado do barco. Pois quando falta, o outro não pode falhar. Os filhos necessitam do leite e seu grito de fome machuca muito mais do que a chibata dos <<senhores>> machucava a pele dos nossos antepassados. Por isto, ele enfrenta o trabalho coletivo e obscuro nas fábricas, nos campos, nas repartições públicas, hospitalares e escolas mesmo nas posições mais inferiores (PEREIRA, 1977)”.

Devido ao importante impacto das denúncias deste artigo, os editores do *Jornal* decidiram convidar outros jornalistas e militantes negros para iniciar uma coluna dedicada à questão racial – a Seção Afro-latino-américa – entre eles, Hamilton Cardoso

e José Adão. Além disso, o *Versus*, segundo nosso Griô, cedia espaço também para o movimento de mulheres. Eram porosos a discussão das opressões.

José Adão, além de colaborador da editoria-grupo Afro-latino-américa do *Jornal Versus*, fazia parte do Núcleo Negro Socialista, da Convergência Socialista e atuava distribuindo os jornais e disseminando reflexões para consciência política de outras pessoas negras. O Afro-latino-américa atuava empunhando a bandeira do combate ao racismo para desmistificar a ideologia oficial do mito da democracia racial no Brasil.

E foi neste contexto, a partir da influência dos ventos de luta pelos direitos civis nos Estados Unidos, do movimento independentista, principalmente dos países lusófonos do continente africano, e do movimento cultural e intelectual pela negritude em África e nas Antilhas, que, impulsionados pela ocorrência de dois fatos – A discriminação racial sofrida por quatro garotos do time infantil de voleibol do clube Regatas Tietê; e a prisão, tortura e morte de Robson Silveira da Luz, trabalhador e pai de família pela acusação de que havia roubado frutas na feira – José Adão, Milton Barbosa, Regina Lucia Santos, Neusa Maria e diversas outras figuras, inclusive de outros espectros políticos, decidiram organizar uma reunião com várias entidades para reagir.

Foi assim que no dia 18 de junho de 1978, com a concentração para saída de um terreiro de candomblé, foi realizado o Ato contra a discriminação racial nas escadarias do Teatro Municipal de São Paulo. Este protesto social configurou a criação do Movimento Unificado Contra a Discriminação Racial (MUCDR) e representou a forma de reivindicação que o movimento negro no Brasil assumiria dali por diante, tomando os espaços públicos abertos como palco privilegiado de manifestações.

É na Carta de Princípios do movimento, datada deste mesmo ano, que é possível perceber os primeiros vestígios de discussão da militância negra na construção e debate sobre a reformulação do setor saúde no país. Como resultado do mecanismo de participação em assembleia, o movimento apontava sua atuação na “defesa do povo negro em todos os aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais através da conquista de: maiores oportunidades de emprego, **melhor assistência à saúde**, à educação e à habitação, [...]” (MNU, 1978, p. 01). Além disso, solidarizavam-se “com toda e qualquer luta reivindicativa dos setores populares da sociedade brasileira que vise a real conquista de seus direitos políticos, econômicos e sociais; [...]” (MNU, 1978, p. 01).

Estes acenos registrados na carta de princípios do movimento indicam a constatação do MNU em reconhecer a saúde e a vinculação com as lutas populares como estratégicas para a superação da discriminação racial.

No mesmo ano, 1978, no dia 20 de novembro, a organização ainda divulgava um manifesto em que afirma a importância de Zumbi dos Palmares, que segundo o movimento, foi o

responsável pela PRIMEIRA E ÚNICA tentativa brasileira de estabelecer uma sociedade democrática, ou seja, livre, e em que todos – negros, índios e brancos – realizaram um grande avanço político e social. Tentativa esta que sempre esteve presente em todos os quilombos (MNU, 1978, p. 02).

A partir dessa passagem do manifesto, ao afirmar o quilombamento liderado por Zumbi como primeira e única tentativa brasileira de se estabelecer uma sociedade democrática, o MNU traz uma crítica contundente aos processos de luta por democracia que não incluem parte significativa do país, como a população negra e indígena. Tal concepção possibilita trazer uma correspondência sobre os efeitos dos “fantasmas da classe e raça ausentes” na Reforma Sanitária no Brasil. O processo de construção do SUS, como dito anteriormente, se deu no contexto de redemocratização do país. Apesar disso, a discussão sobre a Democracia em seu cerne não tomou como relevante o reconhecimento dos efeitos do racismo para a experiência democrática de parte significativa da população do país. Neste sentido, a medida em que não se incorpora o enfrentamento ao racismo na questão democrática na saúde, o movimento sanitário perde a oportunidade de compor junto ao movimento negro, uma concepção de democracia mais abrangente.

Além disso, a partir da memória de nosso griô, o MNU atuou no decorrer dos anos 1978 e 1979, nas ações contra a carestia, somando-se aos atos, como os realizados na Praça da Sé em São Paulo, contra a desigualdade social e aumento inflacionário que abatia a qualidade de vida da população junto ao Movimento do Custo de Vida. De acordo com José Adão, sobretudo as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e a mobilização de mulheres negras – Lenny Blue, Fátima Ferreira, Lélia Gonzalez, Jurema Batista, Luiza Bairros, Geralda Marciano, compunham o *front* contra a carestia pela preocupação com os cuidados de seus filhos e suas famílias. Parecia ali, que a dimensão do cuidado e da saúde estavam bastante interligadas.

E é neste entrecruzamento entre as relações de gênero, cuidado e saúde, que a continuidade da narrativa desta história é seguida pelo protagonismo feminino, de vozes de mulheres negras.

3.3. A participação de militantes negros na saúde pelo encontro com quatro ialodês

Cerca de oito anos depois da fundação do MNU, entre 17 e 21 de março de 1986, acontecia, em Brasília, o principal marco de mobilização do Movimento Sanitarista para a construção do SUS – a 8ª Conferência Nacional de Saúde. E, para sankofiar essa história da “Oitava”, trago para o diálogo a troca a partir das memórias de duas mulheres negras, que assim como na minha trajetória, se fizeram presentes na discussão da militância da saúde a partir do movimento estudantil ou do movimento social – Rita, que à época era enfermeira e do movimento da categoria e Jurema, que era estudante de medicina.

Narrar a “Oitava”, momento histórico que baseou o capítulo sobre Saúde na Constituição Federal de 1988 e resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por óticas fora do convencional foi se mostrando um exercício de grande desafio. Por isso, decidi começar, literalmente, mais perto de casa, onde a familiaridade permite “ficar à vontade” para despertar curiosidades. Início o diálogo a partir do encontro com Rita, por mim conhecida como professora Rita.

Ela, que tanto valorizou e deu lugar à minha luta política na discussão da formação em saúde coletiva na época da graduação, foi a primeira pessoa que conversei para começar a construir a dissertação. O encontro presencial que se deu em terras capixabas, no final da tarde de uma quinta-feira, e se transformou em mais uma das grandes aulas que pude ter com ela.

Professora Rita, uma das referências na enfermagem no Espírito Santo e na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), compartilhou que iniciava sua trajetória já na militância da saúde, inicialmente como estudante e depois como profissional. E foi representando a ABEn, como observadora, que ela foi uma das quase 5 mil pessoas participantes da 8ª CNS.

“eu não tinha dimensão daquilo”, a gente não tinha dimensão. [Fomos] Como observadoras. E tinham vários [movimentos], tinha o movimento indígena, tinham vários segmentos do movimento negro, várias divisões do movimento negro, tinha várias representações, que hoje a gente chama de vulneráveis que estavam lá representantes. Tinha a CUT, por exemplo. Fiquei num hotel que ficaram todos, uma parte das delegações, e eu fiquei no que a CUT inteira estava. (Rita Duarte Lima)

Mas estar lá, presente, não foi simples para ela. Na época, apesar de comparecer como profissional militante da ABEn, ela estava atuando como coordenadora de enfermagem do Instituto Estadual de Saúde Pública, que depois foi incorporado à Secretaria Estadual de Saúde. O setor era responsável pela gestão dos hospitais. Apesar

de estar de férias na época da conferência, acabou sofrendo retalhações depois de cruzar com um gestor mais conservador durante o evento:

Eu fui demitida enquanto estava na oitava. Quando cheguei no Estado, eu falei assim “mas por que que fui demitida?” Ai ele falou para mim, “a senhora sabe porque a senhora foi demitida”, aí eu falei “não, não sei, até porque eu tava de férias”, eu não sabia que eu tinha que falar, aí ele falou que eu não comuniquei que eu estava na oitava conferência, eu disse “eu não sabia que de férias eu tinha que comunicar onde eu ia” (Rita Duarte Lima).

Essa situação evidenciava, um pouco, a estranheza da participação de “outros sujeitos” naquele espaço, que foi a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à sociedade. Depois de anos, eram público da “oitava”, além dos representantes do Ministério da Saúde, Ministérios do Interior, Educação, Trabalho, Previdência e Assistência Social, Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente e Secretaria de Planejamento, das Comissões de Saúde do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e das Assembleias Legislativas Estaduais, as organizações sindicais de empregados e empregadores, das Associações, Conselhos e Sindicatos dos Profissionais de Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dos serviços de saúde das Forças Armadas, das Organizações Internacionais vinculadas ao setor de saúde, das entidades prestadoras de serviços de saúde, pessoas ou instituições convidadas pelo Ministro de da Saúde e de outras entidades representativas da Sociedade civil.

Felizmente, apesar de não nominados como público da Conferência, enquanto entidades representativas da sociedade civil, constavam representações sindicais, movimentos sociais e organizações políticas. Mas, afinal, o movimento negro estava presente? Em primeira instância, a Professora Rita logo responde, “não teve o movimento negro para a reforma sanitária”. Mas na sequência completa, “que eu conheça, não teve. Na real, tinha uma pauta e a pauta da saúde entrava.”

E para ajudar a responder o ponto de vista sobre esse processo, incluo também o encontro remoto com Jurema, que na época da “Oitava” era uma estudante de medicina da Universidade Federal Fluminense, mas que para os interessados como eu pela discussão de saúde e a questão racial, é uma grande referência viva no Brasil. Como ela mesma evoca em suas pesquisas, Jurema é também uma Ialodê. E ao responder a mesma pergunta, Jurema afirma “Eu acredito que [organizações do movimento negro] não estavam [na 8ª CNS], porque se estivessem, teriam falado comigo, a gente teria se encontrado. Eu não me lembro de ter encontrado” (Jurema).

Apesar de não se recordar da participação de organizações negras na 8ª CNS, ela complementa:

Pessoas negras bem possível que estavam lá [na 8ª CNS], porque sempre teve gente negra na saúde, né? Especialmente entre profissionais da área da saúde, mas certamente não na liderança, certamente não naquele caderno de teses da oitava conferência, não tinha nenhum negro escrevendo uma tese lá. E eu acho que só tinha uma mulher, que eu me lembre. Eu me lembro da tese da Sônia Fleury, não sei até se tinha mais mulheres, mas era tudo homem branco (Jurema Werneck).

Neste mesmo sentido, Professora Rita me convida ao exercício de analisar a mesa de abertura da Conferência “Olha para a mesa da oitava conferência. Olha pra mesa. Faz esse exercício. Eram todos homens. Todos brancos (Rita)”.

Reiterando alguns indícios do que as duas estavam apontando, quando nos voltamos aos registros “oficiais” da 8ª CNS, a posição de protagonismo político e representativo era pouquíssimo diverso. Nos Anais da oitava, entre discursos, conferências, painéis com debatedores, mesa redonda e apresentação de contribuições aos debates, das 50 falas registradas, somente três eram realizadas por mulheres, e todas elas brancas. Eram elas, Sônia Fleury, que consta como painelistas, trazendo a discussão sobre Cidadania, Direitos Sociais e Estado e que tinha Carmem Barroso representando o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher como debatedora, e Cristina Possas de Albuquerque, que levou a contribuição sobre Descentralização e Democratização do Sistema de Saúde (BRASIL, 1987a).

Além da representação masculina e branca ser maioria absoluta nos registros teóricos e políticos da Conferência, a escassez de citação sobre a questão racial também chamava atenção. Trazendo uma consideração sobre a presença de pessoas negras no espaço, a professora Rita compartilha que

Lá na oitava conferência tinham vários movimentos, vários segmentos e pessoas negras, dá pra considerar que o movimento negro tá na reforma sanitária. Só que a reforma sanitária não incorporou, por exemplo, a pauta do racismo. Você pode ler os documentos, passa, eu li todo o relatório, não aparece a palavra racismo. Pra mim, incorporar, é reconhecer o alto índice de mortalidade, morte materna, várias questões, passavam pelas questões que hoje a gente chama de interseccionalidade, que na época passava pelas questões de gênero, de raça, de classe social, das desigualdades sociais e que, não por acaso, a maioria [desses problemas] é da população negra, cé que está entendendo? (Rita Duarte Lima)

E por sentir, literalmente, o efeito e tom que professora Rita me provocava, novamente, fiz meu dever de casa, ao pesquisar nos documentos da oficiais da Conferência, procurando os termos “racismo”, “racial”, “negro”, “negra”, “raça”, “cor”, “escravidão”, “abolição” e “discriminação racial”. De todos estes termos, somente

estavam citadas a palavra escravidão, na fala de José Geral de Sousa Júnior, ao tratar da estrutura escravocrata como incompatível com a plena cidadania e que, em referência a Constituição de 1823, diz que o Brasil já começou excluindo a participação popular, onde não desfrutavam das liberdades políticas os brancos pobres e a massa da população negra, escrava, cuja participação não era admitida nem em hipótese. E, também, a palavra abolição enquanto um fato histórico na discussão trazida por Francisco de Assis Machado, sobre participação social.

Num contexto de análise social, dos desafios de recompor a democracia e o sentido ampliado de cidadania, a professora Rita sabiamente nos provoca a ler nas entrelinhas:

Embora lá tivesse muitas pessoas negras, não tinha aquela pauta específica, que era tanta coisa que se tinha que trabalhar, que não tinha assim uma pauta específica para a questão da saúde, tinha a pauta geral, em que a questão da saúde entrava e aí tinha toda a pauta da saúde da mulher, da saúde da criança. Porque, quem morria? O índice de mortalidade infantil era alto, mas quem morria na grande maioria, eram as crianças negras. Então essa era a pauta! Agora, assim não tem uma pauta para a reforma sanitária, tinha uma pauta da saúde, uma forma geral, e obviamente que essa pauta para ação de forma geral, ela desencadeia no movimento sanitário, porque o movimento sanitário absorve muitas dessa pauta, mas não porque era do movimento negro (Rita Duarte Lima).

Eu acho que isso é uma coisa importante, não é porque não estava escrito num documento, que as pessoas não estavam lá, as pessoas estavam lá! Quando as mulheres [negras] fazem essa ruptura por não se sentirem representadas na pauta do movimento feminino, elas estão falando o seguinte: a minha questão não é só o reconhecimento, a minha questão passa pela moradia, pelo emprego, pela violência doméstica, passa pela morte dos meus filhos, que antes era por doença, mas agora é por tiro. Então, é uma pauta que está lá, e essa pauta foi discutida na conferência. A questão da violência, a questão da moradia. Você já deve ter ouvido... assistido o discurso do Arouca, lá na abertura da oitava conferência. Tudo o que o Arouca fala, é o que hoje a gente está colocado dentro da pauta do movimento negro. Então, obviamente, que na época, por várias questões, até porque não era um tema, não era porque a gente “vivia na democracia racial”, né, até porque há muito tempo a gente viveu sobre o “mito” da democracia racial. Quando ele fala de desigualdade, quando ele fala de mortalidade infantil, quando ele fala de mortalidade materna, ele está falando de quem, para quem? Quando ele tá falando sobre o acesso, quando você, ou qualquer pessoa discute o acesso, está falando sobre a população negra (Rita Duarte Lima).

O célebre discurso de Sérgio Arouca, conferencista naquele que foi um marco fundamental para inaugurar a consolidação de uma mudança de concepção de saúde na “Oitava”, muito dialogava com as considerações que professora Rita compartilha. Em suas entrelinhas, ao considerar a saúde como um bem-estar social, fruto do direito ao trabalho e um salário condigno, fruto do direito a ter água, à vestimenta, à educação, a ter informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo, sobre ter direito a

um meio ambiente que não seja agressivo, a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. Sobre não estar o tempo todo submetido ao medo da violência, fruto da miséria e da violência gerada pelo próprio governo contra o seu povo, denunciava essencialmente, a ausência de condições dignas da população negra e pobre do país (BRASIL, 1987a, p. 36).

A saúde como ausência do medo, tal qual defendia Sergio Arouca, era a mesma defendida pelas mulheres negras, mães, que reclamavam por estruturas básicas para o cuidado de suas famílias, por proteção e por um Estado que lhe servisse e não que lhe invisibilizasse ou matassem. Eram elas também, que na autorganização e na construção de suas próprias ferramentas, produziam cuidado à despeito das políticas públicas.

Apesar da leitura e da proposição apresentada pelo movimento sanitário não apresentar um reconhecimento das marcas que o processo de escravização deixou, e, por consequência disso, da operação de um Estado racializado, nos discursos de Arouca sobre o direito à autodeterminação de um povo, apareciam vestígios sobre a importância da agência negra na luta por saúde. E vanguarda deste processo, eram as mulheres, mães, negras.

3.3.1. De iabás à ialodês do SUS: movimento de mulheres negras pautando a política de saúde

*Salve! Negras dos sertões, negras da Bahia
Salve! Clementina, Leci, Jovelina
Salve! Nortistas, caribenhas, clandestinas
Salve! Negras da América Latina
[...]
Se não me espelhou, não me espelhou?
Não chamo de educação
Manhadeua singe o nariz da esfinge
De axé tô cercado
Oyá! Iemanjá vive!
Aqui não tem drama ou gente inocente
Aqui tem mulher firme arrebentando as suas correntes
A vida toda alguma coisa tentou me matar e eu me refiz
Dandara! Acotirene!
(Ellen Oléria)*

Iabá é o termo usado nos ritos de Candomblé para se referir aos Orixás de energia feminina, sobretudo Iemanjá e Oxum, porque ambas são tidas como as Mães Rainhas, por serem ligadas a gestação, ao parto e aos cuidados da mãe com o seu filho. Mas as Iabás não são quaisquer mães. Elas se aproximam da figura do que Lélia Gonzalez vai chamar de Mãe Preta. De acordo com Lélia, a mãe preta é a noção de mulher negra, que diferente da mulata hipersexualizada e da doméstica anônima superexplorada, guarda, em

sua representação, bondade e ternura pelo cuidado que exerce às “crianças brasileiras”. Essa visão construída acaba possibilitando uma “colher de chá” à mãe preta, e justamente por isso se cria um contexto para sua rasteira na raça dominante (GONZALEZ, 1987).

A ideia de Mãe Preta marca a visão que Lélia enaltece no papel das mulheres negras no Brasil, uma vez que esta figura contrapõe a aceitação da condição de pessoa escrava, afirmando a resistência negra construída no cotidiano das relações entre senhores e escravos. Através de cantigas de ninar entoadas com palavras africanas e na linguagem cotidiana ensinada às crianças brancas, a “mãe-preta” marcava traços africanos na sociedade brasileira. E é por isso que, para Lélia Gonzalez, a língua brasileira deveria se chamar “pretuguês”, tamanha a influência da África e das mulheres negras em sua formação.

E é exatamente este o papel que as mulheres negras, “arrebentando suas correntes”, fizeram para pautar políticas públicas de saúde – marcaram o SUS. Jurema Werneck, em diálogo, dizia:

O movimento negro não falava sobre saúde nessa época, não que eu soubesse. O movimento de mulheres falava sobre saúde. O movimento negro, foi depois, quando eu fui ver, buscar informações de gente anterior a mim, que teve no Rio de Janeiro uma ativista chamada Pedrina de Deus, que era paraense e era da direção de IPCN. Ela já faleceu, Pedrina falava disso.. eu soube depois que Pedrina falava sobre direitos sexuais e reprodutivos que na época não tinha esse nome, né? (Jurema Werneck)

Não é novidade que a pauta do cuidado sempre foi tarefa convencionada às mulheres. A lógica de família patriarcal importada com o processo colonial português, influenciou uma concepção familiar brasileira, apresentada através da manutenção da propriedade privada; pela definição de obrigações funcionais da mulher no ambiente doméstico e na família e pela separação e definição da atuação dos gêneros – garantindo ao homem o espaço público e a mulher, o espaço privado (SAFIOTTI, 1959).

Apesar disso, as referências de famílias africanas e dos diferentes povos indígenas, distintas das do colonizador, foram atravessadas por um modelo de divisão sexual que não as pertencia. A despeito disso, a atuação política das mulheres negras foi questionando o lugar pretensamente imposto pela violência do aniquilamento de cunho racista, heterossexista e eurocêntrico, intencionando garantir participação ativa no agenciamento das condições de vida para nós mesmas e para o grupo maior a que nos vinculamos (WERNECK, 2008). Mulheres como Pedrina de Deus, citada por Jurema, relatam nitidamente essa posição:

Quando o Congo foi invadido pelos jagas, Aqualtune, filha do rei Cajanga,

defendeu o reino do pai comandando dez mil homens. Vencida e aprisionada, desembarcou de um navio negreiro em Recife e foi obrigada a manter relações sexuais com outro escravo para reproduzir mão-de-obra barata para seu senhor. Parece que já descobriram que a semente da revolução está na barriga das mulheres negras, pobres e ainda escravizadas pela ideologia dominante. E lá vêm eles, de novo, querendo utilizar nosso útero para se garantirem no Poder. Antes, era obrigando a escrava a reproduzir. Agora é querendo controlar a natalidade das faveladas para evitar os “zumbis” que vão exigir vida digna, justa distribuição da riqueza que os braços negros e pobres continuam a produzir para meia dúzia desfrutar (DEUS, 1987b, p. 5, apud SILVA, 2013).

Nesta posição, Pedrina denuncia uma das pautas que foi um dos principais enfrentamentos de mulheres negras na pauta da saúde – as iniciativas de controle de natalidade e esterilização. Neste sentido, Jurema compartilha sua trajetória, denúncias e traz reflexões junto ao Centro de Articulação de Populações Marginalizadas (CEAP) no final dos anos 1980, na condução de uma campanha contra a esterilização:

Era uma campanha nacional para chamar atenção do assunto e parar com isso, né? Demonstrar e parar com isso. Primeiro foi uma campanha estadual no Rio de Janeiro. Isso veio da experiência de quando trabalhava na Rocinha como médica. Éramos três médicos, duas mulheres e um homem e 12 agentes de saúde. Naquele conjunto, mais da metade já estava esterilizada. Dado absurdo, que alguma coisa estava acontecendo, aí comecei a investigar o que estava acontecendo, e vi que na Rocinha tinha uma ação forte de duas organizações que já não lembro mais o nome. E elas propagandeavam muito a saída da esterilização e ofereciam esterilização no parto em conexão com médicos. Depois eu fui investigando mais, isso era comum em várias favelas. Depois fui investigando mais, isso era comum em bairros negros, em população negra, favela e periferia. Investigando mais, vi que estava comum no Brasil. Investigando mais, vi que outras experiências de esterilização não cirúrgica, química já tinha acontecido também em Recife, por exemplo, e em Caxias, como uma espécie de teste de implante hormonal, na época, chamava Norplant. Era uma pesquisa que foi feita no Rio de Janeiro e Recife, foi considerada antiética, então os pesquisadores foram embora e largaram o implante, com altas doses de hormônio dentro das mulheres. As mulheres tiveram mil problemas de saúde sem acompanhamento e uma morreu, mas ninguém sabe direito do que ela morreu, se tinha conexão ou não com aquela experiência. Aí depois, investigando muito mais, descobri que essa esterilização estava acontecendo em vários países e a origem disso era uma organização fundada por um Rockefeller. Uma organização que ele criou chamada Population Council na década de 50, se eu não me engano, nos Estados Unidos, e que, o propósito era, de fato, impedir, segundo ele, a explosão populacional em determinados países como Índia, Paquistão, Bangladesh, Brasil, Senegal. Eu não me lembro os outros, eram 8 ou 9 países. E com métodos ou de esterilização química ou cirúrgica, ou por meio de propaganda, eles fizeram foi captar ginecologistas e obstetras e fazer propaganda massiva nas comunidades e nos serviços de saúde e associação com o legislador e o Ministério da Saúde e impedir que os legisladores da saúde oferecessem métodos contraceptivos adequados para as mulheres. E foi mesmo um investimento e esse investimento chocante, tinha até um memorando. Na época, eu tinha um memorando, a cópia de um memorando, do departamento de estado americano falando sobre isso. Isso gerou CPIs no Rio de Janeiro, municipal e estadual, que gerou uma CPI mista do Congresso Nacional, mista porque era Senado e Câmara, que foi presidido por um senador que já morreu, que era da época Arena, PFL, esses negócios de partido de direita, e a vice-presidência era da Rita Camata, que era PMDB e era feminista, e quem propôs a CPI foi a Benedita e Jandira Feghali. E teve

CPI também em outros estados e municípios ao longo do Brasil. Foi essa ação de saúde, basicamente o fenômeno esterilização em massa de mulheres negras no Brasil, que aconteceu, e de certa forma, ainda acontece, que as mulheres ainda continuam acreditando na esterilização e tchan. Elas venceram (Jurema Werneck).

O relato de Jurema evidencia com detalhes os mecanismos de articulação de organizações internacionais, indústria farmacêutica, poder executivo e legislativo pautados em uma lógica essencialmente racista e higienista para a construção de uma política pública deliberada de genocídio. Mas, também, o papel de mulheres negras ocupando organizações sociais e o parlamento para produzir resistências frente a desumanização dos corpos de mulheres negras.

A ialodê Isabel, que era estudante de enfermagem do período da Reforma e que depois se tornou professora de enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF), contribuía ao destacar, além do tema da esterilização, também o cuidado à saúde integral da mulher:

Eu faço questão de citar Rosalda Paim, uma grande militante do país, que criou o programa de atenção integral à saúde da mulher, e outras militâncias em relação à saúde da criança e também em relação à política do sangue, principalmente na época que estava surgindo a epidemia de AIDS. Ela trabalhou muito para a construção do SUS. E trabalhou muito pela questão da saúde da mulher. Como mulher negra, ela fundou, ajudou a fundar o setor do movimento negro do PDT (Isabel Cruz).

Essas pautas, em conjunto, vão compondo um projeto da coalização de diversas iniciativas de mulheres negras para a discussão de saúde na época da Reforma Sanitária. Jurema complementa essa visão, ao apontar que:

Esse tema vai se tornando mais forte à medida que mulheres negras ativistas, formadas em áreas da saúde, se juntavam e passaram a abordar de uma outra forma. Que quando a gente foi nas conferências de saúde, da mulher, por exemplo... (Jurema Werneck)

No marco da 8ª Conferência, algumas conquistas puderam se consolidar no âmbito institucional. Entre elas, a realização desta Conferência Nacional Saúde e Direitos da Mulher, que ocorreu entre 10 e 13 de outubro de 1986, com a participação de 900 representantes de todos os estados e territórios da Federação. E é sob protagonismo da intersecção entre a pauta das mulheres e da questão racial, que se relata a compreensão de saúde como o direito a uma vida digna e plena, sem discriminação de sexo, raça, idade ou classe social.

Sob o amparo da discussão sobre identidade da mulher, a visão sobre a mulher negra ganha destaque neste evento, como fruto das lutas travadas pelos movimentos de

mulheres negras. Nas propostas indicadas sobre a “Identidade da mulher negra”, havia um verdadeiro projeto de sociedade incutido, onde as propostas consistiam em garantir

1. Que a discriminação racial seja tipificada como crime inafiançável.
2. Que, no acesso ao trabalho, sejam eliminadas quaisquer exigências que incorram em discriminação de natureza étnico-racial.
3. Que seja proibida, em qualquer meio de comunicação, a veiculação de falas e imagens depreciativas da mulher negra, seja em propaganda ou na programação do veículo, excluídos os casos de denúncia.
4. Que sejam incluídas no currículo escolar, a partir do 1º grau, disciplinas relativas a verdadeira história e participação do negro no processo de formação do povo brasileiro, bem como de disciplinas acerca da história da África.
5. Que seja plenamente assegurado o direito ao culto religioso afro-brasileiro.
6. Que seja vedada qualquer forma de intervenção esterilizante feminina, especialmente em mulheres de segmentos étnico-raciais marginalizados, sendo tal prática havida e punida como genocídio, excetuando-se em qualquer caso a manifestação livre e expressa da mulher, devida e claramente informada pelos órgãos responsáveis pela política de saúde.
7. Que seja descriminalizado o aborto
8. Que seja assegurada a dotação de verbas para a implementação de estudos de doenças que atinjam, majoritariamente, grupos étnico-raciais determinados.
9. Pela criação da caderneta de saúde da mulher (para o seu auto-controle) (BRASIL, 1987b).

A agenda contida nos nove itens encaminhados da Conferência, em primeira medida, podia aparentar extrapolar o conceito de saúde ao tratar de temas como a tipificação de crime de racismo, currículo escolar, acesso ao trabalho, direito ao culto religioso, mas, na verdade, tratavam da saúde como ausência de medo, da saúde em seu conceito ampliado para a vida não só das mulheres negras, mas para uma sociedade amefricana.

Da mesma forma que o Programa do MNU, ao ser retomado, apresenta um ponto de vista dos espaços de organização do movimento negro, para tratar da temática da saúde, principalmente vinculada a luta contra a exploração sexual, social e econômica da mulher negra. As pautas eram:

“REIVINDICAR a elaboração de programas de saúde que atendam às necessidades da mulher negra, em particular; MOBILIZAR o povo negro, no sentido de impedir o desenvolvimento de programas de controle de natalidade, denunciando e discutindo seus objetivos e consequências; PARTICIPAR de campanhas pela Legalização do Aborto; e LUTAR pela inclusão do item RAÇA e exigir seu cumprimento em todos os serviços de informação de saúde, com o objetivo de detectar a real situação da população negra nesta área” (MOVIMENTO NEGRO UNIFICADO, 1990, grifos meus).

As bandeiras descritas e grifadas no programa do movimento, de forma circunscrita ao enfrentamento da exploração da mulher negra, evidenciam que a luta pela saúde foi protagonizada por mulheres. Assim como as formulações do dossiê das mulheres negras para a constituinte, os efeitos do controle dos corpos na temática da natalidade e do tema sobre a legalização do aborto novamente aparecem. Além disso,

contribuições mais amplas para a estruturação do Sistema de Saúde aparecem, como a incorporação do item “Raça” nos registros de sistemas de informação e a garantia de programas de cuidado para as especificidades da saúde das mulheres negras.

A ialodê Fernanda, bióloga e grande referência ao lado de mulheres como Jurema Wernerck e Lucia Xavier na construção das políticas de saúde da população negra, também comentava o papel protagonista do movimento de mulheres na pauta da saúde:

Aquelas mulheres que em 1991, 1992, que estiveram na Conferência de Itapeçerica da Serra, no Congresso das Entidades Negras da CONEN eram as mesmas que estavam na vanguarda, e que estão até agora, do movimento de mulheres negras, onde saúde sempre esteve em pauta. No primeiro momento era mais sobre saúde da mulher e mais sobre saúde reprodutiva, sobre direitos reprodutivos, sobre esterilização, mas que depois foi crescendo (Fernanda Lopes).

Tais pautas estavam em convergência, também, com o que, em 1991, o Geledés – Instituto da Mulher Negra, apontava em seu primeiro Caderno com a temática “Mulher Negra e Saúde”, fruto das formulações do Programa de Saúde do instituto. Neste documento, o Programa de Saúde trazia como propostas a criação de grupos de autoajuda e oficinas de saúde, buscando construir alternativas independentes de suporte e produção do conhecimento que pudesse contribuir para o desenvolvimento das mulheres negras, oportunizando vivenciar processos de identificação coletiva enquanto mulheres negras marcadas por uma experiência comum.

Além desses espaços coletivos, o programa trazia como proposta e ação, o levantamento de informações sobre o Sistema de Saúde e os direitos do cidadão, com o objetivo de ampliar as possibilidades de uso da rede pública de saúde por parte das mulheres negras. Além disso, intervia por meio de ações políticas sobre o Sistema Público de Saúde, pressionando-o a atender as necessidades das mulheres negras. Um exemplo importante deste processo foi a portaria municipal de São Paulo nº 696/90, de 30/03/90, que determinou o registro da cor dos usuários do Sistema Municipal de Saúde (GELEDÉS, 1991).

O programa de saúde do Geledés tinha como objetivo ampliar o conhecimento sobre a saúde da mulher negra, aumentando a capacidade de autonomia dessas mulheres em relação ao Sistema de Saúde, mas também de conhecer o próprio sistema de saúde, para então modificá-lo (GELEDÉS, 1991). Neste sentido, Jurema compartilha reflexões sobre o papel e presença das mulheres negras na construção do Sistema de Saúde:

Nós [mulheres negras] somos maioria na saúde, sempre fomos, não é? Então, havia mais especialistas entre nós, porque essa é uma discussão, veja, a luta por saúde... Você diz que, a gente estava conversando aqui, que não estava nas conferências, as teses eram escritas por homens brancos, exceto, eu acho,

que aí a única exceção era Sônia Fleury, eu não lembro mas me parece. Mas havia naquela época um forte movimento popular de saúde, movimento comunitário de saúde. Essas pessoas não assinavam tese nenhuma. Essas pessoas não eram pessoas brancas, essas pessoas não eram pessoas universitárias. Essas pessoas foram ativamente excluídas da autoria, não é? Então, todo o debate de saúde num debate de determinada medida quando passou da reivindicação comunitária, que tem um posto, tem hospital etc. Quando passou daí a ter uma política de saúde diferente, que todo mundo fosse cuidado, aí o os brancos universitários pegaram para si a autoria, então todo o debate passou a pressionar e requerer muito discurso científico ou pseudocientífico, técnico, eles diziam, e nossa gente era o que? Técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem. Uma enfermeira ou outra, se tanto, né, era o que tinha. Então, o nosso discurso técnico não era considerado um discurso competente. Nosso discurso da população negra da época não era considerado um discurso competente para usar o termo lá da Marilena Chauí, que eram os universitários daquela época, 70, 80, cheia de gente branca. Só que na década de 70, fruto das lutas da época, o punhadinho de gente negra foi para a universidade, inclusive nas carreiras da saúde, um punhadinho mesmo. Mas era principalmente mulheres, principalmente na enfermagem, algumas na psicologia e, raras, muito raras, na medicina, na nutrição. Tinha nutricionista, mas nutricionista, para dizer a verdade, pouco participava. Não no movimento, não na construção do pensamento de saúde da população negra. Não teve ou teve muito pouco, muito pouco. Era mais o pessoal da enfermagem, da psicologia, depois, da saúde pública, né, sanitaristas, gente que fez mestrado e doutorado, e da medicina, pouca, pouca quer dizer, era eu. Da medicina, na época era eu mesmo, tinha também uma médica Fátima de Oliveira, que era de Minas, que morreu, tinha uma médica lá do Rio Grande do Sul, Regina Nogueira, que agora ela vive no interior de São Paulo. Éramos nós, médicas. Que eu me lembre, acho que não tinha mais gente, tinha mais gente da psicologia, do movimento de mulheres negras em geral (Jurema Werneck).

Para se munir com artefatos que pudessem fazer frente a isso, a ocupação de mulheres negras na academia era uma via para pautar as políticas públicas a partir da produção de conhecimento. Um exemplo disso, lembrado como fruto do diálogo com a ialodê Isabel, é a da tese de Maria Inês Barbosa:

Na tese de Maria Inês Barbosa, racismo e saúde, em 1998, ela já analisava os dados do quesito cor, na primeira cidade, digamos assim que instituiu quesito cor que foi São Paulo capital, né, no governo Erundina. Então, já havia um certo tempo aí mesmo, dados acumulados, e esses dados foram objeto da tese de Maria Inês. Estava tudo lá, aquilo que nós sabíamos de uma maneira empírica, estava comprovado nos dados, nas taxas, né, de mortalidade, de morbidade. Mais do que diferença, a iniquidade né. Porque uma diferença mínima é nada, claro, as pessoas não são iguais, mas são iniquidades. São taxas absurdas em pessoas que estão tendo atendimento. E aí o que é cruel nisso? É quando nós antes brigávamos, e acusávamos o sistema, que ele era desigual, que ele era injusto. Muitos gestores e gestoras questionavam: vocês têm dados? Então obviamente trabalhamos o quesito cor como campanha. E quando eu falo trabalhamos, eu estou falando de Fátima Oliveira, a companheira Edna Roland foi quem colocou o quesito cor na prefeitura de São Paulo, no governo Erundina (Isabel Cruz).

A construção coletiva de evidências para pautar a necessidade da transversalidade racial nas políticas saúde teve como iniciativas pioneiras a tese de Maria Inês, mas foi crescendo à medida que mais mulheres e homens negros ocupavam os espaços da

universidade, mas também os espaços de militância, de organizações da sociedade civil, de controle social, para provocar fissuras em uma institucionalidade que pudesse promover cuidado. E, como apontamento certo, Fernanda indicava – “a militância negra é construtora do SUS”, precisamos fazer um movimento de sankofiar esta história para que a juventude, como eu, possa se identificar como parte ativa desta construção.

Então, a gente tá na base sim da construção, os movimentos negros no geral, a militância feminina negra de verdade, esta é a atriz da construção. O movimento de mulheres negras é o construtor, né? Mas é um construtor tipo a música do chico - tu tá vendo aquele edifício moço? - e os mais novos, os que vieram depois, nem se identificam como pedreiros daquela obra (Fernanda Lopes).

Apesar e incluindo isso, é fundamental refletir, também, que a institucionalidade da política pública de saúde, por assumir um modo de fazer saúde nos marcos da ciência moderna, acabou também por não incorporar outras concepções de saúde e cuidado vigentes na ancestralidade dos povos originários e da diáspora africana. Para isso, de iabás, mães pretas à ialodês, incluem enquanto leituras de cuidado afro-brasileiras, os territórios, as religiosidades e o reconhecimento de pluriperspectivas de saúdes.

3.3.2. Leituras afro-brasileiras: territórios, religiosidades e saúdes

*Rolei na terra
A benção atotô
Seu xaxará
A ferida secou
A flor do velho
Me curou
(Juçara Marçal)*

Não é por acaso, nos conta o griô José Adão, que a primeira passeata do MNU, em 1978, teve como um dos pontos de concentração um terreiro de candomblé. Assim como também não era coincidência que em seu Programa de Ação, publicado em 1990, apontava ainda, a luta contra a manipulação política da cultura negra, indicando a importância de “APROFUNDAR o conhecimento das RELIGIÕES AFROBRASILEIRAS através de estudos que levem em conta o processo histórico da colonização e neo-colonização.”

As religiões afro-brasileiras representaram, ao longo da história, importantes focos de resistência da cultura negra. As práticas de diferentes matizes de expressões religiosas influenciadas pela ancestralidade africana estavam presentes desde que a

diáspora forçada provocou a inventividade e necessidade dos africanos e afro-brasileiros terem condições de seguir cuidando de sua espiritualidade e, por que não, de sua saúde espiritual (SODRÉ, 1988).

A terra, natureza, ancestralidade, cuidado e saúde são dimensões indissociáveis para as religiões de matriz africana e indígenas, e trazem consigo referenciais de cosmopercepções que extrapolam a mirada estreita das cosmovisões típicas da cultura Ocidental branca, oportunizando a combinação de diferentes sentidos e dando outro lugar de destaque ao corpo (SODRÉ, 1988; OYĚWÙMÍ, 1997).

A intelectual nigeriana Oyèrónke Oyèwùmí (1997), contribui ao problematizar que a genealogia da conformação das relações de poder na sociedade Branca, que servem como base das sociedades ditas “Ocidentais”, sempre fez uso das características corporais percebidas pelo sentido da visão para determinar as relações de poder.

Assim, o corpo, para as sociedades ocidentais, além de expressar relações de poder, sob a perspectiva cartesiana, também convoca a necessidade, dentro do modo de produção e reprodução capitalista, uma certa funcionalidade para a continuidade das engrenagens. Se requer e se dissemina a ideia de um corpo-máquina (RABINBACH, 1992).

Por outro lado, quando tomamos como referencial a cosmopercepção de sociedades de ancestralidade africana e indígena, esse corpo não se cola à lógica da produção capitalista. A dimensão de “meu corpo, meu território” pautado pelo movimento de mulheres indígenas, nos enfatiza a visão de um corpo-território, que em primeira instância localiza o próprio corpo como lugar de poder e como sujeito – corporificado – de luta e resistência (HERNANDEZ, 2016).

Neste sentido, a dimensão de territorialidade pode se extrapolar, dizendo respeito às práticas e estratégias acionadas por diversos sujeitos e grupos sociais para criar, manter ou transformar o espaço vivido, inclusive em seu próprio corpo. É relativa às relações de poder envolvidas na organização, no acesso, no uso e na maneira de produzir sentidos e significados à vida. A territorialidade, partindo da composição destes entendimentos sobre corpo e território, possibilita colocar como foco a pluralidade das práticas socioespaciais e socioambientais, das relações e dos sujeitos envolvidos na produção e reprodução de territórios-vivos, tanto em suas formas simbólicas quanto materiais.

Os terreiros, como *egbe* – sociedade, comunidade, coletividade, foram se constituindo como lócus de resistência negra, inclusão de grupos excluídos, de acolhimento, aconselhamento e como pólos aglutinadores e difusores de informações,

trocas de saberes que, em geral, não são reconhecidos ou validados pela classe dominante (SODRÉ, 1988).

Nesta seara, os modos de pensar “ocidentais” produziram modelos explicativos do processo saúde-doença dentro de um padrão evolutivo sob a régua positivista, onde menos evoluída era a concepção de saúde-doença prevista pelo modelo “mágico-religioso” em detrimento do hegemônico e científico modelo “biomédico”, que separava a medicina da filosofia e religião. Ainda, vale citar a influência dos modelos processuais (história natural da doença), modelo sistêmico e o funcionalismo dos determinantes sociais para o resultado da formação e das práticas de saúde no país (BARROS, 2002).

A Saúde Coletiva, campo do conhecimento aglutinado em torno do processo da Reforma Sanitária, ao conceber a saúde como fruto da determinação social, buscou explicar o processo saúde-doença incluindo as diversas dimensões da vida, mas na correlação de forças, acabou por abrigar na estrutura institucional da política de saúde, o mesmo modelo biomédico, que privilegia as práticas ditas científicas para o cuidado.

Na contramão deste processo, frente a ausência das políticas públicas que efetivamente cuidassem da população negra, os terreiros e as práticas tradicionais de saberes populares e comunitárias acabaram por representar espaços importantes, as vezes exclusivos, de promoção e cuidado de saúde para esse grupo social. Neste aspecto, trazer à tona o histórico papel das comunidades de terreiro, em sua diversidade, para o cuidado em saúde de seus adeptos possibilita visibilizar processos de discussão de saúde que não passavam pela política pública para parte da população negra.

*Nossa saúde vem da terra
Nossa saúde vem da água que corre pela terra
Da energia de estar na terra
(RENAFRO, 2013)*

O conceito de saúde abordado pelas religiões de matriz africana e o cuidado por elas gerado, baseia-se no reconhecimento da saúde sob três dimensões: saúde mental, saúde do corpo e saúde espiritual (SILVA, 2007). As práticas de cuidado integral da saúde nas roças ou comunidades de terreiro promovem relações interpessoais que estimulam trocas afetivas, produção de conhecimento, o acolhimento, a promoção à saúde e a prevenção de doenças e agravos, bem como a preservação e renovação de tradições milenares, sobretudo relacionadas ao uso das plantas (SILVA, 2007).

A noção de saúde está associada ao axé. Axé é algo que se planta em um determinado local, em sentido literal, podendo ser acumulado, desenvolvido e compartilhado. Enquanto energia, pode aumentar ou diminuir causando o equilíbrio ou o

desequilíbrio (SANTOS, 1986).

Recebe-se o axé das mãos e do hábito dos mais antigos, de pessoa a pessoa, numa relação interpessoal dinâmica e viva. Recebe-se através do corpo e em todos os níveis de personalidade, atingindo os planos mais profundos pelo sangue, os frutos, as ervas, as oferendas rituais e pelas palavras pronunciadas (SANTOS, 1986, p. 46).

Assim, o entendimento sobre axé como saúde, relaciona-se com a ancestralidade, o encontro, o dito, o que se oferta e o que se recebe e com um corpo que se faz parte da natureza. Já a concepção de doença, para as religiões de matriz africana pode ser considerada a partir de um desequilíbrio ou mesmo como fruto de uma cisão entre os mundos humano e sobrenatural (SANTOS, 1986).

Conseqüentemente a isso, as práticas de cuidado aos quais se recorrem para o reequilíbrio das pessoas são voltadas ao uso das folhas, ervas, raízes e flores, os banhos, as benzeduras, o jogo de búzios, os ebós, os boris, a iniciação, o aconselhamento etc., onde cada tradição religiosa afro-brasileira compõe de diferentes maneiras os procedimentos para promoção ou reestabelecimento da saúde das pessoas.

Como já mencionado, o processo da RSB promove contexto para a construção de uma nova concepção de saúde, negando a ideia de saúde como ausência de doença e afirmando-a como fruto da determinação social. Neste aspecto, a saúde é assumida como uma resultante biopsicossocial. Apesar disso, a dimensão da saúde espiritual foi-se conformando como um tema polêmico frente ao desafio da pretensa laicidade do Estado, o que acabou por cristalizar e aprofundar um afastamento entre as práticas de cuidado realizadas pelas comunidades de terreiro e as práticas de cuidado realizadas nos serviços de saúde.

Importante ressaltar, ainda, o entrecruzamento desta discussão com o desenvolvido na seção anterior, uma vez que há um papel fundamental das mulheres negras no exercício das práticas de cuidado nas religiões de matriz africana, mas, também, naquelas práticas tradicionais populares, “correndo por fora” como diz a ialodê Jurema:

Aí fazendo as contas, a gente sabe os vestígios do ativismo negro por saúde, fora, correndo por fora, tem a sobre a saúde sob o aspecto tradicional, que são as religiões afro-brasileiras, principalmente, mas não apenas também criando subsistemas de saúde, como técnicas diferentes que são guardadas dentro do terreiro, são guardadas nas práticas religiosas, mas não são por definição religiosas. Você vai ver isso nas religiões de matriz africana, mas vai ver também no catolicismo popular, com as rezadeiras, benzedoras... que são tanto as mães de Santo, quanto são as beatas da igreja, mas são mulheres negras. Vai ver em qualquer Quilombo, hoje em dia, você vai lá, tem uma mulher negra benzendo alguém. Então também tem outra pra outra pressão, né, de afirmação de saúde que corre por fora, mas também como eu disse, não está escrito porque quem escreveu essa história foram os caras brancos universitários (Jurema Werneck).

Ainda que, antes da década de 1990, parte da militância negra tenha apontado a importância do estabelecimento de parceria entre política pública e as religiões de matriz africana, pela dimensão que Jurema chama atenção sobre quem estava com a caneta na construção do projeto, é somente em 2003 que se aglutina um coletivo de envergadura nacional para pautar a interlocução – a Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (Renafro).

A Renafro surge durante o II Seminário Nacional Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, capital de São Luiz, no Maranhão, enquanto uma instância de articulação da sociedade civil que envolve pessoas adeptas da tradição religiosa afro-brasileira, gestores e profissionais de saúde, integrantes de organizações não-governamentais, pesquisadores e lideranças do movimento negro. Sua organização tem como objetivos: valorizar e potencializar o saber dos terreiros em relação à saúde; estimular práticas de promoção da saúde; monitorar e intervir nas políticas públicas de saúde exercendo o controle social; legitimar as lideranças dos terreiros enquanto detentores de saberes e poderes para exigir das autoridades locais um atendimento de qualidade, onde a cultura do terreiro seja reconhecida e respeitada; reforçar a importância de interligar as práticas de saúde realizadas nos terreiros com as práticas de saúde no SUS; contribuir para uma reflexão sobre diferentes aspectos da saúde da população dos terreiros; estabelecer um canal de comunicação entre os adeptos da tradição religiosa afro-brasileira, os gestores, profissionais de saúde e os conselheiros de saúde.

A partir do diálogo com a ialodê Jurema, para compreender melhor este processo seria importante acessar e visibilizar o papel de pessoas como:

O Pai de Santo Adailton Moreira tava na 10ª Conferência Nacional de Saúde em diante. Ele já estava, com José Marmo, e traz gente dos terreiros para a saúde. O Pai Celso, de São Paulo, porque tem um pai Celso no Rio de Janeiro também. Tem a Mãe Nilce Naira, que pode colocar você em contato com esse povo todo da rede de religiões matriz africana e saúde. Ela mora no Rio e é coordenadora junto com o Baba Diba que é do Rio Grande do Sul. Eles são os coordenadores da rede nacional de religiões afro-brasileiras em saúde (Jurema Werneck).

Apesar da conformação da Renafro extrapolar o período pesquisado na dissertação, trazer sua contribuição como parte deste processo mostrou-se fundamental, a medida em que evidencia que apesar da política pública, apesar do acesso ou não da população negra nos serviços/cuidado em saúde no SUS, apesar do racismo institucional, sempre existiram diferentes formas de cuidar e conceber saúde – sempre houveram e sempre haverão práticas de saúde, assim como entre os diferentes povos indígenas, para cuidado de si, da coletividade e da natureza.

3.4.Sankofa também é sobre o tempo presente: eu, semente negra, no curso do SUS

Ubuntu: Eu sou porque nós somos!

Os caminhos de uma pesquisa que se abre no presente para conhecer o passado e construir o futuro, permitem que os coincidentes encontros sejam produzidos em torno das perguntas que o guiam. O que seria sankofiar sem incluir a agente que vai ao passado para compreendê-lo com os olhos do tempo presente? O que seria sankofiar sem incluir não só o resgate objetivado, como compartilhá-lo, percebê-lo, defrontá-lo, mas também, vivê-lo no presente?

Provocada por isso, recorro à circularidade própria dos referenciais africanos para compreender que para sankofiar memórias, há de se implicar, necessariamente, passado, presente e futuro. Desta forma, nesta que é a última seção da pesquisa, reconheço que meus passos vieram de longe e que o encontro com os documentos, conjunto de demandas e agendas, ausências, vestígios, presenças, descobertas, fizeram-me perceber ser-semente.

Semente tal qual dizia a Marielle Franco (semente!), como sujeita insistente, a despeito das tentativas de nos enterrar, enterrar nossa história, (re)existimos, porque na tentativa de esconder nossa história, brotamos como sementes, florescemos em reconexão com nossas raízes.

Assim, compartilharei aqui meu ponto de vista como mulher negra, cisgênero, pesquisadora, lésbica, jovem, nutricionista, abian e filha de Oxalá, especialista em saúde da família e em gestão da atenção básica, militante, trabalhadora da gestão do ensino e educação permanente no SUS do município de Niterói/RJ e meu lugar nesse processo de sankofiar a Reforma Sanitária.

Para isso, farei o caminho inverso do decorrer desse texto, buscando promover as costuras a partir do meu olhar nos encontros que foram se tecendo com as vozes negras que me contavam outras perspectivas da história da Reforma e seus desafios atuais.

3.4.1. Reencontro com a ancestralidade e com outras experiências de saúdes e territórios

Minha vinda para o Rio de Janeiro em 2018 fazia parte de um planejamento interno de 10 anos, que envolvia fazer residência, um estágio optativo em Cuba, R3, mestrado e doutorado, dando-me chance de um ano de intervalo nessa jornada. O virginiano planejamento “normativo” que em mim habitava não contava com a

possibilidade de ter o curso da vida deslocado por outras dimensões que não a vida acadêmica ou de trabalho. Estar no Rio de Janeiro, capital histórica do país, do Cais do Valongo e da Pequena África, convocava-me a uma reconexão que não sabia que precisava. Estava pisando em solo carioca para recompor um reencontro ancestral.

Depois de mais de 5 anos buscando aproximações com a religiosidade de matriz africana, finalmente em 2023, consegui me vincular a uma *egbe*, uma comunidade de axé que me oportunizaria aprender sobre minha ancestralidade, provocaria-me olhar para meus antepassados, minha árvore genealógica, para buscar minhas raízes.

A experiência, vivência concreta de sentir a presença de orixá em minha vida mudou minha concepção de saúde e bem-estar, também minha concepção de família, de lugar que reconheço como meu, ou melhor, lugar que me reconheço parte. Os ebós nos momentos de tormenta, o bori para alimentar meu orí, a riqueza da cultura alimentar da comida de santo, os banhos de ervas frias, o acolhimento de uma família espiritual, o percorrer no território para mapear outras casas de axé em nossa comunidade na Baixada Fluminense, tudo isso, sem dúvida nenhuma, promovia saúde coletiva.

Apesar disso, outro dia dando uma aula sobre epidemiologia das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) em um curso para profissionais de saúde sobre nutrição e saúde para a população LGBTQIAPN+, quando ao resgatar meus referenciais sobre epidemiologia crítica, vi a necessidade de retomar os modelos explicativos do processo saúde doença, para chegar na discussão da determinação social.

Passei pelo modelo “mágico-religioso”, modelo biomédico, a história natural da doença, modelo de determinantes, até chegar ao modelo da determinação social, como, finalmente, o mais apropriado modelo explicativo para toda essa complexidade que é falar sobre saúde. Foi então que estranhei minha própria fala, dizer que houve evolução destes modelos até o que incorporamos no SUS. A lembrança da fala da ialodê Jurema me fez construir conexões entre minha vivência e as reflexões que brotavam da pesquisa.

*a gente sabe os vestígios do ativismo negro por saúde, **fora, correndo por fora**, tem sobre a saúde o aspecto tradicional, que são as religiões afro-brasileiras, principalmente, mas não apenas, **também criando subsistemas de saúde, como técnicas diferentes que são guardadas dentro do terreiro**, são guardadas nas práticas religiosas, mas não são por definição religiosas (Jurema Werneck).*

Peguei-me em grande contradição ao não considerar que o modelo de determinação social que acredito, pode ser lido e considerado um grande subsistema de saúde, tamanha a complexidade, diferentes elementos e componentes que são da prática religiosa, mas que se fazem por cuidado em saúde. Jurema me ensinou, em nosso

encontro, que aquele “modelo de determinação social”, para ser integral à vera, precisava incluir o meu axé, meu eleke, minhas vestimentas brancas, ou não incluiria minha saúde e dos meus. Aprendizados que só me vieram pela experiência de sentir a energia de orixá e pelo potente encontro com a ialodê Jurema.

3.4.2. O chão que eu piso é terreno pra construção

Niterói foi um campo de experimentação para a construção do SUS
(Jurema Werneck)

Passando para o campo onde atualmente construo diariamente o SUS, aterrizo no município de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro. Por coincidência, ou não, das seis pessoas que compuseram os diálogos de pesquisa nesta dissertação, três tiveram suas histórias atravessadas por experiências neste município – Jurema como estudante, Isabel como professora e Walmir como líder comunitário.

Minha relação com a cidade começou na residência em Gestão da Atenção Básica, em 2020, em pleno processo de enfrentamento da pandemia de Covid-19. Como minha escola de formação em gestão para o SUS, atuei na Assessoria de Planejamento do município. Neste período, que durou de 2020 a 2021, estive envolvida em projetos de formulação, planejamento e implementação de ações na cidade. Entre elas, foi muito significativa a construção do Plano Municipal de Saúde Participativo, em que desenhamos um arranjo de diversas ofertas de participação direta com consulta pública, debates locais, espaços de formação e formulação com controle social e uma série de alinhamentos na gestão. Neste decurso, aprendi que Niterói faz parte da Região de Saúde Metropolitana II, composta também pelos municípios de Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. Responsável pelo maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Estado do RJ (IBGE, 2010) e o terceiro do país, com uma população 481.749 pessoas, habitante em uma área de 133,757 km².

Em relação à distribuição por raça/cor, o último dado divulgado, pude entender que no Censo 2010 (IBGE, 2010), 64% das pessoas residentes em Niterói se autodeclararam brancas, seguidas de 35% que se autodeclararam negras (26% pardas e 9% pretas), 0,55% amarelas e 0,13% indígena. Mas que, apesar disso, em 2019, de acordo com estudo que analisou segregação espacial tomando como base o indicador de raça/cor (IBGE) em conjunto com outros indicadores identificou Niterói como a cidade com maior

índice de segregação sociorracial no Brasil.

Vivenciei a residência em gestão de forma muito intensa no município, aprendendo a importância da leitura dos processos técnico-políticos imbricados no cotidiano do SUS. E quase um ano depois da residência, voltei à Niterói como gestora de ensino e produção do conhecimento para a Atenção Primária e Saúde Mental na cidade. Condizente com isso, fui, ao longo do tempo, conectando meu fazer profissional à história daquele município que teve e tem papel histórico na construção pioneira de iniciativas de políticas de saúde no país.

No encontro com Jurema, ela citou a importância de sua formação na Universidade Federal Fluminense para a sua atuação política no movimento estudantil, que culminou em processos importantes de construção da Reforma Sanitária:

As ações integradas de saúde são experimentadas em Niterói. As iniciativas de saúde comunitária são experimentadas a partir da faculdade de medicina em Niterói. Tinha um projeto que, acho que se chamava projeto Papucaia em Cachoeira do Macacu, de saúde comunitária, com a experiência de agentes comunitários de saúde, educação popular em saúde. Então, eu já estudo medicina num pólo de geração de conteúdo, de reflexão, de pesquisa e de experimentação prática. É por isso que eu, como um integrante do movimento estudantil, sou uma das estudantes enviadas pela faculdade de medicina de Niterói, para a 8ª Conferência Nacional de Saúde (Jurema Werneck).

Em convergência a isso, o senhor Walmir citava também o Projeto Niterói como iniciativa primária de estruturar processos de regionalização da rede de saúde:

O projeto Niterói, o SUS teve como base originária, a gênese do SUS começou em Niterói através desses 10 sanitaristas, através do Gilson Cantarino que depois passou a ser Secretário de Saúde do município de Niterói, foi um momento muito profícuo aqui na cidade, porque Moreira chamou ele para ser secretário municipal e ele botou essa turma toda aí (Walmir).

Pude aprender com seu Walmir que este processo do Projeto Niterói culminava com a organização e mobilização comunitária em torno da saúde, mas que pautava também transporte público, habitação, saneamento básico, entre outras.

Nessa reunião, eles discutiam sobre, como organizar uma instância governamental em que a saúde fosse universalizada, e tal, também fosse pública. Então, é claro que muita coisa não entendia o que eles estavam falando, porque eu era muito jovem, mas eu participei de várias reuniões (Walmir Garcia)

Em Niterói acontecia, nesse período, nos anos 1980, mobilizações similares a organização popular que acontecia na Zona Leste de São Paulo¹⁶, na Baixada

¹⁶ PALMA, Jose Joao Lanceiro da. Movimentos sociais e construção do SUS: uma contribuição ao estudo da participação social na saúde. 2013. 212 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2013.

Fluminense¹⁷, no interior da Paraíba¹⁸ e em diversas localidades do país, envolvendo pautas protagonizadas por mulheres, donas de casa, na luta por melhores condições de vida e saúde, e o enfrentamento de doenças nas localidades. Nesse contexto, vestígios como a apresentação da temática sobre Doença Falciforme indica a participação de pessoas atentas à saúde da população negra:

Eu lembro que houve uma dessas reuniões, que era a primeira vez que eu ouvi sobre a [doença] falciforme, entendeu? Eu não conhecia. Eu não conhecia, não sabia dessa doença que afetava negro, foi a partir daí que comecei a entender (Walmir Garcia).

Quando olho para essa história, tão viva nos tempos atuais, fazendo-se presente por meio da relação próxima que o movimento comunitário segue tendo com os processos de gestão na saúde, pego-me pensando nos desafios para a implementação da política de saúde integral da população negra e na própria linha de cuidado para doença falciforme. Um dos exemplos que mais me atravessa nesse sentido, é pensar a urgência de implementar a PNSIPN no município, em convergência com a discussão que já havia aparecido no contexto do Projeto Niterói durante a década de 1980.

Isso me remete ao compartilhado pela ialodê Isabel quando divide a discussão conduzida por ela durante o I Seminário Niteroiense sobre o Negro Ontem, Hoje e Amanhã. Neste evento, ela traz como contribuição aspectos importantes para sankofiar a memória do que deveria orientar a Reforma Sanitária.

Partindo de um cenário de poucas pesquisas sobre a saúde da população negra (1985 a 1990), Isabel provocava a pensar o passado, o ontem, incluindo como questão importante as consequências que o capitalismo de modo escravocrata imprimiu na saúde das pessoas negras, sendo elas escravizada seja na sua descendência, que geraram um cenário de desfavorecimento social e miséria. E que esta condição socioeconômica, aliada ao racismo, determinou e ainda determinava sérios agravos à saúde dessa população.

Sobre a época, 1993, a mesma provocava a necessidade de realização de pesquisas, visando traçar o perfil da saúde do negro brasileiro; estudar a existência, ou não, de disparidade entre o estado de saúde do negro em relação a de outros grupos étnicos; e de ampliar a correlação disso com outras variáveis. E, para o futuro, denunciava e anunciava a indispensabilidade de um novo porvir. E reiterava que enquanto as

¹⁷ PIRES-ALVES, Fernando Antônio, Paiva, Carlos Henrique Assunção e Lima, Nísia Trindade. Na Baixada Fluminense, à sombra da 'Esfinge do Rio': lutas populares e políticas de saúde na alvorada do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6, pp. 1849-1858. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05272018>>.

¹⁸ DIAS, Nelsina Melo Oliveira. *Mulheres: sanitaristas de pés-descalços*. Editora Hucitec, 1991.

instituições sociais não tivessem por objetivo o resgate da imensa dívida social para com a população negra, pouco avançaríamos (CRUZ, 1993).

Acompanhando os desafios por ela atravessados na década de 1990, pego-me refletindo sobre a importância de saldar tais dívidas perante a população negra, maioria da sociedade brasileira, para que estas contribuições possam ser visibilizadas e localizadas na condição de reparação histórica.

Um exemplo recente que muito me atravessa no cotidiano do trabalho, além da pouca presença de pessoas negras nos espaços de gestão, como na grande maioria dos espaços de gestão do SUS, foi a oportunidade de estar vinculada a uma instituição que realizou reserva de vagas para concurso público na saúde da cidade.

A implementação da reserva de vagas para a população negra no concurso público realizado pela Fundação Pública de Direito Privado que atuo foi um importante ensejo para colocar em prática o princípio da equidade na seleção de empregados públicos do Sistema Único de Saúde como medida de ação afirmativa e enfrentamento ao racismo institucional em Niterói.

Como repercussão, pude acompanhar e perceber que a efetividade desta reserva de vagas gerou um enegrecimento dos trabalhadores do SUS em Niterói, que, por consequência, passou a evidenciar nos cotidianos do processo de trabalho a necessidade de ações institucionais que passam pela elaboração de políticas alinhadas à gestão pública e ao SUS.

Ali me vi em uma encruzilhada: Se por um lado, na medida em que se evidenciavam as estruturas raciais que visibilizam a branquitude foi sendo possível se avançar na discussão racial, fortalecendo as condições de implementar estratégias como as descritas pela PNSIPN, por outro, passou a ressoar o desafio de sensibilizar e mobilizar os diversos atores (majoritariamente brancos), para incluir tal agenda como prioridade, com o intuito de viabilizar formas de investimento para que ações mapeadas possam se converter em políticas institucionais.

Afinal, quais os limites e possibilidades do fazer gestão para uma mulher negra em um SUS que se constituiu não racializado?

3.4.3. Eu-semente no SUS

Como a gente colocou em prática as nossas tecnologias, que são ancestrais, que são tradicionais e que estão nos ajudando a viver e como levar isso para

esse novo Sistema? E não é com romantismo, com essa coisa chata que pessoas chatas tem insistido em fazer, é com profundidade, é com criticidade. Não é usar o termo ancestral e atribuir o título de ancestral a qualquer pessoa que morre, porque não é assim. Não se vira ancestral porque você morreu, se vira ancestral por tudo o que você fez em vida. Se você pouco ou se você fez muito mas não significou nada para o coletivo, você só morreu (Fernanda Lopes).

“Tentaram nos enterrar, mal sabiam que éramos sementes!”

Enquanto falávamos sobre o que os desafios passados provocavam aos desafios atuais para a construção do SUS, em um dos encontros da pesquisa, a ialodê Fernanda me fez a seguinte convocação:

O desafio é grande, mas é necessário. Ainda bem que tem gente disposta, né? Porque é isso, acho que a gente precisa. A gente não tem muito para onde fugir. Que bom que você tomou as decisões que você tomou até agora. Porque é isso, a gente precisa de quem tome decisão também pensando em mais gente (Fernanda Lopes).

Recebi essa convocação com muita felicidade, mas também com enorme responsabilidade, tamanho o desafio. Desde que me entendo estudante e depois, trabalhadora de saúde, a militância fez o SUS e transformação da sociedade se tornarem um projeto de vida, extrapolando e muito, o lugar de trabalho, emprego, estudo. Fez sentido a provocação de Fernanda, quando me disse que:

Nós, como sujeito, pesquisador e influenciador temos a obrigação de entender, traduzir e cobrar. Não são as outras pessoas. Você tá estudando para isso, então essa é a obrigação de quem estuda e de quem produz conhecimento entre os nossos. Todo mundo produz conhecimento, mas tem alguns que usam isso só para colocar no Lattes. (Fernanda Lopes)

Como incessante caçadora de sentidos, o desejo de contribuir com a sociedade, com o direito à saúde, foi ao longo do tempo e da minha (curta) trajetória, virando fonte de implicação, compromisso, comprometimento, sensibilidade e ação a tudo que pudesse me parecer nessa direção. Defender o SUS, me fez chorar pelo SUS, enegrecer pelo SUS, ousar pelo SUS, adoecer pelo SUS, me vulnerabilizar pelo SUS. Até que, provocada por uma amiga, percebi a importância de não estar passiva neste processo e querer construir um SUS que fosse bom e possível para que eu pudesse resistir nele e não querer resistir à ele. Para isso, só tendo mais gente ao lado.

A ialodê Isabel, em outro encontro, em outro momento, refletiu neste ponto que me tocou, quando disse:

Eu sou muito grata a todas essas pessoas que em algum momento, também compartilharam aquilo que viveram, o que fizeram para que a gente pudesse

avançar sem precisar começar do zero (Isabel Cruz)

Fernanda e Isabel me conectaram com algo que sempre esteve muito presente na essência dessa militância, que foi convertendo a indignação em organização, em movimento, em pesquisa, em contribuição, em ação – o fato de não fazer só. No encontro com elas me reconheci semente, plantada e cultivada por mulheres negras, que a despeito do lugar hipersexualizado, superexplorado, insistiram nas brechas de “querer tomar decisão pensando em mais gente”.

E pensando em mais gente, nessa gente amefricana, que encaminho o rumo das inconclusões iniciais, como caminho para seguir construindo a história desse SUS no presente e no futuro, em coletividade.

CONSIDERAÇÕES PARA REFUNDAR UM SUS AMEFRICANO



Se ne tekrema: “Nenhuma criança nasce com dentes.

Nós melhoramos e avançamos”

(provérbio africano dos povos Akan).

E se o processo da Reforma Sanitária Brasileira tivesse partido da análise que a sociedade brasileira é amefricana? Teríamos hoje, um SUS amefricano, garantidor do direito à saúde pluriversal, equânime, integral e intercultural em suas políticas e práticas de cuidado? Não sabemos! Mas a visibilidade e participação no processo de construção certamente poderia fazer com que as populações negra, indígena, com deficiência, LGBTQIAPN+, pudessem se perceber como construtoras desse projeto de sociedade que coloca a vida na natureza no centro da solução.

Apesar desse “e se...”, o objetivo dessa pesquisa não era aventar suposições ou conjecturas para criticar os “erros” do passado. Pelo contrário, era de perceber nesse passado, que memórias, histórias e formulações de militantes e do movimento social negro precisam ser visibilizadas hoje na discussão da Saúde Coletiva, enquanto oportunidade para seguirmos a construção do SUS reconhecendo a necessidade de outras bases.

Sankofiar a memória da Reforma Sanitária Brasileira foi se fazendo potente para investigar vestígios nos documentos oficiais da saúde, trazer à tona algumas das demandas sistematizadas do movimento social negro e abrir espaço para vozes negras contarem a história de construção das bases do SUS sob óticas fora do convencional. Foi disparar um processo inacabado e aberto à artesanania de seguir incluindo outros referenciais teórico-metodológicos para compreender e analisar a formação da sociedade ao qual as políticas de saúde são endereçadas, incluindo suas demandas, seus históricos, suas formulações, seus modos de ser, estar e fazer.

Aqui, caberiam ainda ser incluídas outras contribuições de militantes negros, de movimentos comunitários, dos diferentes povos indígenas, das pessoas com deficiência, das pessoas LGBTQIA+, entre tantas outras diferentes formas de ser no país. Assim como caberiam continuidades do período pesquisado, para compreender a relação desse processo, por exemplo, com a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Enquanto modo de pesquisar, resguardada a importância de aprofundamento sistemático para que se possa seguir aprimorando e potencializando seu uso, a concepção de Sankofiar se mostrou como jeito aberto à História para recontar Histórias a partir de olhares amefricanos, incorporando a análise crítica e a busca por vestígios na história “convencionada”, a pesquisa documental, visual e oral partindo dos pontos de vista da população negra, com o objetivo de gerar visibilidade e a inclusão da autoria escreviente como parte construtora desse movimento circular da história, que faz emergir conhecimento do encontro entre passado, presente e futuro.

Os efeitos do racismo por denegação, operado no Brasil, enquanto um sofisticado sistema de dominação alicerçado na ideologia do branqueamento, no mito da superioridade branca, pela fragmentação da identidade racial e propulsionado pelos aparelhos de reprodução dos modos de vida, internalizando a “negação da própria raça, da própria cultura” (GONZALEZ, 2020a, p. 132), denegou também parte importante de formulações e agendas negras que contribuiriam para a construção de um SUS mais socialmente referenciado.

Das ausências percebidas nos documentos oficiais da política de saúde no período estudado, ficam o aprendizado sobre a importância de destacar a análise do “mito” da democracia racial ainda vigente no país, visibilizar a racialização do Estado Brasileiro e da operação da branquitude na construção das políticas públicas. Apesar disso, importa ressaltar, também, que apesar da hegemonia do efeito dessas dimensões que produzem invisibilização, as brechas e vestígios sempre existiram e sempre seguiram existindo.

Os vestígios, lastros do que foi intencionalmente invisibilizado, puderam ensinar que intrínsecas a composição de “movimentos populares” como atores nominados do movimento sanitário na época da RSB, está uma gama diversa de experiências de movimentos sociais, que vão desde movimentos comunitários, negro, de mulheres, “sanitaristas dos pés descalços”, de luta contra a carestia e contra as dimensões que afligiam e seguem afligindo a vida. Se por um lado a existência e contribuição desses movimentos esteve presente enquanto elemento analisador da RSB, por outro, pode-se perceber que estes não estiveram presentes nos espaços de decisão, construção efetiva e formulação do projeto ao qual se pretendia construir.

Apesar da pouca circulação e conhecimento sobre a existência desses documentos, foram a partir das evidências contidas nas sistematizações de demandas dos movimentos para o processo da Reforma Sanitária que possibilitam incorporar aprendizados de um “movimento negro educador”.

Aprendizados, esses, relacionados à concepção de saúde e cuidado, podendo reconhecer um modelo explicativo do processo saúde-doença sob três dimensões: saúde mental, saúde do corpo e saúde espiritual, não pela imposição de práticas religiosas que possam ferir a importante laicidade do Estado, mas reconhecendo a legitimidade do axé e demais concepções de saúde e território como partes de um olhar integral de cuidado, e não como formas complementares ao que é legitimado enquanto saber técnico-científico.

Importa conhecer também contribuições gerais sobre a estruturação do Sistema de Saúde pautado pelo movimento negro, que envolvia a estatização, socialização e unificação do Sistema, destinação de 20% do Orçamento da União à saúde, foco no fortalecimento de estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças e nacionalização todas as Indústrias e Laboratórios Farmacêuticos no País.

Além disso, pautas relacionadas ao protagonismo das Iabás do SUS, que sob o olhar de denúncia e de proposição trouxeram contribuições fundamentais à discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos e sobre a estruturação de um Sistema de Saúde que atenda às necessidades delas, mulheres negras, que seguem sendo as principais usuárias exclusivas do mesmo.

O movimento negro também, por suas formulações no período coincidente à RSB, poderia contribuir na correlação de forças na discussão sobre estruturação da Gestão da força de trabalho no SUS, por propor discussões sobre limitação da carga horária de 6 horas semanais para o trabalhador, a importância de escalas móveis de salário para o atendimento efetivo dos custos de vida, a garantia da inclusão da população com deficiência no mercado de trabalho e o reconhecimento das atividades relacionadas ao lar como parte da atividade econômica. Agendas extremamente atuais e necessárias para o tempo presente, por dizerem sobre as condições de se estruturar um Sistema que cuide do usuário e do trabalhador.

Considerando essas diversas dimensões e aprendizados produzidos no decorrer da pesquisa, evidencia-se a importância de visibilizar que o processo da Reforma Sanitária foi estratégico para a discussão da saúde como um direito de todas as pessoas e um dever do Estado, e contribuiu também a construção de um campo – a Saúde Coletiva, que se propõe aberto para a formulação de políticas de saúde a partir das bases materiais de vida. Partindo desta reflexão, é possível reformular nossas bases, reconhecendo a amefricanidade como chave analítica e formuladora de construções, concordando com o que defende Da Silva (2022) em sua dissertação sobre um SUS de retalhos amefricanos.

Assim, considero central a contribuição de Fernanda sobre os desafios para o futuro:

*E a gente precisa entender o que é um Sistema e como funciona. E nenhum Sistema funciona sem ser afetado pelas externalidades. Todo o Sistema é afetado pelas externalidades. E a sociedade civil organizada, o movimento social negro, na sua pluralidade, precisa ser um vetor com maior capacidade de intervenção nesse Sistema. Precisa ter mais força como externalidade. Então, pra gente, para pessoas negras comprometidas com um Sistema como esse, que querem que ele seja alguma coisa, que não é melhorar o que tá, porque o que tá não, não dá. O que tá já mostrou que não existe efetivamente pra gente, **então tem que refundar** (Fernanda Lopes, grifos meus).*

Convergente com o apontamento de Fernanda sobre a necessidade de “Refundar esse Sistema”, trago para o diálogo possível a necessidade de decolonizar a Saúde no contexto latinoamericano e caribenho. Tendo isso como premissa, Gonzalo Basile (2021) formula a ideia sobre a Refundação dos Sistemas de Saúde, partindo do entendimento que é o momento de superarmos a discussão de reformas que mantenham as mesmas bases epistemológicas na Saúde, e provocar a necessidade de mudarmos o ponto de vista da produção do conhecimento e análise das políticas de saúde, uma vez que precisamos “conhecer desde o Sul para Refundar desde o Sul” (BASILE, 2021, p 85).

Tendo a concordar com Gonzalo (2021) que a ideia em torno da refundação de sistemas de saúde, sob o ponto de vista amefricano, oportuniza configurar um novo ponto de partida, que como um processo de transição, busca a partir de um giro decolonial, reconhecendo a necessidade de articular dinâmicas instituintes políticas, sociais, territoriais, populares e interculturais para a formulação de políticas de saúde. Nesta direção, nos ajuda muito retomar a ideia de Sankofa, ao fazer refletir que “não é tabu voltar atrás e buscar o que esqueceu”, pois há tempo para a retomada.

Por fim, uma das centrais contribuições que os movimentos negros apresentam à discussão sobre Reforma/Refundação dos Sistemas de Saúde é a concepção sobre democracia. Discutir democracia não é uma questão simples para a sociedade brasileira. E nisso, o movimento sanitário teve uma importante posição, ao afirmar na 8ª Conferência Nacional, que “Democracia é saúde” e que “Saúde é democracia”. Mais ao mergulhar nas entranhas dos efeitos dos processos que pautaram a formação “da cara” da sociedade brasileira, não há como não incorporar a diversidade e pluralidade de nosso povo nesta democracia e na formulação de políticas públicas, porque significa tomar como universal a referência de estrutura de políticas que só consideram uma parte da população.

Neste sentido, o movimento negro incide, ao reconhecer que o Quilombo dos Palmares foi uma das experiências mais democráticas no Brasil na Marcha de Novembro

de 1978, e nos ensina com isso que: Enquanto houver racismo, não haverá democracia!
Enquanto houver racismo, não haverá saúde! Enquanto houver machismo, racismo,
capacitismo, LGBTQIAPN+ fobia, especismo, não haverá saúde e democracia!

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V.; PEREIRA, A.A. Histórias do movimento negro no Brasil. Rio do Janeiro: Pallas, CPDOC-FGV, 2007

ALVES, D.F. de A.; CARNUT L.; MENDES Á. A Reforma Sanitária Brasileira e a natureza do Estado: apontamentos críticos sobre a questão agrária. Saúde debate [Internet]. 2019;43(spe8):263–75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S819> Acesso em: 30 Nov. 2022.

AMIN, S. El eurocentrismo: Crítica de una ideología. Cidade do México: Siglo Veintiuno editores, 1989.

ASANTE, M. K. Afrocentricidade: notas sobre uma posição disciplinar. In: NASCIMENTO, Elisa Larkin. (org.). Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora. São Paulo: Selo Negro, 2008. p. 93-110.

ASSIS, W. F. T. Do colonialismo à colonialidade: expropriação territorial na periferia do capitalismo. Caderno CRH. 2014, v. 27, n. 72, pp. 613-627. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-49792014000300011>> Acesso em: 16 Out. 2022.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. Saúde E Sociedade, 11(1), 67–84. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008> Acesso em: 17 Out. 2023.

BAPTISTA, T. W. de F., BORGES, C. F. e REZENDE, M. de. Outros olhares para a Reforma Sanitária Brasileira. Saúde em Debate v. 43, n. spe8, pp. 05-10. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S800>>. Acesso em: 16 Out. 2022.

BASILE, G. Refundación de los sistemas de salud en América Latina y El Caribe: descolonizar las teorías y políticas. In: ____: Refundación de los Sistemas de Salud em Latinoamérica y el Caribe: Apuntes para repensar y descolonizar las Teorías y Políticas. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2021, p. 64-97.

BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: Psicologia Social do Racismo Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Editora Vozes, 2014. p. 25-57.

BEZERRA, M. V. da R.; MORENO, C. A.; PRADO, N. M. de B. L. .; SANTOS, A. M. dos. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. Saúde em Debate, [S. l.], v. 43, n. 43 especial 8 dez, p. 305–323, 2022. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2782>.

BRANDÃO, Gildo Marçal. Linhagens do pensamento político brasileiro. Dados [online]. 2005, v. 48, n. 2, pp. 231-269. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0011-52582005000200001>>. Acesso em: 16 Out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf> Acesso em: 10 Abri. 2023.

BRASIL. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987a.

BRASIL. Relatório Final da Conferência Nacional de Saúde e Direito da Mulher – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987b.

CARDOSO, F. H. Capitalismo e escravidão no Brasil meridional: o negro na sociedade escravocrata do Rio Grande do Sul. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1ª edição, 1962.

CARNUT, L.; MENDES, A.; MARQUES, M.C.C. Outra narrativa no ensino da Reforma Sanitária Brasileira: o debate crítico de uma escolha política. Saúde debate [Internet]. 2019;43(spe8):133-145. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe8/133-145/>>. Acesso em: 10 Abri. 2023.

COSTA BB. Paulo Freire: educador-pensador da libertação. Pro-Posições. 2016 Jan;27(1):93–110. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-7307201607906> Acesso em: 15 Out. 2023.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Documento: A Questão Democrática na Área da Saúde. Revista Saúde em Debate, nº 9, p.11-14, 1979.

CERQUEIRA, D. et al. Atlas da Violência 2021, São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf> Acesso em: 15 Out. 2023.

COHN, A. “Caminhos da reforma sanitária”, revisitado. Estudos Avançados, 2018; 32(93), 225-241. <https://doi.org/10.5935/0103-4014.20180040> Acesso em: 15 Out. 2023.

CRUZ, Heloisa de Faria; PEIXOTO, Maria do Rosário da Cunha. Na oficina do historiador: conversas sobre história e imprensa. Projeto História, São Paulo, n.35, p. 253-270, dez. 2007.

CUSICANQUI, S. R.. Ch'ixinakax utxiwa. Una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores. Buenos Aires: Tinta Limón, 2010. Pinturas. 80 pp. Disponível em: <https://chixinakax.files.wordpress.com/2010/07/silvia-rivera-cusicanqui.pdf> Acesso em: 22 de Abri. 2023.

CUSICANQUI, S. R. Sociología de la imagen : ensayos . - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Tinta Limón, 2015. Disponível em: https://www.professores.uff.br/ricardobasbaum/wp-content/uploads/sites/164/2020/09/Cusicanqui_Sociolog%c3%ada-de-la-imagen-Miradas-ch%e2%80%99ixi-desde-la-historia-andina.pdf Acesso em: 22 de Abri. 2023.

D'ADESKY, J. A ideologia da democracia racial no limiar do anti-racismo universalista In: SALGUEIRO, Maria Aparecida Andrade (org.). A República e a Questão do Negro no Brasil. 1ª edição. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p 141-162.

DANTAS, A. V. Do Socialismo à Democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. v. 1. 319 p.

DA SILVA, J. P. S. SUS de retalhos africanos: A luz antirracista da ABADFAL. 2022. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

DIAS, N. M. O. Mulheres: sanitaristas de pés-descalços. Editora Hucitec, 1991.

DOMINGUES P. Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos. Tempo [Internet]. 2007;12(23):100–22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-77042007000200007> Acesso em: 22 Abri. 2023.

ESCOREL, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FAUSTINO, D. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. Ciência & Saúde Coletiva, 22(12):3831-3840, 2017.

FERNANDES, Florestan. A integração do negro na sociedade de classes. São Paulo, Cia Editora Nacional, 2 vols., 1965.

FINCH III, C.; NASCIMENTO, E. L. Abordagem afrocentrada, história e evolução. In: NASCIMENTO, Elisa Larkin. (org.). Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora. São Paulo: Selo Negro, 2008. p. 37-69.

FLEURY, S. (org.). Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREYRE, G. Casa Grande & Senzala (36ª ed.). São Paulo/Rio de Janeiro, Record, 1999.

GAGNEBIN, J. M. Walter Benjamin ou a história aberta. Prefácio, Vol. 1, 8ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2012.

GERSCHMAN, S. A Democracia Inconclusa: Um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

GOMES, F. A nitidez da invisibilidade: experiências e biografias ausentes sobre raça no Brasil republicano. In: SALGUEIRO, Maria Aparecida Andrade (org.). A República e a Questão do Negro no Brasil. 1ª edição. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p 49-68.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In:RIOS, Flávia; LIMA, Márcia. (orgs). Por um Feminismo Afro-Latino-Americano: Ensaio, Intervenções e Diálogos. Rio Janeiro: Zahar, 2020a. p. 75-93.

GONZALEZ, L. A categoria político-cultural de amefricanidade. In:RIOS, Flávia; LIMA, Márcia. (orgs). Por um Feminismo Afro-Latino-Americano: Ensaios, Intervenções e Diálogos. Rio Janeiro: Zahar, 2020b. p. 127-138.

GONZALEZ, L. Discurso na Constituinte. In:RIOS, Flávia; LIMA, Márcia. (orgs). Por um Feminismo Afro-Latino-Americano: Ensaios, Intervenções e Diálogos. Rio Janeiro: Zahar, 2020c. p. 244-262.

GONZALEZ, L.; HASENBALG, C. Lugar de Negro. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

GUIMARÃES, J,R; SANTOS, R.T. dos. Em busca do tempo perdido: anotações sobre os determinantes políticos da crise do SUS. Saúde debate [Internet]. 2019;43(spe8):219–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S816> Acesso em: 01 Mai de 2023.

HERNÁNDEZ, D. T. C., Una mirada muy otra a los territorios-cuerpos femeninos. Solar, vol. 12, n. 1, p. 35-46, 2016.

IANNI, O.. Raças e classes sociais no Brasil. São Paulo: Brasiliense. 1966

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/2093> Acesso em: 16 Out. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA .PNAD CONTINUA 2º TRIMESTRE 2023. Rio de Janeiro: IBGE, 2023a. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403#resultado> Acesso em: 16 Out. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA .PNAD CONTINUA 2º TRIMESTRE 2023. Rio de Janeiro: IBGE, 2023b. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6402#resultado> Acesso em: 16 Out. 2023.

KILOMBA, G. Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. Tradução de Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 244p, 2019.

LACAZ, F. A. de C. et al. Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. Saúde em Debate [online]. v. 43, n. spe8, pp. 120-132. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S809>> Acesso em: 19 Mar. 2022.

LEMOS, R. de O. Feminismo Negro em Construção: organização do movimento de mulheres negras do Rio de Janeiro. 1997.

LOPES, N. Se a floresta te abriga...In: NASCIMENTO, Elisa; GÁ, Luiz Carlos. Adinkra: sabedoria em símbolos africanos. Rio de Janeiro: Cobogó: Ipeafro, 2022. p.23-24.

LÖWY, M. Walter Benjamin: aviso de incêndio - Uma leitura das teses “Sobre o conceito de História” São Paulo: Boitempo, 2005.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. Dossiê: Raça, Genética, Identidades e Saúde, Hist. cienc. saude-Manguinhos 12 (2), 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D4vDRdLSYNcKyBrRdhxFXQr/> Acesso em: 01 Jun. 2022.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S.; RODRIGUES, P. H. 2006. O SUS é racista? Informe IOC. Ano XII – nº 40, 2016.

MALATIAN, T.. "Memória e contra-memória da Frente Negra Brasileira". In: XXIX Simpósio Nacional de História da ANPUH. Brasília, 2017.

MANIFESTO ANTICOTAS: Cidadãos anti-racistas contra as leis raciais. Jornal Folha de São Paulo, São Paulo, mai. 2008. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1405200807.htm> Acesso em: 01 Ago. 2023.

MARX, K.; ENGELS, F. A ideologia Alemã. SP: Boitempo, 2015.

MATERIAIS DE PESQUISA DA EXPOSIÇÃO. Memórias do Futuro: Cidadania Negra, Antirracismo e Resistência. São Paulo: Memorial da Resistência de São Paulo, 2022. Disponível em: www.memorialdaresistencia.org.br/exposicoes/memorias-do-futuro Acesso em: 06 Out. 2023.

MENDONÇA, A. L. de O. e GONÇALVES, L. A. P. 'Sobre o conceito da História' na saúde coletiva. Saúde em Debate [online]. v. 43, n. spe8, pp. 203-218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S815> Acesso em: 07 Jun. 2023.

MINAYO. M. C.S.; SANCHES, O. O Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad.Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MUNANGA, K. A redemocratização de 1945 e a crise do mito da democracia racial: uma vista panorâmica. In: SALGUEIRO, Maria Aparecida Andrade (org.). A República e a Questão do Negro no Brasil. 1ª edição. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p 131-140.

NASCIMENTO, A. do. O negro revoltado. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

NASCIMENTO, A. P. do. Qual a condição social dos negros no Brasil depois do fim da escravidão? O pós-abolição no ensino de História. In: SALGUEIRO, Maria Aparecida Andrade (org.). A República e a Questão do Negro no Brasil, 2005. 1ª edição. Rio de Janeiro: Museu da República. p 11-26.

NASCIMENTO, E. L. A matriz africana no Mundo. São Paulo: Selo Negro, 2008a.

OLIVEIRA, J. P. de; FREIRE, C. A. R. . A Presença Indígena na Formação do Brasil. Coleção Educação para Todos, 2006.

PAIM, J.S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PALMA, J. J. L. da. Movimentos sociais e construção do SUS: uma contribuição ao estudo da participação social na saúde. 2013. 212 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2013.

PIRES-ALVES, F.A.; PAIVA, C.H.A.; LIMA, N.T. Na Baixada Fluminense, à sombra da ‘Esfinje do Rio’: lutas populares e políticas de saúde na alvorada do SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1849-58. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/9nwsqb>> Acesso em: 11 Set. 2023

QUIJANO, A. *Colonialidad y modernidad/racionalidade*. Perú Indígena, Lima, v.12, n.29, p.11-20, 1992.

RABINBACH, A. *The human motor: fatigue, energies and the origins of modernity*. Los Angeles: University of California Press, 1992.

RABAKA, R. Teoria crítica africana. In: NASCIMENTO, Elisa Larkin. (org.). *Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora*. São Paulo: Selo Negro, 2008. p. 129-146.

RENAFRO. Quem Somos? Disponível em: <<https://renafrosaudecom.wordpress.com/sobre/>>. Acesso em: 01 Nov. 2023.

RENAFRO. O Cuidar no Terreiro, 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=oMDGTHQe9Ao> Acesso em: 01 Nov. 2023.

RENOU, T.G. *A diocese de Nova Iguaçu e a questão da educação e saúde nos movimentos sociais de 1970-1990 [dissertação]*. Niterói: UFF; 1994.

REZENDE, J.; CRUZ, I.; REZENDE, M. de. A participação do movimento social na Reforma Sanitária Brasileira - entrevista com Jó Rezende e Isabel Cruz. *Saúde debate* [Internet]. 2019;43(spe8):350–9. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S825>> Acesso em: 01 Nov. 2023.

ROSÁRIO, C. A. *Entrecruzamentos de histórias entre o Movimento da Reforma Sanitária e o Partido Comunista Brasileiro*. Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

SAFFIOTI, H. *A mulher na sociedade de classes: mitos e realidade* Rio de Janeiro: Rocco, 1979.

SAID, E. W. *Orientalismo: o Oriente como invenção do Ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007 (tradução de Rosaura Eichenberg), pp.27 a 163 e 273 a 437.

SANTOS, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Crise, refundação do CEBES e reafirmação do projeto da reforma sanitária Brasileira. *Saúde debate*. 2016 [acesso em 2017 jun 12]; 40(esp):136-147. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/fkw2jm>> Acesso em: 01 Nov. 2022.

SANTOS, J. E. dos. *Os Nâgô e a morte: Pàde, Àsèsè e o culto Égun na Bahia*; traduzido pela Universidade Federal da Bahia. Petrópolis, Vozes, 1986.

SILVA, J. da. “Mulher negra tem história”: Os processos organizativos das feministas afro-brasileiras nos anos setenta e oitenta. *Africanidade(s) e afrodescendência(s): perspectivas para a formação de professores / Maria Aparecida Santos Corrêa Barreto ... [et al.]*, (organizadores). — Vitória, ES : EDUFES, 2013.

SILVA, M. Escritos guardados: sobre a experiência de participação e luta social do Movimento de Saúde da Zona Leste. 2014. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

SILVEIRA, P. S., PAIM, J. S. e ADRIÃO, K. G. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. *Saúde em Debate* [online]. v. 43, n. spe8, pp. 276-291. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S820>>. Acesso em: 16 Out. 2023.

SOPHIA, D. C. Saúde e Utopia: o CEBES e a Reforma Sanitária Brasileira (1976-1986) 1ª edição. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 2015.

SOUTO, L.R.F; OLIVEIRA, M.H.B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde debate*. 2016 40(108):204-218. Disponível em: <http://ref.scielo.org/z9mzk3> Acesso em: 11 Set. 2022.

SOUTO, L.R.F., O Direito à Saúde e a Reforma Democrática do Estado Brasileiro: uma construção social republicana [dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2012.

SOUZA, F. A., MEDEIROS, T., & MENDONÇA, A. L. de O. “Eu não posso respirar”: asfixiados pelo coronavírus e pelo Estado racializado. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 30(3), e300316, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300316> Acesso em: 01 Nov. 2023.

STOTZ, E.. “O fantasma da classe ausente”: ensaio sobre as bases sociais do Movimento da Reforma Sanitária. *Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, 2019, 17.43.

VIGISSAN - INQUÉRITO NACIONAL SOBRE INSEGURANÇA ALIMENTAR NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL [livro eletrônico]: II VIGISAN : relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN. -- São Paulo, SP : Fundação Friedrich Ebert : Rede PENSSAN, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf> Acesso em: 01 Abri. 2023.

VIRGENS, J. H. A.; TEIXEIRA, C. F. Estudos sobre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: olhares diversos sobre um mesmo fenômeno *Saúde em Debate*, vol. 46, núm. 132, 2022, Janeiro-Março, pp. 211-226 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213215> Acesso em: 01 Nov. 2023.

WALLERSTEIN, I. O sistema mundial moderno. Vol. I: a agricultura capitalista e as origens da economia-mundo europeia no século XVI. Porto: Ed. Afrontamentos, 1974.

WALLERSTEIN, I. O universalismo europeu: a retórica do poder. São Paulo: Boitempo, 2007, 146 p, 2007.

WALLERSTEIN, I. A análise dos sistemas-mundo como movimento do saber. In: Vieira, P. A., Lima Vieira, R., & Filomeno, F. A. (org.). O Brasil e o capitalismo histórico: passado e presente na análise dos sistemas-mundo. São Paulo: Cultura Acadêmica Ed., pp.17-28, 2012.

WERNECK, J. O Samba Segundo as Ialodês: mulheres negras e a cultura midiática. 2007. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Programa de Pós-Graduação em Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saude soc., São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016.

WILLIS, B. W. The Adinkra Dictionary: A Visual Primer on the Language of Adinkra. 314, p. Pyramid Complex, 1998.

ZANCAN, L.; MAGALHÃES, R.; SOUZA, R.G. Atores Sociais na formulação do programa especial de saúde da Baixada. Bodstein R, organizador. Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p. 41-62.

APÊNDICE A – Militantes negros citados nas entrevistas e suas trajetórias

PESSOAS	TRAJETÓRIA
Alaerte Leandro Martins	Enfermeira, especialista em obstetrícia, Integrante da Rede de Mulheres Negras, doutora em saúde pública pela USP, fundadora da Associação Pelourinho da Lapa
Benedita Sousa da Silva Sampaio	Professora, auxiliar de enfermagem, assistente social e política brasileira filiada ao Partido dos Trabalhadores (PT), primeira senadora negra do Brasil, também sendo ativista política do Movimento Negro e assumidamente feminista. Entre 1987-91 atuou como titular da Subcomissão dos Negros, das Populações Indígenas e Minorias, discutindo as pautas sociais, inclusive de saúde para população negra. Foi uma das proponentes da CPI contra a esterilização feminina.
Berenice Kikuchi	Enfermeira de saúde pública, especialista em doença falciforme, presidente fundadora da Associação de Anemia Falciforme do Estado de São Paulo (Aafesp) e Doutora em Saúde e Desenvolvimento, especialista em doença falciforme, foi e é uma importante interlocutora da temática sobre Doença Falciforme.
Edna Roland	Psicóloga, gestora pública e uma das fundadoras do Geledés – Instituto da Mulher Negra e da Organização Fala Preta. Durante a ditadura civil-militar (1964-1985), atuou em organizações clandestinas de esquerda e participou de ações políticas na periferia de São Paulo. Foi uma das coordenadoras da discussão sobre Saúde da População Negra pelo Geledés.
Eufrosina Tereza de Oliveira (Lola)	Assistente Social, uma das fundadoras do Geledés – Instituto da Mulher Negra. Foi uma das coordenadoras da discussão sobre Saúde da População Negra pelo Geledés.
Fátima Oliveira	Médica, defensora incansável dos direitos sexuais e reprodutivos, onde deixou grande legado nas suas pesquisas, articulando as questões de gênero raça e

	<p>classe social. Militou na UNEGRO e no Partido Comunista do Brasil. Fundadora da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Sexuais Reprodutivos. Faleceu aos 63 anos, em 2017.</p>
Fernanda Lopes	<p>Bióloga, começa atuação política nos movimentos populares de Comunidades Eclesiais de Base em São Paulo. Atuou no movimento negro e principalmente, no movimento de mulheres negras e direitos humanos, temática que atua até hoje. A partir de sua aproximação com a Saúde Coletiva, foi e é uma das principais interlocutoras da formulação e discussão sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Atualmente, é Diretora de Programa do Fundo Baobá para Equidade Racial</p>
Hamilton Bernardes Cardoso	<p>Jornalista, foi um dos editores do Jornal Versus em São Paulo. foi um dos principais articuladores do Movimento Negro Unificado, levando políticos, estudantes, trabalhadores e intelectuais a se engajarem na luta contra o racismo no Brasil. Foi uma figura importante de denúncia e provocação da necessidade de políticas públicas para anemia falciforme. Faleceu em 1999.</p>
Isabel Cristina Fonseca da Cruz	<p>Enfermeira, e professora universitária com trajetória no movimento estudantil de enfermagem e atuante do campo da Saúde da População Negra. Atualmente é professora na Universidade Federal Fluminense.</p>
José Adão	<p>Nascido em Minas Gerais e criado na periferia da zona leste de São Paulo, ele chegou na região em 64, mesmo ano em que começou a ditadura militar no Brasil. Foi um dos fundadores do Movimento Negro Unificado (MNU). Teve importante atuação na construção da Associação de Anemia Falciforme de São Paulo.</p>
José Marmo da Silva	<p>Dentista, educador, militante, filho de Oxóssi e ogã, nascido em Nilópolis, na Baixada Fluminense, ele buscou os saberes das religiões de matrizes africanas para promover políticas públicas de saúde e de educação. Foi coordenador do programa de Saúde do</p>

	<p>Afroreggae e precursor das campanhas de promoção à saúde e prevenção de HIV/Aids para a população negra e povos de terreiro. Foi um dos fundadores da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (Renafro Saúde). Faleceu em 2017.</p>
Jurema da Silva Batista	<p>Professora de Letras e líder comunitária, foi indicada ao Prêmio Nobel da Paz em 2005. É uma política brasileira, feminista negra e ativista pelos direitos humanos, foi eleita vereadora e deputada estadual do Rio de Janeiro pelo Partido dos Trabalhadores (PT). Atuante em sua comunidade e militante por melhores condições de vida nas favelas, foi uma grande articuladora de ações de saúde nas comunidades do Andaraí, no RJ.</p>
Jurema Pinto Werneck	<p>Ativista feminista, médica, comunicóloga e autora, co-fundadora da organização não governamental Crioula. Na época de sua graduação foi representante da Faculdade de Medicina da UFF na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Construiu sua trajetória na luta por melhores condições de vida para as mulheres negras. Foi e é uma das principais interlocutoras da formulação e discussão sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Atualmente é Diretora-Executiva da Anistia Internacional no Brasil.</p>
Lenny Blue de Oliveira	<p>Advogada, jornalista, escritora, ativista feminista do Movimento Negro e co-fundadora do Movimento Negro Unificado (MNU), teve atuação fundamental na luta contra a carestia e na denúncia por melhores condições de vida e saúde para mulheres negras.</p>
Lúcia Maria Xavier de Castro	<p>Assistente social e ativista de direitos humanos brasileira, foi integrante do Instituto de Pesquisa de Cultura Negra, dedicando-se ao Núcleo Negro e ao Núcleo de Luta Comunitária. E em 1992 foi uma das fundadoras da ONG Criola, dedicada a combater o racismo, o sexismo e a LGBTQIA+fobia, trabalhando e mobilizando temas da saúde.</p>

Luis Eduardo Batista	Pesquisador científico do Instituto Adolfo Lutz, no Estado de São Paulo, estuda o impacto do racismo na saúde, e sobre desigualdades raciais e saúde. Foi e é uma dos principais interlocutores da formulação e discussão sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Atualmente é Assessor Especial para equidade racial no Ministério da Saúde.
Maria Inês Barbosa	Assistente Social e pesquisadora, foi pioneira nos estudos sobre saúde da população negra. Foi e é uma dos principais interlocutores da formulação e discussão sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Atualmente, segue pesquisando a real implementação de uma política nacional de saúde integral da população negra.
Maria José de Camargo Aragão	Médica, nascida em 10 de fevereiro de 1910, no Engenho Central, interior do Maranhão, área de conflitos de terra. Na década de 1980, dirigiu o Sindicato dos Médicos, atuou na greve dos profissionais de saúde e na criação da Sociedade Maranhense de Defesa dos Direitos Humanos. Faleceu aos 81 anos, em 1991.
Maria Lúcia Silva	Psicóloga, psicanalista e psicoterapeuta, especialista em Saúde Coletiva. Foi co-fundadora do Instituto Geledés, onde atuou no Projeto Nacional de Saúde das Mulheres Negras. Co-fundou depois o Instituto AMMA - Psique e Negritude e foi coordenadora da Articulação Nacional de Psicólogas(os) Negras(os) e Pesquisadoras(es) do Brasil.
Neusa Maria Pereira	Jornalista brasileira, fundadora e co-fundadora de movimentos sociais, como o Movimento Negro Unificado (MNU), e um dos principais nomes do feminismo negro do País
Pedrina de Deus	Comunicadora, sambista, professora universitária e paraense, nascida em Belém no ano de 1950. No movimento negro, a professora ganhou visibilidade em amplitude nacional na luta pelas mulheres, inclusive a luta contra a esterilização. Na década de 1970, no Rio de Janeiro, dirigiu o Instituto das

	Pesquisas das Culturas Negras (IPCN). Faleceu aos 66 anos, 2017.
Rita de Cássia Duarte Lima	Enfermeira e professora universitária com importante trajetória nas entidades da enfermagem, sobretudo na Associação Brasileira de Enfermagem (Aben) foi uma das observadoras na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Atualmente é professora na Universidade Federal do Espírito Santo.
Rosalda Cruz Nogueira Paim	Enfermeira e professora universitária da UFF, a capixaba teve atuação central na formulação de políticas de Atenção Primária, saúde da mulher e da criança. Foi uma das fundadoras do setor do movimento negro do PDT.
Walmir Garcia da Silva	Liderança comunitária, nascido em Volta Redonda, cresceu e centrou sua atuação política no PDT no município de Niterói. Foi fundador da UNAMP que consistiu em uma federação regional de associação de moradores, que depois originou a Federação de Associações de Moradores de Niterói – FAMNIT. Acompanhou as discussões de saúde no processo de construção do Sistema de Saúde no município e as iniciativas de organização e regionalização do sistema à nível local. Foi vereador e como atuação parlamentar, propunha ações que desse visibilidade as questões raciais na cidade.

APÊNDICE B – Roteiros para entrevista semiestruturada

ORIGEM MOVIMENTO NEGRO

Olá,

Esta pesquisa tem como objetivo, analisar as narrativas sobre a participação de militantes negros no processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Seu nome surgiu no contexto de levantamento bibliográfico sobre o tema.

Data:

Nome da pessoa entrevistada:

Idade:

Raça/cor:

Identidade de gênero:

- Conte um pouco sobre como começou sua trajetória militante no movimento negro.
- A partir do movimento negro, buscou-se alguma ponte com o movimento social de saúde no período da Reforma?
- No seu local de organização, o que discutiam sobre essa interlocução? De que forma se aproximaram? O que pautavam para debate?
- Que organizações da militância negra reconhece maior aproximação com os debates sobre a reforma sanitária?
- Que nomes você julga importante nessa articulação entre movimento negro-saúde?
- Entre 1970 e 1990, você esteve vinculado a algum partido ou outro movimento social?
- Em algum momento, a articulação com a militância negra ou do movimento social de saúde foi considerado uma estratégia importante para sustentar o projeto de reforma?
- Identifica pautas propostas pelo movimento negro que foram denegadas no projeto e proposta da Reforma?
- Para você, quais os desafios e caminhos para a construção da política pública de saúde na perspectiva de construção de um SUS efetivamente antirracista?

ORIGEM MOVIMENTO SOCIAL DA SAÚDE

Olá,

Esta pesquisa tem como objetivo, analisar as narrativas sobre a participação de militantes negros no processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Seu nome surgiu no contexto de levantamento bibliográfico sobre o tema.

Data:

Nome da pessoa entrevistada:

Idade:

Raça/cor:

Identidade de gênero:

- Conte um pouco sobre como começou sua trajetória militante no movimento da reforma sanitária.
- Do seu local de origem na militância, buscou-se alguma ponte com o movimento negro?
- No seu local de organização, o que discutiam sobre essa interlocução? De que forma se aproximaram? O que pautavam para debate?
- Que organizações da militância negra reconhece maior aproximação com os debates sobre a reforma sanitária?
- Que nomes você julga importante nessa articulação entre movimento negro-saúde?
- Entre 1970 e 1990, você esteve vinculado a algum partido ou outro movimento social?
- Em algum momento, a articulação com a militância negra foi considerada uma estratégia importante para sustentar o projeto de reforma?
- Para você, quais os desafios e caminhos para a construção da política pública de saúde
- na perspectiva de construção de um SUS efetivamente antirracista?

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL HESIO CORDEIRO
(IMS) - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os movimentos negros construtores do SUS: Um olhar amefricano para a Reforma Sanitária Brasileira

Pesquisador: Sophia Rosa Benedito

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65271622.5.0000.5260

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.850.584

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2049223.pdf, datado em 10/01/2022.

DESENHO

Através do iniciado fôlego de revisão bibliográfica, que perscruta os ruídos (quase silêncios) sobre a contribuição da militância negra na Reforma Sanitária presentes na literatura no período de 1970 e 1990, identifiquei os marcos conceituais e os campos abertos à investigação.

Por meio da revisão bibliográfica, pude sintetizar como fontes documentais de interesse, seis relatórios de Conferências Nacionais de Saúde (entre 1967 a 1992); três relatórios da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (1986); Resolução da Convenção Nacional do Negro pela Constituinte (1986); Mulher Negra: dossiê sobre discriminação racial (1987); Carta de Princípios do MNU (1978); Programa de Ação MNU (1990).

Compondo a base deste trabalho, proponho a realização de entrevistas semiestruturadas, para a escuta atenta e profunda, de narrativas negras que estiveram politicamente ativas no período selecionado, produzindo ação e interlocução entre as temáticas de enfrentamento ao racismo e a Reforma Sanitária Brasileira. A entrevista, será orientada pelo roteiro disponibilizado nos APENDICÊS A e B. Este roteiro, será um questionário-guia que apoiará a abordagem de questões

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, 7º andar, bloco D, Sala 7003 (Anexo à secretaria acadêmica) Pavilhão João Lyra
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.com

INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL HESIO CORDEIRO
(IMS) - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 5.850.584

de interesse para os objetivos da pesquisa. Pretende-se realizar no máximo, 8 entrevistas, a partir da amostragem não probabilística, em que serão selecionados quatro entrevistados, que poderão indicar mais uma pessoa a ser entrevistada. Tais informações serão sistematizadas e organizadas a partir da inspiração de procedimentos metodológicos da História Social (CRUZ, PEIXOTO, 2007).

O exercício de lançar mão da composição da História Social, parte da importância de não incorrer na análise linear dos fatos históricos. Parte da premissa de reconhecer nos escritos, expressões de forças sociais ativa, que propõe a reflexão sobre sua historicidade a cada conjuntura estudada. Neste sentido, o roteiro orientador da análise se dará a partir da busca de uma articulação de análise do material estudado, vinculado aos campos de lutas sociais ao qual no interior se constituem e atuam. O momento de análise, das fontes documentais e do resultado das entrevistas, se dará a partir da bússola de um olhar Africano proposto por Lélia Gonzalez (2020b), em articulação com o conjunto de escolhas teóricas adotadas como referencial neste projeto.

INTRODUÇÃO (extraído da seção "RESUMO")

A formação sociocultural brasileira se deu a partir da colonização exploratória, genocídio indígena, escravismo de povos africanos, miscigenação forçada e políticas de branqueamento que produziram e perpetuaram o "mito" da democracia racial e o racismo por denegação. Apesar disso, a construção de políticas públicas como o SUS foram forjados a partir de sujeitos universais não racializados. A Reforma Sanitária Brasileira foi um ideia-proposta-projeto-movimento-processo (PAIM, 2008), que ganha força no contexto de luta pela abertura democrática do país, pautando uma agenda que atentasse não somente para uma reforma no setor saúde, frente as piores das condições de vida, mas também, mas contribuir politicamente para fortalecer o debate democrático na sociedade (CEBES, 1979). Neste sentido, resgatando sua história convencionada, ao se tratar dos sujeitos do movimento sanitário, identifica-se sobretudo, a citação de intelectuais, militantes partidários, movimento médico e movimentos populares (ESCOREL, 1999; GERSCHMAN, 1995; SOPHIA, 2015; PAIM, 2008). Apesar disso, Ausência de menção sobre as contribuições de militantes e movimentos negros para a construção da RSB, bem como o não reconhecimento do racismo como um elemento estruturante da formação sociocultural brasileira, a quem em tese, endereça as formulações de um Sistema Universal, para todos. Por isso, este projeto de dissertação tem por objetivo compreender se houve interação entre a militância negra com o movimento social da saúde no período da Reforma Sanitária Brasileira entre 1970 e 1990, e analisar que contribuições dos movimentos negros foram

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, 7º andar, bloco D, Sala 7003 (Anexo à secretaria acadêmica) Pavilhão João Lyra
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.com

INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL HESIO CORDEIRO
(IMS) - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 5.850.584

denegadas na história “oficial” da base fundante do Sistema Único de Saúde.

HIPÓTESE

Houve denegação da contribuição da militância negra e/ou da temática de enfrentamento ao racismo no processo de construção da Reforma Sanitária Brasileira.

METODOLOGIA PROPOSTA

Partindo dos ensinamentos de Lélia Gonzalez (GONZALEZ, 2020a), sobre a importância da memória enquanto mecanismo de inclusão do que a consciência na história “oficial” exclui. E do que Grada Kilomba (2020, p. 27) compartilha ser uma “fome coletiva de ganhar a voz, escrever e recuperar nossa história escondida”. Atenta para não incorrer a produção de também, uma memória única, será assumida aqui, a memória como uma espécie de gaveta de questões marcantes, que por diversos motivos, passaram por uma peneira de seleção a partir dos sentidos e significados produzidos no contexto. Aqui ousadamente buscarei dar sequência ao pisar no chão que lalodês pavimentaram, para assim, seguir remontando vestígios de nossa história. Sim, nossa história. Pois na medida em que me reconheço construtora do SUS no tempo presente, e me vejo parte também de uma história que me foi subtraída em relação as contribuições dos que vieram antes. Portanto, o sankofiar será, aqui, um ato com coletivo, no intuito de ecoar vozes negras contando sua própria história. Através do iniciado fôlego de revisão bibliográfica, que perscruta os ruídos (quase silêncios) sobre a contribuição da militância negra na Reforma Sanitária presentes na literatura no período de 1970 e 1990, identifiquei os marcos conceituais e os campos abertos à investigação. Por meio da revisão bibliográfica, pude sinterizar como fontes documentais de interesse, seis relatórios de Conferências Nacionais de Saúde (entre 1967 a 1992); três relatórios da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (1986); Resolução da Convenção Nacional do Negro pela Constituinte (1986); Mulher Negra: dossiê sobre discriminação racial (1987); Carta de Princípios do MNU (1978); Programa de Ação MNU (1990). Compondo a base deste trabalho, proponho a realização de entrevistas semiestruturadas, para a escuta atenta e profunda, de narrativas negras que estiveram politicamente ativas no período selecionado, produzindo ação e interlocução entre as temáticas de enfrentamento ao racismo e a Reforma Sanitária Brasileira. A entrevista, será orientada pelo roteiro disponibilizado nos APÊNDICES A e B. Este roteiro, será um questionário-guia que apoiará a abordagem de questões de interesse para os objetivos da pesquisa. Pretende-se realizar no máximo, 8 entrevistas, a partir da amostragem não probabilística, em que serão selecionados quatro entrevistados, que poderão indicar mais uma

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, 7º andar, bloco D, Sala 7003 (Anexo à secretaria acadêmica) Pavilhão João Lyra
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.com

INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL HESIO CORDEIRO
(IMS) - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 5.850.584

pessoa a ser entrevistada. A escolha da entrevista semiestruturada se relaciona com a possibilidade da fala, contribuir para revelação das condições históricas, socioeconômicas, culturais e de símbolos, que possam dar base para a sistematização de uma memória (MINAYO, 1993). Tais informações serão sistematizadas e organizadas a partir da inspiração de procedimentos metodológicos da História Social (CRUZ, PEIXOTO, 2007), em que se buscará ter em vista que: As perspectivas, teórica e política, que nos situam no tempo histórico do presente, têm como horizonte a crítica às versões autorizadas e o desafio de trazer à cena histórica a articulação de "outras histórias" (CRUZ, PEIXOTO, 2007). O exercício de lançar mão da composição da História Social, parte da importância de não incorrer na análise linear dos fatos históricos. Parte da premissa de reconhecer nos escritos, expressões de forças sociais ativa, que propõe a reflexão sobre sua historicidade a cada conjuntura estudada. Neste sentido, o roteiro orientador da análise se dará a partir da busca de uma articulação de análise do material estudado, vinculado aos campos de lutas sociais ao qual no interior se constituem e atuam. O momento de análise, das fontes documentais e do resultado das entrevistas, se dará a partir da bússola de um olhar Africano proposto por Lélia Gonzalez (2020b), em articulação com o conjunto de escolhas teóricas adotadas como referencial neste projeto.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

Pessoas negras que atuaram politicamente em movimentos sociais ou entidades da sociedade civil no período de 1970 a 1990, realizando interlocução com a discussão sobre a Reforma Sanitária Brasileira.

Objetivo da Pesquisa:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2049223.pdf, datado em 10/01/2022.

Objetivo Primário:

Compreender se houve interação entre a militância negra com o movimento social da saúde no período da Reforma Sanitária Brasileira entre 1970 e 1990, e analisar que contribuições dos movimentos negros foram denegadas na história "oficial" da base fundante do Sistema Único de Saúde.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, 7º andar, bloco D, Sala 7003 (Anexo à secretaria acadêmica) Pavilhão João Lyra
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.com

**INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL HESIO CORDEIRO
(IMS) - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 5.850.584

a) traçar um resgate histórico da participação de militantes negros no movimento social de saúde entre 1970 a 1990; b) identificar pontos de interlocução entre movimentos negros e o movimento sanitário no processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2049223.pdf, datado em 10/01/2022.

Riscos:

Possíveis consequências para a saúde física e/ou psicológica a partir da abordagem ao tema. O participante poderá se sentir-se constrangida(o) em responder alguma questão que surja, apresentar algum sentimento de tristeza ao relembrar experiências, ou sensação de angústia. Como forma de mitigar os potenciais riscos, a qualquer momento, a entrevista poderá ser pausada, interrompida ou suspensa, conforme necessidade ou indicação do participante. Além disso, pode ocorrer algum vazamento de dados que poderia afetá-lo, mesmo sendo implementadas medidas para evitar tal vazamento. Para mitigar ou minimizar o possível vazamento de dados, será realizada a guarda dos mesmos em ambiente seguro, protegido por senha pessoal e intransferível e por conservação digital em pendrive durante o período de 5 anos.

Benefícios:

Como benefício desta pesquisa, será possível gerar conhecimento na área da saúde coletiva, a partir da recuperação coletiva da memória de contribuição da militância negra na construção da Reforma Sanitária Brasileira, onde o participante da pesquisa poderá ser parte desta história.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É submissão em resposta a pendências apontadas em parecer anterior, ad referendum.

Trata-se de uma pesquisa de mestrado que pretende contribuir à construção de uma memória coletiva da interlocução entre o Movimento Negro e o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil para a inclusão de pautas raciais no SUS, entre 1970 e 1990. Em particular, atenta para documentar os silêncios e o apagamento dessas demandas e pautas na "história oficial" da

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, 7º andar, bloco D, Sala 7003 (Anexo à secretaria acadêmica) Pavilhão João Lyra
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-013
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 Fax: (21)2334-2152 E-mail: cep-ims@ims.uerj.com

INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL HESIO CORDEIRO
(IMS) - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 5.850.584

Reforma Sanitária no país. Para isto, propõe realizar entrevistas individuais abertas semi-estruturadas com 8 interlocutores, quatro dos quais identificados nas fontes bibliográficas (primárias e secundárias) consultadas e o restante por indicação dos interlocutores entrevistados. As fontes documentais foram listadas nas informações básicas da pesquisa como “fontes” secundárias”, devido a que elas são utilizadas para a seleção de entrevistados(as).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considera-se aqui apenas os documentos que foram alterados em resposta a pendências da avaliação anterior.

1. A folha de rosto datada e assinada pela autoridade da instituição proponente: Direção do IMS/UERJ.

2. No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

- o critério de seleção dos participantes inclui a possibilidade destes serem indicados por outro entrevistado;

- o modo em que os riscos serão minimizados foi suficientemente indicado;

- informa-se adequadamente sobre o possível benefício primário para os participantes;

- indica os meios destinados à conservação dos registros da pesquisa;

- menciona-se a justificativa da gravação de imagem, caso ela aconteça;

- as páginas estão adequadamente numeradas.

4. Todas as versões do cronograma submetido estão adequadas aos requisitos da Plataforma Brasil.

5. No projeto de pesquisa resumido indica-se suficientemente como os riscos serão mitigados e

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, 7º andar, bloco D, Sala 7003 (Anexo à secretaria acadêmica) Pavilhão João Lyra
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.com

INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL HESIO CORDEIRO
(IMS) - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 5.850.584

formula-se de modo adequado o possível benefício primário para os participantes.

Recomendações:

Vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências indicadas em parecer anterior:

1. Quanto à folha de rosto:

1.1 Incluir assinatura da pela autoridade da instituição proponente: Direção do IMS/UERJ e a data em que a mesma foi obtida. ATENDIDO SATISFATORIAMENTE.

2. Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

2.1 Complementar o critério de seleção dos participantes para o TCLE ficar consistente com o mencionado nas informações básicas do projeto. Nas informações básicas é mencionado que os entrevistados(as) selecionados “poderão indicar mais uma pessoa a ser entrevistada” e isso não foi mencionado no TCLE. ATENDIDO SATISFATORIAMENTE.

2.2. Revisar a explicação dos possíveis riscos da participação no estudo, para atender às seguintes questões:

2.2.1. Explicar como o “constrangimento”, “tristeza” ou a “angústia” que poderão ser suscitados pelas lembranças evocadas (conforme indicado no texto atual) serão mitigados ou minimizados. Por exemplo, se a entrevista será pausada, interrompida ou algum tipo de contenção será brindada. ATENDIDO SATISFATORIAMENTE.

2.2.2. Reformular a frase “Além disso, mesmo sendo implementadas medidas para evitar o vazamento de dados, você poderá vir a sofrer algum tipo de consequência decorrente disso,” a partir de “você poderá...”. Na cláusula “você poderá vir a sofrer algum tipo de consequência decorrente disso” ficou confuso se “disso” se refere ao vazamento de dados ou às medidas que estão sendo implementadas. A frase inteira poderia ser, como exemplo: “Além disso, pode ocorrer

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, 7º andar, bloco D, Sala 7003 (Anexo à secretaria acadêmica) Pavilhão João Lyra
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.com

**INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL HESIO CORDEIRO
(IMS) - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 5.850.584

algum vazamento de dados que poderia afetá-lo(a), mesmo sendo implementadas medidas para evitar o vazamento de dados". ATENDIDO SATISFATORIAMENTE.

Explicar como possíveis vazamentos de dados serão minimizados ou mitigados, por exemplo, por meio da guarda dos dados em ambiente e seguro, acesso a arquivo digital por meio de senha etc. ATENDIDO SATISFATORIAMENTE.

2.3 Revisar a formulação dos possíveis benefícios diretos da pesquisa. "Construir de forma coletiva a memória de contribuição da militância negra na construção da Reforma Sanitária Brasileira" pode ser considerado um benefício indireto da participação do entrevistado(a) na pesquisa. Entretanto, a frase "você será parte desta história" interpreta essa possibilidade como certa e direta. Em primeiro lugar, não seria apenas devido à pesquisa que o entrevistado(a) faria parte dessa memória coletiva, mas devido à sua própria trajetória e conhecimento do assunto, pois esse é um critério de inclusão da pesquisa. Em segundo lugar, o tempo verbal utilizado (futuro simples) dá por certo tal efeito no plano pessoal do entrevistado(a), enquanto o que a pesquisa oferece é apenas a possibilidade de "ser parte" de um relato coletivo a ser construído. Portanto, a modalização verbal adequada seria o condicional: "você poderá ser parte". ATENDIDO SATISFATORIAMENTE.

2.4 Na menção da guarda segura dos dados da pesquisa durante 5 anos, indicar o/s médio/s destinado/s à sua conservação (digital, impresso, etc). ATENDIDO SATISFATORIAMENTE.

2.5 Caso a recomendação de número 2 acima for atendida (oferecer a possibilidade do(a) entrevistado(a) ser reconhecido(a) nominalmente nos produtos da pesquisa), modificar a formulação seguinte: "Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação". Formular a questão de modo a acrescentar tal ressalva. Por exemplo: "Não obstante, se desejar que sua contribuição seja reconhecida nominalmente nos produtos da pesquisa, isto pode ser indicado assinando seu consentimento específico para tal no final deste termo", e acrescentar, após as autorizações para gravar áudio e imagens, a autorização correspondente: "Você autoriza, a gravação da sua imagem na sua entrevista? Sim () Não ()". ATENDIDO SATISFATORIAMENTE.

2.6 Ao mencionar que haverá gravação de imagem "se necessário", identificar o/s critério/s, motivos ou condições dessa opção. Em quais casos tal registro seria necessário? ATENDIDO

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, 7º andar, bloco D, Sala 7003 (Anexo à secretaria acadêmica) Pavilhão João Lyra
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.com

INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL HESIO CORDEIRO
(IMS) - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 5.850.584

SATISFATORIAMENTE.

2.7 Em vez de deixar o campo em branco para ser preenchido em cada caso, numerar as páginas no modelo, no formato "1 de 3; 2 de 3; 3 de 3". ATENDIDO SATISFATORIAMENTE.

3. No formulário da plataforma e no cronograma submetido em forma de anexo, adequar a etapa relativa à submissão e aprovação pelo Comitê de Ética à data em que se espera que o projeto seja aprovado (data de dezembro de 2022 ou posteriormente, dependendo da data em que o projeto completo seja resubmetido). Utilizar, em todas as versões, que devem ser idênticas, o modelo "dia/mês/ano" para o início e finalização de cada etapa. ATENDIDO SATISFATORIAMENTE.

4. Quanto projeto de pesquisa resumido nas informações básicas da pesquisa:

4.1 Ao mencionar os riscos da pesquisa para os participantes, indicar de modo completo como os riscos serão mitigados ou minimizados e formular de modo adequado os possíveis benefícios, que podem ser diretos e indiretos ou apenas indiretos (ver adequação de número 2.3, acima), se referindo aos participantes em terceira pessoa. ATENDIDO SATISFATORIAMENTE.

4.2 No cronograma inserido nos campos correspondentes da Plataforma Brasil, identificar corretamente o período de tratamento do projeto por parte do CEP. ATENDIDO SATISFATORIAMENTE.

4.3 No cronograma inserido nos campos correspondentes da Plataforma Brasil e demais versões (cronograma anexo e projeto detalhado), identificar o período de notificação de relatório final na Plataforma Brasil. Utilizar, em todas as versões, o modelo "dia/mês/ano" para o início e finalização de cada etapa. ATENDIDO SATISFATORIAMENTE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sra. Pesquisadora,

Ressaltamos a necessidade da pesquisa ser desenvolvida conforme delineada no protocolo. Havendo qualquer alteração no conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, instituições coparticipantes, sigilo, cronograma, etc) ou ainda, havendo necessidade de encaminhar algum

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, 7º andar, bloco D, Sala 7003 (Anexo à secretaria acadêmica) Pavilhão João Lyra
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.com

**INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL HESIO CORDEIRO
(IMS) - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 5.850.584

documento (Comunicação de Início do Projeto, Carta de Autorização da Instituição, Envio de Relatório Parcial, etc), o pesquisador fica obrigado a informar através da Plataforma Brasil utilizando-se de Emenda ou Notificação conforme o caso assinalado. Deve-se ainda observar, segundo prevê a Resolução CNS nº 466/2012, a elaboração e apresentação de relatórios parciais durante a pesquisa, bem como o relatório final no encerramento da mesma. Enfatizamos que é OBRIGATÓRIA a apresentação da notificação de final de pesquisa através da opção "Enviar Notificação", cujos procedimentos estão descritos na Central de Suporte da Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2049223.pdf	10/01/2023 11:52:03		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_atualizada.pdf	10/01/2023 11:51:28	Sophia Rosa Benedito	Aceito
Outros	Carta_resposta_as_pendencias_assinado.pdf	03/01/2023 23:11:38	Sophia Rosa Benedito	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_Atualizado.docx	03/01/2023 23:08:07	Sophia Rosa Benedito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_atualizado.docx	03/01/2023 23:07:50	Sophia Rosa Benedito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Atualizado.docx	03/01/2023 23:06:31	Sophia Rosa Benedito	Aceito
Outros	Ausencia_anuencia_assinado.pdf	13/11/2022 13:37:52	Sophia Rosa Benedito	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista.pdf	13/11/2022 13:28:17	Sophia Rosa Benedito	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, 7º andar, bloco D, Sala 7003 (Anexo à secretaria acadêmica) Pavilhão João Lyra
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.com

INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL HESIO CORDEIRO
(IMS) - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 5.850.584

RIO DE JANEIRO, 12 de Janeiro de 2023

Assinado por:
Rogério Lopes Azize
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, 7º andar, bloco D, Sala 7003 (Anexo à secretaria acadêmica) Pavilhão João Lyra
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.com