



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Luanda Café Santana dos Santos

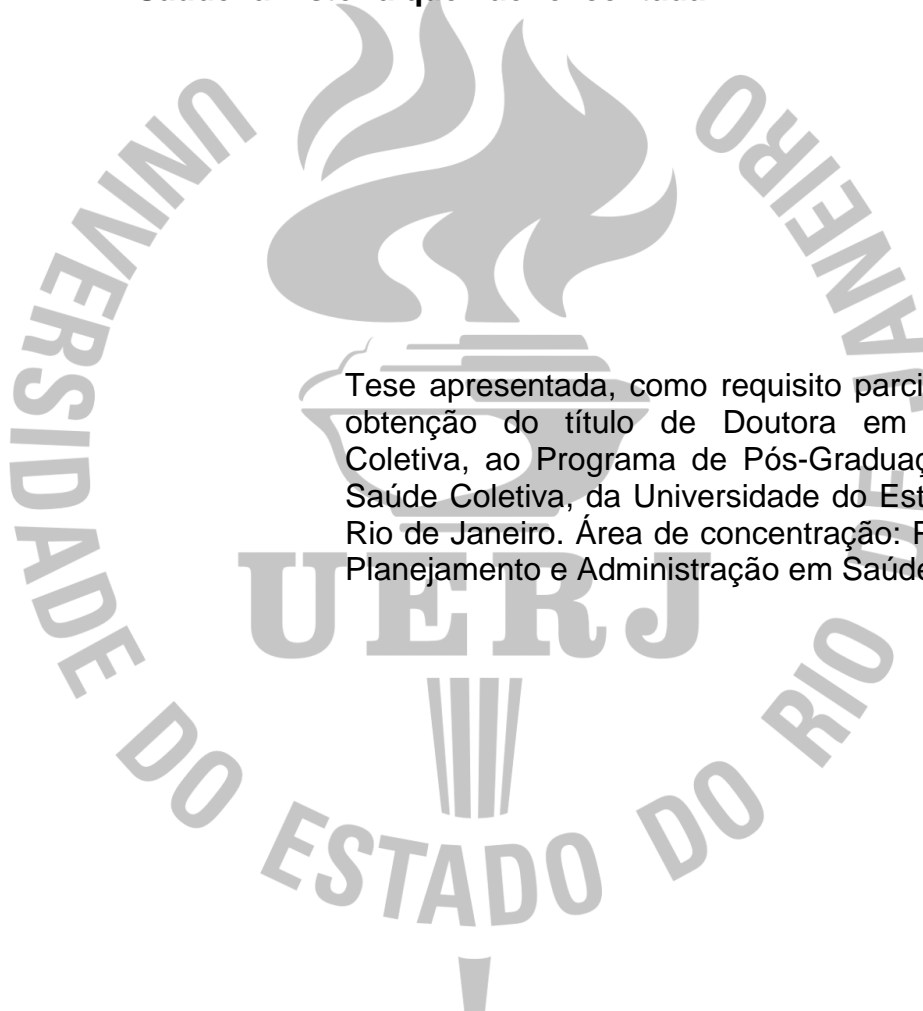
**O protagonismo dos Movimentos Negros brasileiros na Política de  
Saúde: a história que não foi contada**

Rio de Janeiro

2025

Luanda Café Santana dos Santos

**O protagonismo dos Movimentos Negros brasileiros na Política de  
Saúde: a história que não foi contada**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, 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 Luís de Oliveira Mendonça

Rio de Janeiro

2025

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S237

Santos, Luanda Café Santana

O protagonismo dos Movimentos Negros brasileiros na Política de Saúde:  
a história que não foi contada / Luanda Café Santana Santos. – 2025.  
109 f.

Orientador: André Luís de Oliveira Mendonça

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

1. Saúde das Minorias Étnicas. 2. Racismo. 3. População Negra.  
4. Política de Saúde. 5. Ativismo Político. 6. Antirracismo. I. Mendonça,  
André Luís de Oliveira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 316.022:614.2

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

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

---

Assinatura

---

Data

Luanda Café Santana dos Santos

**O protagonismo dos Movimentos Negros brasileiros na Política de  
Saúde: a história que não foi contada**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, 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 03 de julho de 2025

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. André Luís de Oliveira Mendonça (Orientador)  
Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Silveira Ney  
Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista  
Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Alessandra Sant'Anna Nunes  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof. Dr. André Luiz da Silva  
Ministério da Saúde

Rio de Janeiro

2025

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Cleide, Jamila e meu amor, Kássio.  
*In Memoriam* Tânia França.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela dádiva da vida e a oportunidade de dar continuidade ao legado histórico construído pelos meus pais, que nutriram em mim o espírito aguerrido pela militância política e social.

Agradeço ao meu amor e companheiro de vida, Kássio, que é meu porto seguro e parceiro nas pesquisas científicas sobre as relações raciais no Brasil. Mesmo nos momentos mais difíceis para a conclusão deste trabalho, você esteve ao meu lado. Seu fascínio pela literatura convidou-me a desbravar outros horizontes para produção desta obra.

Agradeço à minha mãe, Cleide, meu exemplo de força, determinação e fé. Desde muito pequena admiro sua presença marcante e reflexão precisa. Obrigada por estar na tessitura dessa pesquisa estruturando a tese da força das mulheres no movimento negro.

Agradeço à Jamila, minha irmã querida, você é minha alma gêmea. Nem mesmo a distância territorial pode separar corações que estão conectados. Obrigada pela disponibilidade em acolher as minhas limitações e me encorajar a ser melhor.

Agradeço ao Jorge Luís, meu pai, que esteve comigo em todos os meus maiores desafios, me fornecendo o suporte necessário para conquistar novos horizontes.

Agradeço ao meu orientador, André Mendonça, pelo incentivo e confiança no desenvolvimento dessa pesquisa. Você tem a habilidade de lapidar talentos que até eu desconhecia. Com sua afetividade e leveza torna tarefas mais árduas em melodias suaves.

Agradeço aos meus amigos do Quilombo Amefricano, Bibiana, Elaine, João e Nilcéia, vocês estiveram comigo desde o início dessa jornada e tornaram essa difícil travessia em laços de eternas amizades.

Agradeço à professora, Tânia França, que nos deixou de maneira tão precoce, mas marcou a minha trajetória nesta instituição com sua dedicação e compromisso.

Agradeço aos professores, aos funcionários, aos discentes e ao Coletivo Negro Makota Valdina que proporcionaram encontros enriquecedores ao longo do período no instituto.

(...)Sem uma forma de nomear a nossa dor, nós também não temos palavras para articular nosso prazer. De fato, uma tarefa fundamental dos pensadores negros críticos tem sido a luta para romper com os modelos hegemônicos de ver, pensar e ser que bloqueiam nossa capacidade de nos vermos em outra perspectiva, nos imaginarmos, nos descrevermos e nos inventarmos de modos que sejam libertadores.

*Bell Hooks*

## RESUMO

SANTOS, Luanda Café Santana. *O protagonismo dos Movimentos Negros brasileiros na Política de Saúde: a história que não foi contada*. 2025. 109 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025

Trata-se de uma pesquisa interseccional de cunho decolonial, de estilo ensaístico, com o objetivo de refletir epistemologicamente sobre as abordagens institucionais no setor Saúde que servem como base do processo de exclusão de segmentos populacionais. Identificamos a estruturação do racismo por meio da construção de teorias raciais e eugênicas que reproduzem estereótipos e preconceitos causando entraves à implementação de ações vinculadas à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Além disso, o estudo busca dar ênfase à trajetória de luta do movimento de mulheres negras, dos anos de 1960 até os dias de hoje, para a implementação dessa política. Desta forma, indagamos sobre os impasses para a efetivação de ações com vistas a combater as iniquidades raciais no campo da saúde.

Palavras chaves: Saúde; Saúde da População Negra; Movimentos Negros; Movimento de Mulheres Negras; Racismo; Eugenia

## ABSTRACT

SANTOS, Luanda Café Santana. *The leading role of Brazilian Black Movements in Health Policy: the story that has not been told*. 2025. 109 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025

This study presents an intersectional research with a decolonial nature, of an essayistic style which the aim is reflecting epistemologically on the institutional approaches in the health sector that serve as the basis for the exclusion process of population segments. We identify the structuring of racism through the construction of racial and eugenic theories that reproduce stereotypes and prejudices, causing obstacles to the implementation of actions linked to the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN). Furthermore, the study seeks to emphasize the trajectory of struggle of the black women's movement, from the 1960s to the present day, for the implementation of this policy. Therefore, we inquire about the impasses in implementing actions to combat racial inequities in the health field.

Keywords: Health; Black Population Health; Black Movements; Black Women's Movement; Racism; Eugenics

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	As raças humanas segundo Veroy, 1801.....	23
Figura 2-	Galeria de fotos de negros por Alberto Henschel.....	23
Figura 3-	Grupo de indígenas em Exposição Antropológica.....	23
Figura 4-	Linha do tempo da saúde e do racismo no Brasil republicano..	47
Figura 6-	Município com instância específica para conduzir, coordenar e monitorar as ações de saúde voltadas para a população negra.....	60
Figura 7-	Proporção de Mortalidade de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) por raça/cor estratificadas por sexo (A), faixa etária (B) e região do Brasil (C), de 2010 a 2020.....	67
Figura 8-	Na foto, Cleide Café, minha mãe, na recepção em evento do GRUCON, na Escola Municipal Dr. Álvaro Alberto, em Duque de Caxias/ RJ.....	85
Figura 9-	Foto da edição de novembro de 1982.....	87

## LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica  Saúde
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEFET	Centro Federal de Educação Tecnológica
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GRUCON	Grupo de União de Consciência Negra
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPB	Instituto Politécnico de Bragança
JUFRA	Juventude Franciscana
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MNU	Movimento Negro Unificado
MS	Ministério da Saúde
MUCDR	Movimento Unificado Contra a Discriminação tnico-Racial
NASF	Núcleo de Apoio  Família
Nepo	Núcleo de Estudos de População
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização da Nações Unidas
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PGH	Programa Genoma Humano

PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSIPS	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNTN	Programa Nacional de Triagem Neonatal
PSE	Programa Saúde na Escola
PT	Partido dos Trabalhadores
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SEEDUC	Secretaria Estadual de Educação
Sesp	Serviço Especial de Saúde
Sucam	Superintendência de Campanhas
SUS	Sistema Único de Saúde
TEN	Teatro Experimental Negro
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
	<b>"A história que não foi contada" .....</b>	<b>12</b>
<b>1</b>	<b>ATLÂNTICO NEGRO DE SENSAÇÕES.....</b>	<b>19</b>
1.1	<b>Os deserdados filhos de Cam: a história do conceito de raça e o racismo.....</b>	<b>19</b>
1.2	<b>As doutrinas raciais e o Darwinismo social na saúde.....</b>	<b>26</b>
1.3	<b>A cidadania inacabada e as raízes do racismo brasileiro.....</b>	<b>30</b>
1.4	<b>Eugenia e a medicina social no Brasil.....</b>	<b>39</b>
<b>2</b>	<b>A POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.....</b>	<b>48</b>
2.1	<b>Pioneirismo do movimento negro: a política de saúde na agenda do feminismo negro.....</b>	<b>48</b>
2.2	<b>Histórico de implementação, avaliação e monitoramento da PNSIPN.....</b>	<b>54</b>
2.3	<b>Uma análise das condições de saúde da população negra nos últimos anos.....</b>	<b>61</b>
<b>3</b>	<b>DE DANDARA A LUANDA: ESCREVIVER A TESE DE TORNAR-SE NEGRA.....</b>	<b>74</b>
3.1	<b>Protagonismo negro: a história que não foi contada.....</b>	<b>78</b>
3.2	<b>Memorial sobre minhas raízes da luta antirracista na saúde..</b>	<b>88</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>98</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>104</b>

## INTRODUÇÃO

### **“A história que não foi contada”**

Para que um povo seja dono do seu destino, este povo precisa compreender em profundidade as suas raízes históricas e culturais na construção da sua identidade. Eu assimilei essa máxima desde criança por meio do título “A história que não foi contada”. Essa frase era referente a uma antiga apresentação em slides propagada por um coletivo negro na Baixada Fluminense.

Na tessitura do estudo ora apresentado, estão imbricados os elementos da minha história de vida que dão estrutura a esta tese de doutorado, de modo que, a introdução dessa pesquisa resgata uma trajetória familiar, de militância e profissional na discussão sobre saúde da população negra. Neste preâmbulo, evoco o conceito ampliado de saúde que se associa a outras esferas da vida, como o acesso à educação, à cultura, à cidadania, ao lazer e aos ambientes saudáveis de convivência sociofamiliar.

Apresento-me aqui enquanto mulher negra, profissional de saúde e trabalhadora do Sistema Único de Saúde há dez anos. Entretanto, bem antes da minha profissionalização, fui conhecendo um pouco mais das minhas raízes afrodescendentes em casa. Meus pais se conheceram nesse coletivo negro chamado - Grupo de União e Consciência Negra (GRUCON). Minha mãe, Cleide, oriunda de movimento eclesial de base da igreja católica e meu pai, Jorge Luís, do movimento estudantil universitário. Esses jovens encontraram na organização social a vocalização das demandas sociais em seus espaços de representação a partir da pauta racial.

Nesse potente encontro de projetos de vida e de luta foram disseminadas ações, por muitos anos, pelo GRUCON. Esse grupo tinha como sede a nossa casa, no município de Duque de Caxias, na região metropolitana do Rio de Janeiro. O núcleo tinha articulação com outros grupos e participantes de diversas formações que, atualmente, são expoentes do movimento negro organizado no Brasil.

Assim, minha história familiar nasce no processo de autorreconhecimento da nossa consciência racial e de classe. Aliás, meu batismo com o nome de Luanda e

três anos mais tarde, da minha irmã, Jamila, resgatam as nossas raízes ancestrais, os valores civilizatórios afro-brasileiros e toda a história de resistência a partir da diáspora africana.

Com poucos anos de vida, já acompanhava meus pais nas atividades do GRUCON e na implementação de um projeto escolar sobre a diáspora africana que mencionei na abertura da introdução deste trabalho. Minha mãe, que era professora da rede estadual de ensino do Rio de Janeiro, oportunizou, por meio do coletivo negro, o acesso de crianças e jovens à exposição sobre a historiografia de nossos ancestrais negros, sob a perspectiva do escravizado, que era intitulada como “A história que não foi contada”. As atividades educativas que realizávamos nas unidades escolares traziam uma nova perspectiva a espaços com acesso restrito à cultura e aos direitos sociais básicos. Sem esquecer da importância e legado social das feiras de tradição africana promovidas pelo GRUCON em parceria com outras instituições nos municípios da Baixada Fluminense, especialmente nos meses de novembro.

Toda essa história familiar levou-me à graduação em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 2008. A construção dessa identidade racializada e de classe foi ganhando profundidade teórica e crítica na compreensão dos fenômenos sociais na perspectiva do materialismo histórico-dialético. Ao longo da minha formação acadêmica, já havia compreendido a complexidade das mazelas sociais em um mundo gestado pela lucratividade do capital. Assim, na análise das desigualdades sociais, o racismo é um elemento preponderante na determinação das condições de vida, de doença e de morte dos indivíduos.

Quando ingressei na Residência em Saúde da Família, em 2015, na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e, após a conclusão da especialização, ficou latente que as diferenças socioterritoriais e de saúde tinham cor. Minha atuação se desenvolveu na assistência à saúde em áreas de extrema vulnerabilidade social, territórios conflagrados e com os mais baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do município do Rio de Janeiro.

Diariamente, deparo-me com histórias de vida que carregam traumas, rupturas e muitas perdas materiais e físicas. Neste cotidiano, a clínica se transforma em um espaço de única escuta e porque não dizer de refúgio, por muitas vezes. Tive que aprender a habilidade do acolhimento que “nos pede lugar, tempo, escuta e palavras”,

como dizia Neusa Santos, para assim construir o vínculo com o paciente para orientação e encaminhamento das expressões das questões sociais.

Essas histórias ainda me levam a acreditar na produção de vida em territórios devastados pela dor e a aprender a valorizar as diferenças que nos tornam tão iguais. Assim, cotidianamente, transformo o trabalho diário em prazer e aprendo o exercício da alteridade que visita a intimidade alheia com o respeito que limita a invasão.

Anos depois, retorno àquelas atividades da minha infância para dialogar teoricamente sobre os impactos do racismo na saúde da população negra. Falar sobre esse assunto requer amadurecimento intelectual e pessoal, já que essa experiência está para além do exercício acadêmico e representa o meu anseio na construção de políticas de saúde antirracistas.

Parte da minha trajetória acadêmica foi voltada à pesquisa nos temas relacionados ao Serviço Social e a Atenção Básica à Saúde (ABS). No mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) em 2017, tive a experiência do estágio docente e, hoje, percebo que o encontro com os estudantes me mobilizou na construção de uma pesquisa voltada não só ao resgate da historicidade do negro no Brasil, mas também da representatividade na academia.

No doutorado, encontrei um espaço de aquilombamento na universidade que possibilitou dialogar com outras narrativas nos campos de estudo sobre racismo e saúde. Tive a grande oportunidade de ressignificar o espaço de orientação acadêmica com o Professor André Mendonça. Ele desenvolve, na prática, o método de ensino freiriano e possibilita ao aluno esperar uma nova academia; uma academia sem rótulos e discriminações, mas sim mobilizada por nossas afetações e responsabilidade sanitária.

Nesse processo de pesquisa, a história se repetiu e, no ambiente de fé, encontrei meu companheiro de vida, Kássio, que é meu maior incentivador e ativista político nas questões étnico-raciais no campo da educação. Enquanto cientista político e historiador, sua vocação pelo ensino e vivacidade na militância política e social tornou o processo de pesquisa um mergulho profundo na história da nossa ancestralidade. Esse processo compartilhado, que na perspectiva do movimento de Sankofa – ideográficos dos povos Akan, da África Ocidental, região que hoje abrange parte de Gana e da Costa do Marfim – nos direciona a capacidade de olhar para o passado para construir o futuro.

Assim, é preciso rememorar essa história que me trouxe até aqui e que me mobiliza a seguir em frente por todos que vieram antes de nós. Eu sou fruto da organização social do movimento negro para acesso igualitário à saúde, à educação de nível superior e à consolidação da representatividade da intelectualidade negra, pelo movimento de mulheres, vivenciado desde a minha tenra infância pelo matriarcado da minha avó tanto materna, Georgina, quanto paterna, Natalícia, como uma herança ancestral africana, passando pela minha adolescência e fase adulta, com a figura de imponência e força da minha mãe e de todas as profissionais da saúde, de maioria feminina, que são protagonistas nas suas intervenções.

Por fim, sou fruto de todas as intelectuais negras que recusaram aceitar uma única história como nos alerta a autora Chimamanda Ngozi Adchie. Hoje, nós somos a pauta e precisamos dar destaque às questões que ainda afligem muitos de nós. A partir desta análise, o racismo brasileiro não se manifesta de forma clássica, como em países com uma legislação segregacionista. É necessário olhar para as raízes desse fenômeno e compreender as engrenagens do sistema falacioso de hierarquização das raças. Em nosso país, as desigualdades sociais acabam por ofuscar o racismo na hora de definir instrumentos para combatê-lo.

Em 2024, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) completou 15 anos de existência por meio da promulgação da portaria GM/MS nº992, de 13 de maio de 2009. Esta política tem como marco histórico o reconhecimento do racismo, das desigualdades raciais e do racismo institucional como fatores de determinação da saúde da população negra. A implantação dessa política ressalta as iniquidades raciais no processo de adoecimento dos indivíduos e alinha-se aos princípios constitucionais de cidadania e igualdade, bem como o repúdio ao racismo (BRASIL, 1988).

A respeito da implementação da política, fica notório a baixa adesão dos municípios. Segundo dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais de 2021, apenas 32% dos 5.570 municípios desempenham alguma ação específica e 6,7% afirmam possuir uma instância para conduzir, coordenar e monitorar as ações propostas (IBGE, 2022).

Ao tratar sobre os rumos da República, a Constituição Federal de 1988 assume o compromisso de uma nova ordem social, que pela primeira vez reconhece a saúde como direito social. No entanto, é perceptível os desafios para a implementação de ações antirracistas no sistema de saúde brasileiro, pois a assistência à saúde dos

indivíduos perpassa pelo racismo velado que mascara a falsa garantia de universalidade e igualdade jurídica.

Ainda hoje, a população negra tem os piores índices de saúde, com as mais elevadas taxas de óbitos, mortalidade materna e infantil, a prevalência de doenças crônicas, infecciosas e os índices de violência, conforme Boletim Epidemiológico publicado em 2023 pelo Ministério da Saúde. Desta forma, os mecanismos para o enfrentamento do racismo estão na visibilidade dos indicadores e na produção de informações a respeito dos reflexos do racismo na saúde da população.

Essa pesquisa apresenta um ensaio histórico analítico a partir da perspectiva interseccional que busca compreender a inter-relação entre as categorias de gênero, raça e classe na construção da política de saúde da população negra e sua implementação. Assim, destacamos a centralidade do movimento social de mulheres negras na relação com o Estado brasileiro para a implementação e consolidação de políticas antirracistas e, na perspectiva do espaço público, compreender os avanços e entraves na realização desse processo. Para tal, partimos da tese do reconhecimento do racismo como um sistema político de poder e governo formal para o privilégio socioeconômico e na distribuição das riquezas, oportunidades, direitos e deveres (MILLS, 2023).

O objetivo geral do estudo é refletir epistemologicamente sobre as abordagens institucionais, no setor Saúde, que servem como base do processo de exclusão de segmentos populacionais cujas origens se situam em estereótipos baseados em marcas raciais, bem como a naturalização de barreiras sócio-históricas e preconceitos nos entraves à implementação de políticas antirracistas. Além disso, dar ênfase à trajetória de luta do movimento de mulheres negras para a implementação da PNSIPN. Desta forma, indagamos sobre os impasses para a efetivação de ações com vistas à combater as iniquidades, no campo da saúde.

Como metodologia de pesquisa, utilizamos o método analítico interseccional de orientação transversal, ou seja, a análise da atuação multidimensional e integrada que busca expor e avaliar as implicações e efeitos diferenciados das categorias, sendo elas: raça, gênero e classe, nas desigualdades raciais na saúde. Segundo Patrícia Hill Collins (2022), esta proposta se ocupa das relações e complexidades entre os marcadores a partir da localização social das relações de poder, privilégios e desvantagens, considerando as opressões e desigualdades sociais são interdependentes.

Optamos pelo percurso narrativo analítico, como a fusão do horizonte de duas perspectivas por meio da narrativa de fatos da pesquisadora que unem maturidade intelectual e prática política, trazendo à tona a realidade do racismo diário contado por uma mulher negra. Assim, nomeando as opressões de raça, gênero e classe sem hierarquizá-las, mas pensando no protagonismo do feminismo negro na construção de uma nova utopia, com novos marcos civilizatórios e um novo modelo de sociedade.

No processo de construção de novas epistemologias brasileiras na saúde, dos séculos XX e XXI, podemos destacar a contribuição de mulheres negras na construção de uma nova política pública em atenção às populações vulneráveis. Intelectuais como Jurema Werneck, Neuza Santos, Fátima Oliveira, Lélia Gonzalez, Sueli Carneiro, Cida Bento, dentre outras, contribuíram para a edificação de um arcabouço teórico-conceitual que se consolidou com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

O trabalho se divide em três capítulos. No primeiro capítulo, trataremos da concepção de raça e racismo na perspectiva de construção conceitual do campo de análise. Dialogamos com os autores Mills, Carneiro, Gilroy, Moura e Schwarcz para compreender a relação entre racismo e sistema político a partir da discussão do caso brasileiro, que se torna incompatível com a concepção de cidadania. Nesse sentido, examinaremos o racismo não apenas como resquício escravista, mas como componente estrutural do capitalismo discriminado pela raça e perceptível na seleção de quem deve ser eliminado fisicamente, até a morte política e cultural. Neste eixo de análise, abordaremos a disseminação no país da ideologia higienista na construção do projeto de nação brasileiro, a fim de promover o branqueamento do país, sob a ideia positivista de República.

O capítulo dois irá tratar da trajetória histórica de implementação da PNSIPN a partir da ação de diversos movimentos sociais negros. Essa política reconhece as desigualdades de acesso e assistência à saúde da população negra e orienta a necessidade de ações para redução das taxas de morbidade e mortalidade neste grupo populacional. Nos anos 1990, esses movimentos já informavam os pressupostos teóricos da saúde coletiva e indicadores de saúde e a relação existente entre racismo e saúde. O objetivo, então, é promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

No terceiro capítulo, trazemos um resgate da trajetória pessoal e profissional da pesquisadora e autora desta tese, na materialização de fatos que estão intimamente interligados a dimensão interseccional na análise do racismo brasileiro. Este fenômeno estrutura-se de forma tão sofisticada que cria um falso ambiente de democracia racial. Neste percurso, a autoconsciência da identidade racial e a historiografia do movimento negro no país dão o tom da escrita.

Por fim, apontamos novas perspectivas, novas trajetórias e novas formas de imaginar o futuro, considerando a tessitura da narrativa desenvolvida neste estudo sobre o legado do movimento de mulheres negras na saúde, que está afinado na contemporaneidade a outros expoentes na política, na literatura, na cultura e nas artes.

## **1 ATLÂNTICO NEGRO DE SENSAÇÕES**

Quando estamos diante de um oceano, podemos contemplar a sua imensidão e imponência diante dos homens. Mas é a experiência do primeiro mergulho que evidencia a salinidade da água, o movimento das ondas na pele e a temperatura do mar, que torna tudo real. Assim, têm-se um oceano de sensações ao mergulhar neste ensaio.

Compreendemos que para isso foi necessário um processo de ressignificação em ato e movimento como sujeito e objeto de pesquisa sendo o corpo negro. O corpo que é atravessado por provocações subjetivas ou daquelas latentes ao trabalho na saúde pública brasileira. Assim, mergulhar na imensidão desse debate pode ser turbulento em grande parte do percurso, mas a cada nova sinuosidade nos revela sua força e riqueza ancestral.

Muito desse oceano não nos foi dito, como o enunciado: “A história que não foi contada” que mencionamos na introdução deste trabalho e que materializa o desconhecimento sobre a importância do povo negro por parte de muitos de nós na formação sócio-histórica do nosso país. O apagamento intencional da identidade racial afro-brasileira cria entraves sobre a percepção do racismo, em todas as suas dimensões mais cruéis, à medida que não fornece elementos acessíveis à conscientização de todos. A autora Lélia Gonzalez afirma que o racismo brasileiro é o mais sofisticado do mundo, pois possui a sua própria forma de apartheid estruturado pelas relações de poder no país.

### **1.1 Os deserdados filhos de Cam: a história do conceito de raça e o racismo**

Precisamos compreender o conceito de raça e racismo que forneceram as bases científicas para a formulação das teorias raciais no Brasil e no mundo. É importante datar historicamente que, antes do século XV, as divisões sociais não eram originadas por ideologias raciais. Segundo registros históricos, os primeiros conflitos humanos não foram por causas raciais ou religiosas, mas sim econômicas, entre pastores e agricultores (AZEVEDO,1987).

A diferenciação dos seres humanos é um fenômeno da modernidade que, em meados do século XVI, cria a noção de raça para a classificação dos seres humanos. Assim, esse conceito é relacional e histórico para a constituição política e econômica das sociedades contemporâneas, com a expansão mercantilista e a ocupação de sociedades que já existiam nas Américas, na África, na Ásia e na Oceania (ALMEIDA, 2019).

É imprescindível destacar a relação entre a escravidão e o projeto iluminista, no século XVIII, que tanto nos salta aos olhos. A filosofia iluminista inaugura a concepção de universalidade e mascara diferenças abissais ao colocar uma história única para todos. Na época, constrói-se a compreensão do homem como sujeito e objeto do conhecimento em diversas áreas de saber: biologia, economia, psicologia e linguística. A partir de então, são estabelecidas comparações entre diversos grupos, sob a perspectiva de uma intelectualidade formal que buscava distinguir de forma filosófica e antropológica o selvagem e o civilizado (ALMEIDA, 2019).

O movimento iluminista torna-se fundamental para as grandes revoluções liberais com a ruptura de regimes absolutistas, do poder da nobreza, de preceitos religiosos e até a morte de Deus. Além disso, a passagem do regime feudalista para a sociedade capitalista com a instauração dos direitos universais como propulsor do processo da civilização. Mas, o processo de colonialismo não assegurou os direitos de liberdade e igualdade aos povos nativos, deflagrando um processo de genocídio e expropriação dessas áreas. Mills afirma que:

Desde o início, então, raça não é de forma alguma uma “reflexão tardia”, um desvio dos ideais ocidentais ostensivamente não racializados, mas sim um constituinte central na formação desses ideais (...) E esses fenômenos (colonização e escravização) não são de forma alguma acidentais, mas prescritos pelo termo do contrato racial que exige um certo esquema de cegueira e opacidades estruturadas para estabelecer e manter o regime político branco (2023, p.47;53).

Por definição gramatical a palavra racismo é a doutrina que defende a superioridade de uma raça, povo ou grupo social. Diferente do que ressaltam alguns escritores sobre essa doutrina, na antiguidade, no que se refere a austeridade de gregos e de romanos aos negros, o racismo moderno é um sistema político e econômico mais desenvolvido, teoricamente, do que preconceitos medievais, já que se perpetuou sobre um sistema de dominação europeia (MILLS, 2023).

A tese de Charles Mills apresentada no livro *O contrato racial*, em 1997, assume centralidade na perspectiva de análise crítica sobre a estruturação de um contrato

social a partir de um regime político, de governo e jurídico para manter e reproduzir a ordem racial garantindo privilégio aos cidadãos brancos ou a que se pode chamar de branquitude.

Ao defender a tese que o contrato racial está sendo continuamente reescrito, o autor concentra-se nos quatro mais importantes contratualistas: Hobbes, Locke, Rousseau e Kant. Assim, aponta uma lógica racial tácita desses teóricos (1650 a 1800), por meio da caracterização dos nativos de forma primitiva, animalésca e selvagem, de modo a justificar a escravização hereditária desses povos, considerados incivilizados e apartados das sanções de moralidade e da lei.

No bojo desta análise, destaco a versão de Kant sobre o contrato social a partir da análise de Mills (2023). Este filósofo é considerado o teórico mais importante do período moderno e defende a moralidade baseada em leis universais. É também o pai do conceito moderno de raça. Ao examinar o ensaio intitulado *Das diferenças das raças humanas*, de 1775, Kant evidencia a teorização de uma hierarquia racial e demarca a visão do caráter moral de forma racializada, com a afirmação da imutabilidade e permanência da raça. Em um dos fragmentos do texto Mills sintetiza a ideia de Kant:

Os europeus, para a surpresa de ninguém, presumo, têm todos os talentos necessários para serem moralmente autoeducados; há alguma esperança para os asiáticos, embora não tenham capacidade de desenvolver conceitos abstratos; os africanos, inatamente preguiçosos, podem pelo menos ser educados como servos e escravos através da instrução da vara de bambu (Kant dá alguns conselhos úteis sobre como bater nos negros com eficiência) (MILLS, 2023, p.114;115).

A controvertida ética de Kant nega a humanidade de pessoas negras. As raízes do contrato social têm implícito o dispositivo de racialidade de forma visível ou oculta, que reedita o escopo de suas teorizações ao longo dos séculos. É inegável que a teoria moral moderna e a teoria racial têm o mesmo pai. Mesmo no discurso de Rousseau, na defesa de um estado democrático de direito, está presente a racialidade na construção social. A concepção de liberdade não atinge os escravizados que, na teoria do “bom selvagem”, parte da reflexão da colonização das Américas, pela inferência que o homem nasce livre e a sociedade o corrompe.

Então, como foi possível a modernidade e a escravidão coexistirem? Para essa análise, evocamos o estudo de Paul Gilroy (2012). Ele sistematiza a situação de negligência à história de brutalidade dos povos nativos, dos territórios explorados, por meio da sustentação de uma “nova” moralidade e racionalidade que foram usadas

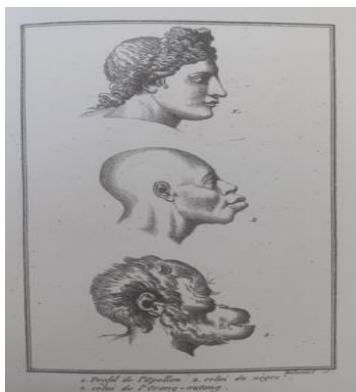
para transplantar uma ordem de diferença racial herdada da era pré-moderna. Por sua vez, o conceito filosófico de modernidade introduzido por Habermas, compreende a mudança de valores sociais que coloca o ser humano no centro das transformações da natureza, apartado da religião.

Segundo Gilroy (2012), o pensamento sobre a relação entre senhor e escravo, a partir do discurso da modernidade de Habermas, se dá na construção da consciência autocrítica de liberdade que é experimentada pelo escravo, uma vez que o senhor já nasce livre e nunca vivenciou a necessidade de subordinação de sua existência a outro. Habermas, que é um pensador da Teoria Crítica criada na Escola de Frankfurt, no Pós-Primeira Guerra Mundial (1914-1918), analisou o pensamento de Kant, de Hegel e de Marx, a fim de buscar novas respostas para superar a crise da modernidade.

Na nossa percepção, direito e escravidão colidem. Foi necessário desumanizar os indivíduos para facilitar a exploração de corpos e de mentes de povos não-brancos, a fim de atender interesses do sistema econômico capitalista. A partir do século XV, iniciou-se o processo de desumanização dos referidos povos, mobilizou-se discursos religiosos cristãos distorcidos, dos Estados Modernos europeus, por meio da propagação de um projeto civilizatório em que a negação do outro foi o modo de manutenção dos privilégios da branquitude.

O colonialismo disseminou a construção do imaginário de inferioridade dos povos colonizados, que eram tidos como uma subcategoria humana e sociocultural, normalizando todo tipo de discriminação cultural, ética e racial. Essa estratégia tinha o objetivo de manter o domínio e o controle sobre as colônias através da violência e a imposição de leis, bem como a produção de conhecimentos e saberes subalternizados do outro. Deste modo, as potências coloniais desenvolveram diversas propagandas, documentos oficiais, literatura, fotografia, estudos científicos, dentre outros elementos para manter e expandir seus impérios coloniais.

**Figura 1- As raças humanas segundo Veroy, 1801**



Fonte: Henriques, 2024, p.151

**Figura 2- Galeria de fotos de negros por Alberto Henschel**



Fonte: IMS, 1869

**Figura 3- Grupo de indígenas em Exposição Antropológica**



Fonte: FAPESP, 1882

O chefe político Gungunhana foi o último Imperador de Gana, área que atualmente pertence ao território de Moçambique. Ele foi uma grande resistência dos Nguni, nos confrontos armados na região de Lourenço Marques, em 1894, nas campanhas ao sul de Moçambique. A queda do imperador representou uma grande conquista dos portugueses, pois esse império se perpetuou por cerca de sete décadas. Assim, Portugal constrói o mito do “selvagem monstruoso”, que se torna objeto de caricaturas, escárnio da cultura africana e de exaltação do colonizador (HENRIQUES, 2024).

Os povos nativos de outros continentes não eram descendentes de Adão e Eva, portanto, não eram humanos. Nesse contexto, o texto de Gênesis que narra a experiência de Noé e seu neto Cam foi usado indevidamente para justificar a “maldição” sobre a população negra e africana que fundamentaria a escravidão. Cam seria escravo dos seus irmãos. A exemplo dessa perspectiva, temos o trecho do livro *Ensaio sobre a desigualdade das raças* de Arthur de Gobineau:

Que Adão é o autor da nossa espécie branca, devemos certamente admitir. É bastante claro que as Escrituras querem que entendamos dessa forma, já que dele descendem gerações que eram inquestionavelmente brancas. Sendo assim, não há evidência de que, na mente dos primeiros autores das genealogias adamitas, criaturas que não pertenciam à raça branca eram consideradas como fazendo parte da mesma espécie. Não se diz uma palavra sobre as nações amarelas, e é somente por uma específica interpretação, que eu acho que conseguirei trazer à tona posteriormente, que a cor preta é atribuída ao patriarca Cam. (...) Os camitas, dos quais, sem uma boa razão, repito, uma raça originalmente melaniana, ocupam as regiões africanas. Eis a explicação de uma parte do mundo: maravilhoso; e a outra população do resto do mundo? Permanecem fora dessa classificação (GOBINEAU, 2021, p. 110;111).

Uma grande controvérsia é que a palavra “Adão” é derivada do termo hebraico “adamah”, que significa “terra vermelha”, que em outras traduções pode ser interpretado como “terra preta”. Gobineau utilizou as Escrituras bíblicas para fundamentar sua tese de separação étnica, em que afirma veementemente aspectos negativos da miscigenação. Para ele as diferenças étnicas são permanentes e reproduzidas de geração em geração, em desvios perceptíveis. O autor refuta a corrente ideológica dos unitários ou monogenistas, que abordaremos adiante, dos quais a origem da humanidade é uma só.

A ética construída até aqui e que é a referência de muitas pesquisas acadêmicas têm como parâmetro o homem branco europeu. A sustentação do ideário racista de forma relacional se realiza na diferença com o outro e na negação de sua

humanidade, portanto, a categoria raça é um elemento estruturante nas sociedades multirraciais de origem colonial que impactam na própria estrutura das classes sociais.

A tese de Sueli Carneiro (2023) conjuga que a constituição de uma ontologia do ser e uma ontologia da diferença tem sua centralidade no dispositivo de racialidade. O conceito de dispositivo foi cunhado por Michel Foucault e sua associação a racialidade é a pedra fundamental na demarcação da superioridade racial pela produção do inferior, hierarquizando-o pela cor da pele e daquilo que se distancia do padrão, ou seja, do sinônimo de brancura.

Assim, conclui-se que a existência do conceito biológico de raça, no que concerne a uma classificação racial, seria um feito impossível, por mais que se queria pensar o contrário. Nos termos do filósofo Achille Mbembe (2014):

A raça não passa de uma ficção útil, de uma construção fantasista ou de uma projeção ideológica cuja função é desviar os conflitos antigamente entendidos como mais verossímeis (MBEMBE, 2014, p. 27).

A raça é o que autoriza localizar, entre as categorias abstratas, aqueles que tentamos estigmatizar, desqualificar moralmente e quiçá, internar ou expulsar. A raça é o meio pelo qual os ratificamos e, baseados nessa reificação, nos transportamos em senhores, decidindo desde logo sobre o seu destino de maneira que não sejamos obrigados a dar qualquer justificação. Pode então comparar-se o trabalho da raça a um ritual sacrificial – aquela espécie de acto não se é obrigado a responder. Este endereço que permanece letra-morta – eis precisamente o que, na modernidade, regeu o princípio racial, instituindo, de imediato, aqueles que são os seus alvos como figuras perfeitas da exterioridade radical (MBEMBE, 2014, p. 70).

Carneiro propõe uma interseção entre a perspectiva genealógica de Foucault e a construção da racialidade como dispositivo de poder, que para Mills tem como ponto de emergência o contrato racial no final do século XV. Esse contrato primeiro ganha forma com as expedições marítimas e, depois, com o imperialismo europeu. Para a autora, o contrato racial é o que estrutura o dispositivo de racialidade e, por conseguinte, uma nova tríade de poder, saber e subjetividades informada pela racialidade e criando novos sujeitos.

Ao analisar a obra de Mills, Sueli Carneiro destaca a existência de um sistema político não dito pelos teóricos políticos voltados ao estudo das noções de democracia, liberalismo e governo representativo. Como já expressamos, essa omissão não é acidental ou inocente, mas constitui um contrato racial que privilegia os racialmente hegemônicos, no qual a violência racial mantém a sustentação dessa estrutura e ainda desloca os diferentes para o estado de natureza passível de toda e qualquer subjugação.

Se o conceito biológico de raça não existe, por que ainda classificamos nossas pesquisas científicas assim? Porque raça ainda importa e é um fator de diferença a partir da noção sociológica e não biológica. O fragmento do diário da poetisa Carolina Maria de Jesus sintetiza esse aspecto: “Quando puis a comida o João sorriu. Comeram e não aludiram a cor negra do feijão. Porque negra é a nossa vida. Negro é tudo que nos rodeia” (JESUS, 2014, p. 43). Assim, identificamos que, enquanto instrumento metodológico, o termo “raça” pretende compreender as relações desiguais entre diferentes grupos humanos, em especial, as desigualdades de tratamento e condições sociais entre negros e brancos.

Por fim, partimos da compreensão que o racismo se desenvolve como um sistema político e econômico de poder que tem a pretensão de diferenciação e hierarquização dos povos, a partir de um sistema estrutural de dominação e subjugação física, cultural e epistemológica de povos não-brancos para manutenção dos espaços sócio-ocupacionais de privilégio.

## **1.2 As doutrinas raciais e o Darwinismo social na saúde**

Para compreender as bases do racismo científico, é necessário entender as ideologias racializadas que construíram as teorias produzidas durante o século XIX, período em que a noção de evolução social funcionava como um paradigma da época, que foram inspiradas nos pensadores iluministas do século XVIII.

A antropóloga Lilia Schwarcz (1993) faz um estudo metódico sobre as teorias raciais, com ênfase na conjuntura sócio-histórica brasileira, no período de 1870 a 1930. Segundo a autora, o discurso racial surge como uma variante no debate sobre cidadania a partir de determinações biológicas para pensar a origem da humanidade.

O conceito rousseauiano, a partir de uma única origem da humanidade, tem como elemento central a noção de perfectibilidade humana em sua teoria, de forma que se infere que a capacidade de aperfeiçoamento é o caminho para diversas civilizações, levando a desigualdade entre os homens. Dentre os opositores a essa perspectiva filosófica estão os naturalistas Buffon e De Pauw que introduzem a noção de degeneração de espécies inferiores e são adeptos da tese poligenista em que a hibridação deveria ser evitada.

Assim, duas vertentes destacam-se: a monogenista e a poligenista. A visão monogenista, dominante até meados do século XIX, congregou a interpretação das escrituras bíblicas sob a perspectiva da origem bom da humanidade, em que os diferentes tipos eram produtos de uma maior degeneração ou perfeição do Éden.

Os poligenistas contestavam o dogma monogenista pela afirmação de centros diversos de criação, fortalecendo a interpretação biológica dos comportamentos humanos, com a crescente ampliação dos estudos científicos. Emergem, assim, os campos da frenologia e da antropometria, teorias que analisaram a capacidade humana pela medição do crânio e dimensões do corpo de diferentes povos. Um importante expoente desse período foi Cesare Lombroso, com estudos na área da antropologia criminal, que compreendia a criminalidade como fenômeno físico e hereditário.

É importante destacar o discurso civilizatório e de progresso desta época. Assim, a humanidade estaria sujeita a passar por estágios no processo evolutivo. O evolucionismo social sedimenta duas escolas deterministas: a geográfica e de cunho racial, que têm na miscigenação como sinônimo da degeneração. Sob o prisma de eliminação das “raças” inferiores, se tem a prática do darwinismo social.

Vários autores poligenistas farão a interseção entre o darwinismo social e as teorias racistas, entre eles destacam-se: E. Renan, Gustave Le Bon, H. Taine e Gobineau. Esses autores partiram da noção de que povos inferiores eram incivilizados, não perfectíveis e sem capacidade para o progresso. Para Renan, existiam três grandes raças: branca, negra e amarela. Gustave Le Bon era adepto da “psicologia social”, segundo a qual o grupo determinava comportamentos humanos. Para Taine, a noção de raça era compreendida como biológica e equivalente à ideia de nação (SCHWARCZ, 1993).

O Conde de Gobineau introduz a noção de degeneração da raça pela mistura de espécies humanas diferentes, de modo a assegurar a impossibilidade do progresso de raças mestiças. Ele transmitiu um sentimento de temor das “raças inferiores”, pois do processo de miscigenação advinham populações desequilibradas. O tema miscigenação ganha diferentes concepções monogenistas e poligenistas na antropologia da época.

O movimento de institucionalização da saúde, como uma preocupação do Estado, se desenha no século XIX, com a institucionalização da Higiene na França, como parte da medicina e da administração pública, para manutenção da saúde da

população. Deste modo, o higienismo cria as bases materiais para a associação ideológica entre os princípios científicos e a ordem social e política que terão forte impacto na saúde pública e na medicina social (DIWAN,2020).

A biologia será protagonista na aplicação de técnicas para ajustar dissonâncias sociais e disciplinares do campo científico ou social, tendo três campos em destaque neste período: a fisiologia, a microbiologia e o evolucionismo. O campo da fisiologia, pelo estudo dos seres vivos, teve aplicação imediata pela medicina experimental. Um dos seus precursores foi o médico francês, Claude Bernard, que disseminou o conceito explicativo da vida pela dimensão físico-química, em que a sobrevivência do indivíduo depende do equilíbrio entre seus órgãos (DIWAN,2020).

A microbiologia foi descoberta pelo cientista francês, Louis Pasteur, com a teoria de que as doenças infecciosas são causadas por microrganismos e poderiam ser prevenidas por medidas sanitárias. Esses preceitos ditaram regras de higiene individuais e coletivas na contenção de epidemias no século XX. Deste modo, a origem do pensamento eugênico moderno é datada da segunda metade do século XIX, após a publicação do livro de Charles Darwin, a partir da concepção evolucionista. O referido livro *A origem das espécies*, de 1859, ameniza os embates entre monogenistas e poligenistas, constituindo um paradigma da época. A inovação foi dar ao conceito de raça uma conotação de cunho político e cultural (SCHWARCZ,1993).

O primo de Darwin, Francis Galton, inaugura a concepção de melhoria da raça humana a partir da perspectiva biológica e é considerado o “pai da eugenia”. No ano de 1883, com a publicação *Inquiries Into Human Faculty and Its Development*, ele reúne uma série de análises sociológicas e antropológicas, utilizando-se do termo grego “*eugenes*”, ou seja, o que vem de boa linhagem, dotado de nobres qualidades de forma hereditária, para caracterizar problemas igualmente aplicados a homens, animais e plantas. Além disso, inicia a pesquisa antropométrica, com o desenvolvimento de instrumentos de medição do físico humano, aplicados em testes de inteligência, que atualmente são conhecidos como testes de QI (DIWAN,2020).

Para Michael Sandel (2021), o movimento eugenista tinha a grande ambição de aprimorar geneticamente a raça humana. Para Galton, a eugenia deveria ser introduzida na consciência nacional como uma nova religião, evitando, assim, casamentos interraciais. Essa ideia se disseminou nos Estados Unidos da América, nas primeiras décadas do século XX. O biólogo Charles B. Davenport teve suas

pesquisas em prisões, hospitais, asilos e sanatórios financiadas por grandes empresas como a Rockefeller. Essas pesquisas tinham como objetivo investigar e catalogar antecedentes genéticos defeituosos.

O movimento eugenista envolvia o sistema legislativo americano com a criação de leis que impedissem a reprodução de pessoas com genes indesejáveis. Muitos estados americanos, um total de 24 destes, adotaram leis de esterilização compulsória. Margaret Sanger, feminista e defensora do controle de natalidade, corroborava a ideia do nascimento de mais crianças “qualificadas” em oposição as que considerava “desqualificadas”. Além disso, o programa de eugenia era educacional. A Sociedade Americana de Eugenia patrocinava a competição de famílias “qualificadas”. Nos anos 1920, muitos cursos de eugenia eram oferecidos nas universidades, alertando os jovens de seu dever em reproduzir o bom cidadão (SANDEL,2021).

A historiadora Pietra Diwan, no livro *Raça Pura* lançado em 2007, revela a constituição histórica da eugenia no mundo, trazendo à tona as relações entre os conceitos científicos e a ideologia dominante nos séculos XIX e XX, com realce a reflexão sobre uma eugenia positiva e negativa em seus achados históricos. Contudo, temos um ponto de discordância sobre a dualidade no conceito de eugenia, porque em todas as reflexões teóricas e análises à luz da genética não é possível corroborar as teses racistas e eugenistas.

A eugenia em todas as épocas, se apresenta com duas faces, ambas discriminatórias e racistas: uma a eugenia dita “positiva” e a outra, a tida como “negativa”. A primeira aspira à reprodução de humanos cada vez mais vigorosos, aptos e perfeitos. A segunda procura eliminar ao máximo, e até extinguir, a reprodução dos “com defeito de fabricação”. Na base do conceito de perfeição dos eugenistas, das ditas “melhores características” estão a estética branca (europeia) e de certo modo a superioridade “inata” do macho. Pode-se afirmar que a eugenia repousa sobre alicerces racistas e machistas (OLIVEIRA, 2004, p.197).

A médica e geneticista, Fátima Oliveira, que foi pioneira na área da genética e estudos raciais no Brasil, já ratificou o perigo do fatalismo genético. O fatalismo genético é uma concepção filosófica que compreende a definição de todas as coisas no mundo pelos genes. Assim, o eugenista pensa que seja possível a eliminação de tudo que saia do padrão de normalidade. Este conceito de normal fundamenta desvios políticos e ideológicos na sociedade. Além disso, é um engano ignorar que a função e expressão de um gene pode ser abstraída do meio ambiente. (CARNEIRO, 2023).

A eugenia promovida por Adolf Hitler, na Segunda Guerra Mundial, demonstra as atrocidades cometidas, além das esterilizações em massa e do genocídio de judeus, negros, homossexuais, cristãos, comunistas e outras pessoas consideradas inferiores. No entanto, o fantasma da eugenia tem seu discurso remodelado, na atualidade, nos campos da engenharia e do melhoramento genéticos. Achille Mbembe resgatou a tese foucaultiana para analisar o referido contexto:

Que nazismo e stalinismo não tenham feito mais do que ampliar uma série de mecanismos que já existiam nas formações sociais e políticas da Europa ocidental (subjugação do corpo, regulamentações médicas, darwinismo social, eugenia, teorias médico-legais sobre degeneração e raça). (MBEMBE, 2018, p.32).

É de suma importância, no campo da medicina social, questionar a fundamentação epistemológica desta área de investigação científica, trazendo ao debate da formação acadêmica em saúde as teorias raciais. Essas indagações ainda se fazem pertinentes à medida que a nossa história é permeada de silenciamentos intencionais que institucionalizam preconceitos raciais na saúde pública brasileira e fortalecem estereótipos no cuidado à saúde da população negra.

### **1.3 A cidadania inacabada e as raízes do racismo brasileiro**

Podemos refletir como o fenômeno da cidadania é complexo e historicamente definido em suas perceptivas, como buscamos delinear no tópico anterior. O exercício da cidadania plena, ainda que em seu sentido utópico, não está restrito ao direito civil de voto, mas pressupõe a manutenção dos direitos políticos, sociais e humanos.

Em 1851, durante o Segundo Reinado, foi criada uma Junta Central de Higiene Pública, no Rio de Janeiro, voltada inicialmente para combater a epidemia de febre amarela. A referida instituição reunia informações de saúde e compartilhava com a Intendência de Polícia. Este intercâmbio de informações foi instrumentalizado para a criação de teorias raciais inspiradas no higienismo, desenvolvendo o conceito de medicina social (tema a ser trabalhado no próximo subtítulo). Nesse processo, o estímulo a imigração branca europeia e estadunidense foi promovida por cafeicultores do Oeste Paulista e intelectuais que pensavam em projetos de nação brasileira analisando o “problema da raça”.

A Abolição da Escravidão (1888) e a Proclamação da República no Brasil (1889), na perspectiva da cidadania e da dinâmica das relações raciais, estruturam a sociedade de classes brasileira. Assim, o sociólogo e historiador Clóvis Moura (2019) nos convida a analisar algumas particularidades da formação social, no país. Negros e pardos, ex-escravos, não foram integrados ao proletariado das cidades ou ao trabalho assalariado na agricultura, após a abolição, mas compuseram a parcela marginal alimentada por elementos ideológicos de barragem social apoiados no preconceito racial. Segundo o autor, na passagem da escravidão para o trabalho livre, o negro é visto como incapaz para o trabalho assalariado.

À época, o Brasil se apresentava em uma posição periférica de dependência no sistema capitalista mundial, por meio da exportação de mercadorias de origem primária, como o café. A sociedade estava estratificada social e racialmente, governada por uma pequena elite branca, porém a população em sua maioria era negra. A autora Lilia Schwarcz (1993) aponta que, em finais do século XIX, o Brasil era descrito como uma nação mestiça, se tratando de um caso extremo e singular.

A inferioridade da população negra é um elemento constante no pensamento social e político brasileiro tanto no Império como na República. Além disso, os segmentos mestiços e indígenas eram entraves ao progresso da civilização. As elites elaboraram a ideologia do colonialismo, de forma que:

O aparelho ideológico de dominação da sociedade escravista gerou um pensamento racista que perdura até hoje. Como a estrutura da sociedade brasileira, na passagem do trabalho escravo para o trabalho livre, permaneceu a mesma, os mecanismos de dominação foram, inclusive ideológicos, mantidos e aperfeiçoados (MOURA, 2019, p. 46).

Posteriormente, a Abolição da escravidão negra não foi acompanhada de direitos ou de reparação da exploração do ponto de vista financeiro, educacional e de saúde à essa população. O arcabouço político do Império se deteriorou efetivamente, após o 13 de maio de 1888 e o Golpe de Estado feito pelo Exército em 1889, sob a liderança do Marechal Deodoro da Fonseca que implantou uma República autoritária e excludente. Lilia Schwarcz e Heloisa Starling afirmaram que:

Resultado de um ato do governo, mas sobretudo da contínua pressão popular e civil, a Lei Áurea, apesar de sua grande importância, era, pouco ambiciosa em sua capacidade de prever a inserção daqueles em cujo jargão, durante tanto tempo, a cidadania e os direitos não constavam. E por isso o caso é em si exemplar. Ele lembra que atos como esse, não poucas vezes, vinham seguidos de reveses políticos e sociais, os quais começavam a desenhar um projeto de cidadania inconclusa, uma república de valores falhados (SCHWARCZ e STARLING, 2015:14).

Em 1890, o Decreto nº 528, de 28 de junho, proibia a entrada de imigrantes africanos e asiáticos no Brasil, pois não faziam parte da política pública de subvenção e, indiretamente, estavam excluídos do projeto de nação que visava embranquecer o país. Em 1897, foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública, no Rio de Janeiro. De acordo com Jairnilson Paim, essa instituição não elaborou um sistema nacional de saúde, mas era ocupada por higienistas e eugenistas.

Em 1900, foi criado o Instituto Soroterapêutico Federal, na capital do país. O instituto foi crucial no processo de combate às epidemias de Febre Amarela, de Peste Bubônica, entre outras que assolavam o Rio de Janeiro. Nesse processo, a região portuária e o centro passaram por reformas urbanas autoritárias (1902-05), que modernizaram a cidade, mas que expressavam a força de políticas de saúde e teorias raciais higienistas.

Em 1902, foi fundado o Instituto Oswaldo Cruz, que era uma escola de medicina tropical, sendo o mais conhecido centro de pesquisa médica da América Latina. Com o sucesso das campanhas sanitárias contra varíola, peste bubônica e febre amarela, lideradas pelo pesquisador, entre 1902 e 1917, essas ações assumem um status de “ciências sanitárias”. Assim, ocorreu o crescimento da classe médica e profissional de orientação científica integrada aos organismos estaduais e federais, na elaboração das políticas de saúde (STEPAN, 2004).

O caso da epidemia de febre amarela é muito emblemático nesta época. Em 1903, a doença respondia por grande parte dos óbitos daquele ano, mas, em 1906, já tinha sido neutralizada com registro de apenas quatro mortes, no ano de 1908, servindo de exemplo para o combate de outras doenças. Oswaldo Cruz ganha notoriedade internacional e é alçado como herói nacional, com o Instituto de Manguinhos tornando-se referência de pesquisa.

O Presidente Rodrigues Alves, o Prefeito Pereira Passos e o sanitarista Oswaldo Cruz foram protagonistas na política do “Bota abaixo” que demoliu as moradias insalubres conhecidas como “cabeças de porco”. Além disso, estabeleceu-se a obrigatoriedade de vacinação da população sem muitos esclarecimentos acerca do objetivo dessa prática. A saúde era tratada como caso de polícia e estava vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

A grande maioria dos habitantes das moradias simples era negra e foram expulsas do centro do Rio de Janeiro. Entretanto, a população reagiu às ações dos sanitaristas e da polícia na famosa Revolta da Vacina. Sem casas, muitos migraram

para o subúrbio, o “sertão carioca”, e auxiliaram no início da ocupação dos morros da cidade. De acordo com Jaime Benchimol:

A higiene tinha como característica a desmedida ambição: cada doença que se propunha a vencer requeria batalhas num leque amplíssimo de frentes, contra as forças da natureza, a topografia das cidades, os mais variados componentes da vida urbana (BENCHIMOL, 2010, p. 270).

A modernização, na zona portuária, escondeu a herança africana e indígena da cidade do Rio de Janeiro com um destaque para o aterro do Cais do Valongo – local de entrada dos milhares de escravizados, além de destruir o antigo cemitério dos pretos novos que ficava no bairro da Saúde. Desta forma, houve o apagamento da memória e da história dessa população que construiu a infraestrutura do Brasil. Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) com medidas sanitárias nas cidades. A partir dos estudos de Benchimol, essa instituição tinha um perfil de análise laboratorial/clínico e menos higienista ao longo das décadas de 1910 e 20. Neste momento, a saúde se tornou agenda de política pública nos debates do Poder Legislativo.

A grande virada, no âmbito da saúde e das teorias raciais, aconteceu durante a Era Vargas (1930-45). Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que passou a coordenar o DNSP e articular com os Estados e Municípios para analisar os dois campos de estudos, de maneira intencional. Neste período, o discurso médico e político converge em prol da campanha eugenista, por meio do plano político familiar, efetivado no Estado Novo de Getúlio Vargas. Essas ações representavam o compromisso constitucional estabelecido em 1934:

O Título IV – Da Ordem Econômica e Social, da Constituição Federal de 1934: Art. 138. Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: a) assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e animando os serviços sociais, cuja orientação procurarão coordenar; b) **estimular a educação eugênica**; c) amparar a maternidade e à infância; d) socorrer as famílias de prole numerosa; e) proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual; f) adoptar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbilidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis; g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais (BRASIL, 1934, p.32).

Concomitantemente, a Frente Negra Brasileira, movimento político criado em São Paulo, no final da década anterior, lutava por melhores condições de educação, de saúde, de moradia, entre outros assuntos. A publicação da obra *Casa Grande e Senzala* (1933), do pernambucano Gilberto Freyre, contribuiu para a valorização da

miscigenação e fortalecimento da teoria das três raças que fundaram o país, a saber: a indígena americana, a branca europeia e a negra africana.

É fundamental destacar a crítica apontada por Clóvis Moura (2023), no livro *Sociologia do negro brasileiro*, sobre grande parte da literatura, ao tratar das relações interétnicas, no Brasil, como a maior democracia racial no mundo. Em estudos antropológicos, essa dinâmica miscigenatória também pode ser percebida na Europa, África, Ásia ou América. Desta maneira, se estabelece uma ponte ideológica entre dois processos inteiramente distintos: a miscigenação e a democratização. Para endossar este argumento, Carvalho diz que:

Portugal, à época da conquista, tinha cerca de 1 milhão de habitantes, insuficientes para colonizar o vasto império que conquistara, sobretudo as partes menos habitadas, como o Brasil. Não havia mulheres para acompanhar os homens. Miscigenar era uma necessidade individual e política. A miscigenação se deu em parte por aceitação das mulheres indígenas, em parte pelo simples estupro. No caso das escravas africanas, o estupro era a regra. Escravidão e grande propriedade não constituíam ambiente favorável à formação de futuros cidadãos (CARVALHO, 2002, p.20;21).

A diferença étnica, que é uma característica da população brasileira, não criou um relacionamento democrático e igualitário, como quis demonstrar a obra *Casa Grande e Senzala*, de Gilberto Freyre, uma vez que grande parte do segmento populacional era componente de uma estrutura escravista e, posteriormente, de um capitalismo dependente. Essas duas estruturas, historicamente, criaram mecanismos ideológicos de exclusão dos diversos segmentos discriminados. A elite branca brasileira criou um tipo de superioridade ética em que a sua contrapartida negativa estava na construção do estereótipo de inferioridade do negro.

Aqui, ressaltamos as origens da problemática sobre a autodeclaração, no Brasil, a medida em que identidade e consciência étnicas são encobertas até hoje pelos brasileiros, nos espaços institucionais de identificação de si mesmo ou como tarefa de outrem. Segundo a psiquiatra Neusa Souza (2021), que trouxe contribuições para a luta antirracista, no campo da psicanálise, o mito negro configura-se na desumanização do sujeito, de forma que a sua representação é vista como exótica e de maneira animalizada.

Essa perspectiva transita do racismo científico ao racismo cultural, ou seja, o “primitivismo” do negro é representado como elo entre o macaco e o homem branco e isso expressa uma mensagem ideológica que reduz e cristaliza o sujeito à instância biológica. Enquanto produto psíquico, o mito exclui da cadeia os significados, ou seja,

o lugar onde é possível compartilhar o mundo simbólico e passar da biologia à história (SOUZA, 2021).

Do ponto de vista do Estado Vargasista, o conjunto da obra de Freyre estava em sintonia com o projeto de nação brasileira moderna que estava sendo implementado, com apoio de intelectuais orgânicos que ocupavam cargos públicos estratégicos. Com o Golpe do Estado Novo (1937), a ditadura fechou o Partido da Frente Negra Brasileira que lutava por direitos, criado em 1936. Posteriormente, em 1939, criou-se o dia da raça que era celebrado no dia 05 de setembro, a fim de demonstrar a força da cultura brasileira promovida pelo Estado. Somente com o final da Segunda Guerra Mundial, em 1945, é que os discursos eugênicos perderam força, devido a experiência do Holocausto. No mesmo ano, a Ditadura Vargasista terminou devido a acordos políticos que aspiravam mais democracia, no país.

O último destaque importante encontra-se no ano de 1953, quando foi criado o Ministério da Saúde - Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953 (Lei nº 1.920, de 25/7/1953). A referida instituição modifica a abordagem policialesca de algumas campanhas sanitárias. Além disso, criou-se o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), sendo um convênio com o governo norte-americano, no período da II Guerra Mundial. O Sesp torna-se uma fundação, em 1960, e o governo de Juscelino Kubitschek cria o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), substituído pela Superintendência de Campanhas (Sucam).

Assim, as questões relacionadas à branquitude passam por uma perspectiva relacional entre brancos e negros na luta por uma sociedade mais igualitária. Portanto, o conceito de branquitude é entendido como elemento da racialidade branca, que se entrelaça às dimensões subjetivas e objetivas das relações raciais, operando como força motriz na reprodução do racismo (BENTO, 2014). O padrão ideal de branqueamento estabeleceu um modelo universal de humanidade, que é mantido pela elite branca à sociedade e assimilado como um problema do negro.

Ao problematizar a noção de privilégio, compreende-se que o acordo tácito, na sociedade brasileira, em não falar de racismo desloca as desigualdades raciais como um problema do negro. Neste contexto, o debate é bruscamente redirecionado para o discurso de mérito e competência, em que se justifica a situação privilegiada. Nesse acordo inconsciente, segundo estudos de Kaes, o racismo tem que ser rejeitado, abolido ou apagado.

A história do negro foi literalmente apagada, a exemplo do que fez Rui Barbosa, que queimou importante documentação sobre o período escravocrata. A forma de apropriação indébita concreta e simbólica durante quase 400 anos, no Brasil, traz mais vestígios do silenciamento que envolve o pacto narcísico de cumplicidade entre os membros de um grupo.

Na análise das conexões sobre a ascensão negra e branqueamento, primeiramente, destacam-se os estudos de Schwarcz, de Azevedo e de Freyre. O trabalho destes autores exaltava o processo de miscigenação das raças, com o postulado do mito (ou ideologia) da democracia racial, assentado na coexistência harmônica entre as raças, a negação de preconceito e discriminação nesse universo. A abordagem sobre o processo de branqueamento altera-se, a partir de meados de 1940, na Universidade de São Paulo (USP), com um grupo de estudiosos que desenvolveram importantes pesquisas sobre as relações raciais no Brasil.

A obra de Florestan Fernandes, *A integração do negro na sociedade de classes*, que evidencia o racismo, a violência da escravidão e as consequências a população negra, no entanto, adota uma abordagem simplista sobre o papel do branco. Outro aspecto na análise da obra é a atribuição de inferioridade ao negro, na declaração que o escravizado foi deformado. E, além disso, as tentativas de integração e ascensão social são correlacionadas ao desejo de branquear (BENTO, 2014).

Segundo Bento (2014), a escola paulista tem o branqueamento como um problema do negro, omissa ao lugar do branco. Nesta linha de argumentação, a exclusão e a marginalização foram apontadas como causas de seu despreparo. Assim, a ascensão social do negro passa por um processo de embranquecimento, uma vez que a sociedade de classe é dita como “mundo dos brancos” no qual o negro é rechaçado. A autora atualiza o debate com estudos contemporâneos que afirmam o racismo institucional, ou seja, a desigualdade baseada na raça nos espaços institucionais. Estas práticas discriminatórias ocorrem de forma mais intensa e, frequentemente, ligadas à promoção e à ocupação de cargos de comando.

O conceito de racismo institucional foi criado pelos ativistas do grupo Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton, em 1967. De acordo com esse conceito, existe uma falha coletiva no fornecimento de um serviço adequado pelas organizações ao fazerem distinção de pessoas por sua cor, cultura ou origem étnica.

O racismo institucional está associado à organização das políticas, práticas e normas, que resultam na produção de desigualdades raciais (WERNEK, 2016).

Gonzalez (2018) salienta que o Brasil tem formações do inconsciente que são exclusivamente europeias e brancas. Ao problematizar o lugar de onde se fala, Bento (2014) questiona o referencial do pesquisador e ressalta o fato de estar imerso ao que simbolicamente representa o poder masculino e europeu branco. Essa perspectiva de análise aproxima-se do opressor que, desde a colonização, oculta seus reais interesses e culpabiliza o colonizado.

A cultura brasileira e as instituições denotam relações sócio-históricas entre raça, etnia e desigualdades. A conservação das marcas da sociedade colonial escravista, com predomínio de um sistema opressor, evidencia a hierarquização das relações sociais e intersubjetivas até os dias de hoje em nosso país. Declara-se o impacto do racismo sobre a vida dos negros, mas nega-se o reconhecimento sobre a vida da população como um todo. Endosso o posicionamento de Cida Bento ao reafirmar que o silêncio não apaga o passado e nem destitui privilégios historicamente transmitidos. As questões relacionadas à branquitude passam por uma perspectiva relacional entre brancos e negros na luta por uma sociedade mais igualitária.

É preciso refletir sobre as ideologias que perpetuam o racismo, mantendo a preservação de lugares de privilégio, de forma que certos grupos detêm bens materiais e poder, além de fortalecer um imaginário simbólico preconcebido. A ruptura com esses privilégios cria entraves ao fim das prerrogativas da iniquidade racial e na repactuação de uma nova ética, a exemplo da medicina ocidental moderna, que se baliza em teorias raciais infundadas, no uso de corpos negros para treinamentos experimentais e avanços da biomedicina.

O racismo causa adoecimento das pessoas e, na sociedade capitalista, as relações de poder e produção de hierarquias se estruturam nesse fenômeno. A atitude de negação da humanidade do outro legitima um modelo de opressão e exploração, suscetíveis a “ataques” subjetivos e concretos nas relações interpessoais. Esse modelo ideológico estrutura e perpetua as desigualdades econômicas, sociais e culturais. De acordo com Achille Mbembe:

Com efeito, em termos foucaultianos, racismo é acima de tudo uma tecnologia destinada a permitir o exercício do biopoder, “este velho direito soberano de matar”. Na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição da morte e tornar possíveis as funções assassinas do Estado. (MBEMBE, 2018, p.18)

Segundo o campo da epidemiologia, as mortes por causas evitáveis são agravos ou situações preveníveis pela atuação dos serviços de saúde. Entretanto, sob que circunstâncias é mais frequente a morte negra? Batista et al (2004) no trecho em destaque traz uma dura afirmação:

Há uma morte negra que não tem causa em doenças; decorre de infortúnio. É uma morte insensata, que bule com as coisas da vida, como a gravidez e o parto. É uma morte insana, que aliena a existência de transtornos mentais. É uma morte de vítima, em agressões de doenças infecciosas ou de violência de causas externas. É uma morte que não é morte, é mal definida. A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita (...) A morte negra é uma morte desgraçada. BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004, p.635).

Ao evocar o conceito de determinação social da saúde, salientamos a crítica ao modelo dos determinantes sociais da saúde considerando a compressão analítica do processo de saúde- doença. No âmbito da medicina social e da saúde coletiva latino-americana, considerando a abordagem teórica do materialismo histórico-dialético, evidencia-se as diferenças centrais entre essas duas concepções a partir do movimento sanitário brasileiro.

Segundo Silva e Bicudo (2022), a determinação social da saúde entende o adoecimento como expressão da desigualdade produzida estruturalmente, pelo modo de produção capitalista, tendo em conta os aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais. Desse modo, opõe-se a visão reducionista e fragmentada da vida social, na abordagem adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que os determinantes sociais têm enfoque em fatores, circunstâncias e condições sob a perspectiva de variáveis ao invés de categorias analíticas do processo de produção e reprodução social.

Junto ao que foi exposto, as saídas apontadas aos impactos desses determinantes são ações governamentais limitadas, na perspectiva de superação das desigualdades sociais, na saúde, pela melhoria das condições de vida e repartição de recursos, não reconhecendo a contradição entre a acumulação capitalista e modos de vida saudáveis.

Sendo assim, a chave de entendimento está no conceito ampliado de determinação social, de forma que concebe a relação saúde-doença, como um processo social, tendo em vista que o aspecto biológico é em si mesmo histórico e social, na perspectiva da essencialidade dos fenômenos sociais, em atenção ao estudo das leis históricas de produção e organização societária (SILVA, BICUDO 2022).

Neste contexto, destaca-se o papel das políticas sociais a partir da concepção de saúde embasada na determinação social do processo saúde-doença, no entendimento das necessidades de saúde da população e estratégias de intervenção do Estado. Desta forma, articula-se o campo biológico, psíquico e das condições de vida e necessidades da população (SILVA, BICUDO 2022).

Os sistemas de exploração estão intimamente ligados a sistemas de opressão que refletem a produção e reprodução de desigualdades sociais. Nos serviços públicos de saúde, a interação entre sistemas de opressão/ exploração se evidencia na negação do direito à vida e na reprodução das formas de violência institucional. O racismo institucional se fortalece na propagação dos valores da sociabilidade burguesa que mantém seus lugares de privilégio e reforçam a hierarquização/ interiorização dos indivíduos sociais.

Desta forma, partimos da hipótese que a manutenção de estereótipos racistas, na saúde, está intimamente ligada à construção do discurso médico, na perspectiva da medicina social, vinculado à teoria eugênica, como um projeto de nação ou “raça brasileira”. Assim, a seguir iremos apresentar algumas evidências históricas dessa vertente no Brasil, bem como a incorporação dessa perspectiva por outras profissões, como o Serviço Social.

#### **1.4 Eugenia e a medicina social no Brasil**

Até o ano de 1808, a prática médica desenvolvida, no Brasil Colônia, era feita por curandeiros “herbalistas”, herdeiros de conhecimentos africanos e indígenas, que tinham sua prática supervisionada por “cirurgiões-mores” do Reino, até 1772. Posteriormente, foram substituídos pela Junta do Protomedicato, composta por deputados e enfermeiros diplomados em Coimbra. Nesta época, a atuação não tinha qualquer posição de prestígio social, sendo desempenhada por analfabetos, mestiços que eram curandeiros, parteiras, dentistas, sangradores e botânicos.

Com a vinda de Dom João VI, foram criadas as primeiras “Escolas de Cirurgia”, no Rio de Janeiro, no ano de 1813 e em 1815, na Bahia. O projeto era transformar as duas escolas em academias, com a institucionalização de mais cursos médicos, para suprir a carência na colônia. Entretanto, os não diplomados continuavam podendo

exercer a prática médica, ocorrendo, apenas em 1829, o processo de consolidação da medicina, com a fundação da Sociedade de Medicina. Deste modo, o perfil socioeconômico dos alunos começa a alterar-se, principalmente, na escola carioca que passa a ser frequentada por uma clientela privilegiada.

Segundo Schwarcz (1993), os primeiros quarenta anos das faculdades de medicina brasileiras tinham um esforço em formular um projeto científico original. No entanto, a mudança da atuação médica, no país, está associada à “missão higienista” e a figura do “médico missionário” no combate às epidemias. Neste cenário, as revistas médicas terão um importante papel na propagação de um novo perfil profissional, no final dos séculos XIX e início do século XX. A exemplo disso, na Bahia, destacam-se estudos sobre a “medicina legal” e, no Rio de Janeiro, textos sobre a “higiene pública”. A medicina arvora-se como “tutora da sociedade, saneadora da nacionalidade, senhora absoluta dos destinos e do porvir” (SCHWARCZ, 1993, p.268).

Antes da república, os problemas de higiene eram de responsabilidade das autoridades locais. A assistência aos pobres ficava sob responsabilidade da caridade cristã, com destaque as Santa Casas criadas em São Paulo, na Bahia, no Rio de Janeiro e no Pará. Contudo, com a transferência da família real para o Brasil, o Serviço de Inspeção passou para o Império e, com aumento dos casos de febre amarela, foi criada a Junta de Higiene Pública, em 1850, no Rio de Janeiro. Com a Proclamação da República (1889), os estados assumem as ações de saúde, ainda distante da lógica de um sistema nos moldes atuais.

Em decorrência do processo de industrialização tardio, desde finais do século XIX, as cidades do Rio de Janeiro e São Paulo experimentam um grande crescimento populacional, com pico significativo da ordem de 268%, entre os anos de 1890 e 1900. O Brasil tinha uma população analfabeta e racialmente mista formada por negros libertos e subempregados, operários e donos de empresa. A partir de 1920, tem-se uma forte migração das regiões norte e nordeste do país, com um decréscimo na porcentagem de imigrantes estrangeiros, em virtude das medidas restritivas de entrada no país, bem como crises econômicas, retorno aos países de origem e guerras (VILHENA, 1993).

Nesse cenário, a saúde desponta como questão social, com as epidemias de febre amarela, peste e varíola. Assim, desde a década de 1940, ocorreu uma mudança na organização sanitária, com a presença de médicos, autoridades políticas e intelectuais. Houve a implantação de instituições científicas que influenciaram a

formação de uma comunidade científica e o estabelecimento de políticas de saúde (PAIM, 2009).

A questão sanitária assume centralidade no discurso da medicina social. Gradativamente, ela passa a ser objeto de análise desse campo. A noção de higiene surge associada à ideia de saneamento por médicos sanitaristas e higienistas que tinham seus projetos conectados para aplicação de medidas sanitárias no espaço público e privado, no combate às epidemias e doenças. Esse saneamento está imbricado à exigência do processo civilizatório de construção da nação e o problema da “raça” surge, como tema fundamental, na análise desses autores - “*As raças e seus cheiros*” (1921), “*Raça e civilização*” (1880), “*Raça e degeneração*” (1887), “*O cruzamento racial*” (1891), dentre outros estudos.

Esses autores, amparados na teoria do darwinismo social, disseminaram que a hibridização das raças são a consequência da degeneração social brasileira. Os negros eram considerados um impedimento à civilização branca, tidos como um dos fatores da inferioridade do povo. A mestiçagem distanciava-se da “perfectibilidade”, compreendida como uma “fraqueza biológica”.

No início do século XX, os ensaios da medicina legal ganham mais adeptos, tendo como seu principal expoente o baiano Raimundo Nina Rodrigues, fundador da ‘antropologia’ científica, no país. Seus estudos partem da análise dos casos de degeneração racial a partir da pesquisa de comportamentos “desviantes”, como o alcoolismo, psicopatias, loucura, vícios e a violência. A partir dos estudos do crânio, a craniologia, definiu um perfil criminológico, usando a questão da raça.

Em oposição a essa corrente ideológica da escola baiana, o médico psiquiatra Juliano Moreira, fundador da psiquiatria, no Brasil, e primeiro professor brasileiro a incorporar a psicanálise, no ensino da medicina, defendeu a ideia de que as doenças mentais não estavam associadas à raça, mas a fatores físicos e situacionais. Esse pesquisador teve grande importância em refutar as teses raciais (GOMES *et al*, 2021).

A adoção de teorias raciais, no Brasil, implica refletir sobre a construção de um modelo biológico e jurídico, no país. Segundo Schwarcz (1993), o caso brasileiro emerge de dois debates contemporâneos, no século XX, baseado nas conclusões deterministas raciais: o modelo liberal jurídico na concepção de Estado e o enfraquecimento da discussão sobre cidadania, sob a perspectiva da questão da igualdade.

Evidentemente, a situação social provocada pela Abolição da Escravatura, na aurora do Estado Republicano, foi a condição de possibilidade, para a constituição de um discurso médico voltado para a invalidação social dos negros. Assim, como o novo horizonte social apontado para os negros e a recusa de reconhecimento pleno de sua condição de cidadania, era preciso legitimar biologicamente a sua inferioridade e sua posição socialmente subalterna. O discurso psiquiátrico da degeneração possibilitou a formulação desse objetivo ideológico pela constituição do campo da diferença racial (BIRMAN, 1989, p. 52).

Os estudos da historiadora e cientista política, Nancy Stepan, trazem um aparato teórico sobre o movimento científico e social, conhecido como eugenia. Segundo a autora, os eugenistas brasileiros não partiram das concepções genéticas de Mendel<sup>1</sup>, predominantes em outros países (EUA, Grã-Bretanha e Alemanha). Contudo, partiram de uma corrente alternativa de noções lamarckianas<sup>2</sup> de hereditariedade. Assim, no Brasil, a centralidade da ideologia racial, no século XX, interferiu no conceito de eugenia por meio do discurso científico e do debate social.

Portanto, a eugenia enquanto ramo da medicina social, vai direcionar suas bases contra os males sociais pelos efeitos causados à “degradação da espécie” e ao “abastardamento da raça” (VILHENA,1993). A primeira vez que o termo é utilizado, no país, é como título de uma tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro por Alexandre Tepedino, em 1914. A primeira sociedade eugênica brasileira foi fundada, em 1918, após dez anos da sociedade britânica e seis da francesa. Os cientistas brasileiros estavam em sintonia com o pensamento europeu (STEPAN,2004).

Stepan (2004) afirma que as primeiras organizações eugênicas no Brasil surgiram na cidade de São Paulo, sob o comando de Renato Ferraz Kehl, propagandista da doutrina galtoniana. A Sociedade Eugênica paulista realizou seu primeiro encontro, em 15 de janeiro de 1918. Essa sociedade tinha membros destacados da medicina e do campo das pesquisas científicas. A sociedade paulista teve uma curta existência, encerrando suas atividades, em 1919, mas Renato Kehl continuou sendo propagandista da eugenia, durante toda a sua vida.

---

<sup>1</sup> Johann Gregor Mendel (1822-1884) era um monge austríaco que elaborou as leis que explicam o mecanismo da hereditariedade. A primeira Lei de Mendel (Lei da Segregação dos Alelos) afirma que os fatores determinantes das características se separam na formação das células reprodutivas, recebendo um fator de cada par. A segunda Lei de Mendel (Lei da Segregação Independente) diz que os fatores determinantes dos caracteres são independentes e podem recombinar-se em múltiplas possibilidades, nas células reprodutivas (OLIVEIRA, 2004).

<sup>2</sup> O naturalista francês Jean- Baptiste Pierre Antoine de Monet publicou, em 1809, o livro Filosofia Zoológica sob o pseudônimo “Cavaleiro de Lamarck”. Segundo Lamarck, as espécies evoluíam de acordo com o meio ambiente, a partir de duas leis científicas: a primeira, Lei do Uso e do Desuso, diz que qualquer órgão quando usado em excesso pode hipertrofiar, assim como seu pouco uso pode atrofiar ou até desaparecer. A segunda, Lei da Herança dos Caracteres Adquiridos, afirma que essa adaptação é transmitida às gerações futuras (OLIVEIRA, 2004).

Até o ano de 1947, Kehl já havia publicado mais de 46 livros sobre essa temática e dentre esses títulos estão: *A Cura da Fealdade* (1923), *Eugenia e Medicina Social* (1923), *Lições de Eugenia* (1935), *Aparas Eugênicas* (1933). Além disso, o livro *Exército e Saneamento* (1920), de Belisário Penna, insere-se no contexto do discurso eugênico como a publicação de Problema Vital por Monteiro Lobato, na perspectiva de higiene e “purificação”. O personagem mais emblemático desta época, criado por Monteiro Lobato, foi o Jeca Tatu que representava a condição de atraso da raça brasileira. Ele era uma caricatura do homem do interior, pobre, ignorante e mestiço. Outro exemplo é a construção da personagem Tia Anastácia que é uma mulher negra exercendo a função de empregada doméstica dentro da narrativa infantil do “Sítio do Pica-pau amarelo”. Em vários momentos da história, ela sofre racismo sendo relegada ao lugar social da cozinha e da subserviência como metáfora da casa grande e da senzala.

Em 1922, Gustavo Reidl criou a Liga Brasileira de Higiene Mental com objetivo de construir uma nova psiquiatria por meio de um programa de higiene mental para os pobres e criminosos insanos e detinha-se em temas como: delinquência juvenil, prostituição, alcoolismo, doenças venéreas, entre outros. Dentre os membros da liga estão nomes notórios, como: Juliano Moreira, Miguel Couto, Fernando Magalhães, Carlos Chagas, Edgar Roquette Pinto, Afrânio Peixoto, Henrique Roxo e Antônio Austregésilo.

Em 1930, no governo Vargas, a Comissão Brasileira de Eugenia elaborou uma série de propostas redigidas por Renato Kehl aos parlamentares, encarregados de elaborar a nova carta constitucional. No projeto da defesa eugênica da nacionalidade, o Estado tinha a função de implementar políticas sociais para organizar os serviços assistenciais à população. O governo criou o Departamento de Assistência Geral aos Psicopatas para a gestão da política de saúde mental e, mais tarde, em 1934, instituiu a lei federal de Assistência aos Doentes Mentais. Em 1938, o governo instituiu o Conselho Nacional de Serviço Social e sua organização, em todo o país.

Para além das áreas médicas e jurídicas, a eugenia adentrou outros campos de conhecimento, tendo convocado outras profissões a intervir no campo social, como aconteceu com o Serviço Social. Nesta área, não foi formulada uma proposição teórica, mas, como prática interventiva, os assistentes sociais foram requisitados a combinar a moral aos processos eugênicos. Para Oliveira (2019 apud Santos):

o processo de institucionalização do Serviço Social foi marcado por três fatores fundamentais: 1) a incorporação da “ideologia do trabalho”, cabendo ao/à assistente social assegurar ações destinadas à dimensão moral do “bom trabalhador”; 2) a defesa do modelo burguês de família, reservando-se ao/à assistentes social a difusão dos valores da família burguesa às classes populares, sobretudo às mulheres; 3) a adoção da racionalidade eugênica na compreensão da realidade social, à medida que os fenótipos são usados pelos/as assistentes para explicar e justificar o lugar dos sujeitos na sociedade (2024, p.101).

Com o movimento de reconceituação da profissão, no Brasil, dos anos 1960 a 1980, há uma mudança nos valores éticos da categoria, vinculando-se à defesa de uma nova ordem societária, sem discriminação de classe social, gênero, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade, condição física e etnia. Entretanto, o histórico profissional relacionado à eugenia necessita de maiores estudos sobre os impactos na profissão ainda hoje. Assim como o movimento de reconceituação do Serviço Social, tivemos o movimento de reforma sanitária na saúde que exploraremos mais a diante.

A família era o lócus privilegiado de intervenção para os eugenistas, com medidas legais para impedir a reprodução de defeito físico irreparável ou moléstia grave. Em 05 de agosto de 1936, a Câmara de Deputados estabeleceu a obrigatoriedade do exame pré-nupcial para verificar a condição de sanidade dos nubentes. Além disso, constitucionalmente, estimulou-se a propagação da educação eugênica que, segundo Kehl, necessitava de um conjunto de medidas individuais e coletivas, com a enumeração de uma série de condutas:

isolamento dos “socialmente inadaptados” de todo tipo; a esterilização dos portadores de “taras transmissíveis por herança”; obrigatoriedade do exame pré-nupcial; a “procriação consciente” e o impedimento a concepção em casos especiais; o concurso dos órgãos de saúde pública e da iniciativa privada para a “popularização dos conceitos eugênicos” e para o combate aos “fatores disgenizantes”; educação eugênica em todos os níveis e ramos de ensino; introdução de teses mentais e vocacionais; cuidados especiais com a maternidade e à infância; revisão da situação dos filhos ilegítimos; auxílio aos desamparados com “reconhecidas capacidades superiores”; legislação beneficiária das “boas estirpes”, com redução das taxas, impostos e outros privilégios; controle da imigração e etc. (VILHENA, 1993, p.89-90)

Muitas das medidas, que apresentamos até aqui, de saneamento da população ainda reverberam em diversas áreas da sociedade. No século XX, muitos governos adotaram medidas legais de exclusão e até extermínio da população negra, mas, ainda hoje, temos uma reatualização desse discurso com os debates acerca da engenharia e do melhoramento genético. O trauma histórico, após a 2ª Guerra Mundial (1939-1945), causado pelas atrocidades vivenciadas, neste período, com a violação

dos direitos humanos e a radicalização do discurso racista de Hitler contribuíram para o recuo do movimento eugenista, no mundo, e a propagação de pautas antirracistas na agenda das políticas públicas, no Brasil.

A Reforma Sanitária foi um marco na reorganização ideológica e institucional para a política de saúde, no Brasil. O movimento nasceu no contexto da Ditadura Militar, no início da década de 1970, que coincide com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976; e, três anos depois, a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Esse coletivo tinha a perspectiva de ruptura com princípios que ordenaram a saúde, até então.

A categoria médica, as associações médicas, o movimento popular em saúde, os partidos de esquerda, a Igreja, por meio das comunidades eclesiais de base, e vários parlamentares defendiam a redemocratização da saúde e a reestruturação dos serviços. Então, em 1979, foi realizado o Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados. As discussões tiveram como base um texto produzido pelo Cebes e por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que buscava sintetizar as principais reivindicações do movimento sanitário. Estudiosos apontam que essas instituições foram fundamentais para construção do campo da saúde coletiva, como produção de conhecimento e práticas democráticas em saúde (PAIM, 2009; MENICUCCI, 2014; PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

Cabe ressaltar que, a partir das análises da formação desse movimento, evidencia-se a continuidade do modelo de produtos e serviços, sobre novas bases ideológicas. Deste modo, a reforma sanitária brasileira foi o movimento de uma elite esclarecida, identificada nas bases progressistas que se instalaram na estrutura burocrática do Estado, em especial no Poder Executivo. Ou seja, essas políticas não alteram a estrutura vigente, de modo a construir um novo patamar civilizatório, sendo necessário uma profunda mudança política e institucional que se apresenta como um processo inconcluso (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

As proposições da Reforma Sanitária foram formuladas no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição, desdobrando-se nas leis orgânicas (8.080/1990 e 8.142/1990). A partir de então, a Saúde segue os princípios normativos de equidade, integralidade e universalidade. No entanto, nos anos 1990, com a ascensão do neoliberalismo na Europa e nos Estados Unidos, por meio da doutrina do “Estado Mínimo” na

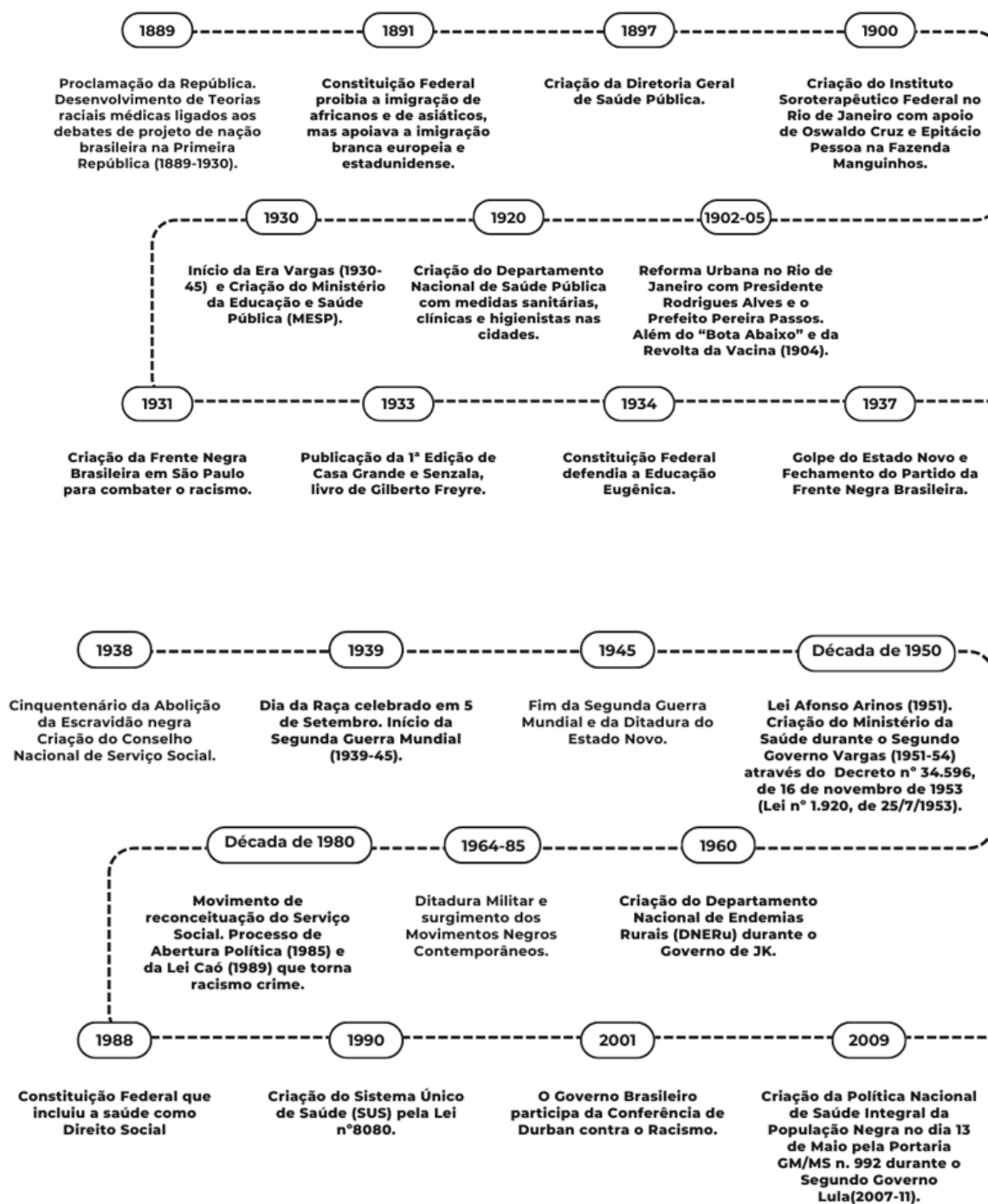
implementação das políticas sociais, o Brasil adota medidas de ajuste fiscal e abertura econômica, com a redução do tamanho das capacidades do Estado. Essa conjuntura gera sérias consequências estruturais para a consolidação do SUS.

As dificuldades de efetivação da universalidade e igualdade no SUS expressam-se no enfrentamento da relação de dualidade entre o público e privado, na assistência à saúde. Historicamente, essa política nasce segmentada na previdência social, dividida entre seus segurados que estavam vinculadas às categorias profissionais e na saúde pública, com ações de caráter coletivo de responsabilidade do Ministério da Saúde. Além disso, o mercado privado de saúde ganha espaço com a compra de serviços subsidiados pelo governo, para a construção de unidades hospitalares (MENICUCCI, 2014).

Um avanço que visa mudar a lógica hospitalocêntrica de assistência à saúde, com a reorganização do modelo assistencial, é a ampliação, em 1996, do Programa Saúde da Família, criado em 1993, como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios. Além disso, os avanços expressos pela reforma psiquiátrica e programas e iniciativas foram considerados bem-sucedidos em diversas áreas, como vigilância sanitária e vacinação (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

A história do movimento negro é de resistência, desde o período da escravidão, por meio de insurreições, revoltas e dos quilombos, que buscavam a abolição da escravatura, mas essa narrativa foi omitida, na historiografia oficial. Essa amnésia histórica serve para a manutenção da mítica de uma democracia racial e retira o protagonismo da população negra, na construção da história nacional, em especial, na construção de políticas equitativas que trataremos no próximo capítulo.

Figura 4 – Linha do tempo da saúde e do racismo no Brasil Republicano



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

## 2 A POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

“O tráfico povoou o Brasil e pôs a África em nossas veias”.

Alberto da Costa e Silva

A trajetória histórica para implementação de uma política de saúde para população afrodescendente se materializa a partir de uma reivindicação coletiva. A PNSIPN reconhece o racismo e as desigualdades no acesso à saúde desta população. Além disso, promove a redução das taxas de morbidade e mortalidade, priorizando a diminuição das desigualdades étnico-raciais e a discriminação nos serviços de saúde.

Apesar da Constituição de 1988, no artigo 196, estabelecer a saúde com um direito de todos e dever do Estado, mediante a implementação de políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doenças e agravos à saúde da população, ainda constatamos os piores indicadores de saúde da população negra, como apontaremos ao longo dessa discussão, por meio dos dados do último Boletim Epidemiológico, em 2023.

Neste capítulo, trataremos do caminho percorrido até a aprovação desta lei com o protagonismo dos movimentos negros organizados e, especialmente, o pioneirismo do feminismo negro para a construção dessa política através da identificação de ações governamentais de esterilização em massa das mulheres negras. Além disso, os entraves para sua implementação mesmo após 15 anos de sua promulgação.

### 2.1 Pioneirismo do movimento negro: a política de saúde na agenda do feminismo negro

É na resiliência e bravura que correm em nosso sangue, como destacou o africanista Alberto da Costa e Silva, em *Maninha e o Libambo*, que o ativismo negro tem organizado suas bases teóricas e políticas para refutar a narrativa falaciosa de “democracia racial”. A imprensa negra, do início do século XX até meados de 1960,

buscava romper com o imaginário de inferioridade intelectual do racismo científico e denunciar as discriminações raciais. Alguns jornais da época eram: *O Xaute* (1916), *Getulino* (1916-1923), *O Alfinete* (1918-1921), *O Kosmos* (1924-1937), *O Clarim d'Alvorada* (1929-1940), *A Voz da Raça* (1946-1954), *Tribuna Negra* (1935), *O Novo Horizonte* (1946-1954), *Cruzada Cultural* (1950-1966), entre outros.

Ao analisar as diferentes fases do movimento negro brasileiro, Pereira (2013) destaca três fases, com características distintas: a primeira, do início do século XX até o Golpe do Estado Novo, em 1937; a segunda, do processo de redemocratização nos anos 1940 até o Golpe Militar de 1964, com o Teatro Experimental do Negro (TEN), criado por Abdias Nascimento, em 1964, com o Teatro Popular Brasileiro, criado por Solano Trindade, em 1943, e com a Associação dos Negros Brasileiros, criada por Correia Leite e outros militantes, em 1945; a terceira, com o movimento negro contemporâneo que surge na década de 1970, com grande crescimento, após o início da abertura política, em 1974, que aprofundaremos ao longo do texto.

Historicamente, um expoente do movimento foi a Frente Negra Brasileira, criada em São Paulo, no ano de 1931, que tinha como objetivo integrar negros e negras no combate ao racismo. Foi possível a criação desse movimento pela existência de organizações criadas por negros: a “imprensa negra” e os “grêmios, clubes ou associações de negros”. A Frente Negra Brasileira tornou-se um partido político e acabou sendo extinta, em 1937, após decreto de Getúlio Vargas que tornava os partidos ilegais (GOMES, 2017; PEREIRA, 2013).

Segundo Gomes (2017), a partir da década de 1970, o movimento negro ressignifica a ideia de raça ao debater o racismo na cena pública, fomentando a construção de políticas sociais para a superação das desigualdades raciais. O ato de trazer um novo significado à raça torna notório as relações de poder e desnaturaliza o lugar de uma suposta inferioridade apregoada pelas teorias raciais e o racismo. Neste contexto, entende-se como movimento negro:

[...]a luta dos negros na perspectiva de resolver seus problemas na sociedade abrangente, em particular os provenientes dos preconceitos e das discriminações raciais, que os marginalizam no mercado de trabalho, no sistema educacional, político, social e cultural. Para o Movimento Negro, a “raça”, e, por conseguinte, a identidade étnico-racial, são utilizados não só como elemento de mobilização, mas também de mediação das reivindicações políticas. Em outras palavras, para o Movimento Negro “raça” é um fator determinante de organização dos negros em torno de um projeto comum de ação (DOMINGUES, 2007 apud GOMES, 2017, p.22)

A tese da autora Nilma Gomes destaca o movimento negro como ator político e educador pelo modo orgânico que produz, constrói e sintetiza saberes emancipatórios dos coletivos negros, ao longo da história republicana brasileira. A potência desse movimento destaca-se na sua complexa formação que traz à cena um importante ator político na educação de pessoas, coletivos e instituições sociais ao longo de gerações. São entidades, organizações e indivíduos que desencadeiam diversas ações de combate ao racismo e por melhores condições de vida.

É importante lembrar que, na década de 1960, a luta antirracista estava se fortalecendo nos Estados Unidos da América e no continente africano. A busca por direitos civis, nos Estados Unidos da América, teve destaque com o Pastor Martin Luther King, Rosa Parks e Malcolm X. Reverendo King defendia dois caminhos não-violentos para reparação racial: primeiro, a criação de leis antirracistas e, segundo, o fortalecimento da educação para combater a discriminação. Por sua vez, Malcolm X defendia o enfrentamento violento contra a opressão promovida pela justiça e pela sociedade estadunidense. Concomitantemente, na África do Sul, Nelson Mandela mobilizou a população contra o Apartheid, a fim de extinguir o racismo, no referido país. Isso influenciou intelectuais brasileiros e movimentos sociais negros da época, mas o Golpe Militar de 1964 interrompeu, temporariamente, a luta antirracista. Esses eventos externos geraram uma consciência de raça, de gênero e de classe social dentro do sistema capitalista brasileiro. Segundo Lélia Gonzalez:

Diante disso, nós, negros tivemos que ir à luta praticamente sozinhos e, sobretudo nos anos 1970, inspirados pela nossa própria história, pela nossa história de resistência, de postura democrática já em Palmares, no século XVII, democrática do ponto de vista racial. Partindo para nos organizar, vamos ter, nos anos 1970, todo o renascer do movimento negro na nossa sociedade inspirada efetivamente nas lutas pela libertação da África, sobretudo da África lusófona. Inspirados na luta pelos direitos civis nos Estados Unidos, mas fundamentalmente apoiados, rastreados, em cima da nossa própria história de luta e resistência. Os nomes de Zumbi e de Palmares, a Revolta dos Malês, os nomes de Luísa Mahin e de Dandara, a Revolta da Chibata, dentro já do esquema da República positivista: são todos elementos de inspiração de nossa presença no interior do movimento social que na segunda metade dos anos 1970 se organiza e parte para a crítica do regime militar (GONZALEZ, 2020, p.251).

Em busca da valorização da cultura e da identidade negra, o Grupo Palmares foi criado, em Porto Alegre, por Oliveira Silveira e outros militantes, no ano de 1971, durante a fase mais dura do Ditadura Militar. O Grupo propôs a substituição do 13 de maio (dia da Abolição da Escravatura) para o dia 20 de novembro, o dia da morte de Zumbi dos Palmares, como data a ser comemorada pela população negra. Assim,

deslocando o protagonismo no processo de abolição para os negros. Além disso, elegeu o Quilombo dos Palmares como passagem mais importante da história do negro no Brasil.

Nos anos 1970, com a intercessão de fatores de discriminação racial e do racismo, na Ditadura Militar, várias entidades do movimento negro se organizaram para a criação do Movimento Unificado contra a Discriminação Étnico-racial (MUCDR), em São Paulo, no ano de 1978, passando depois a chamar-se Movimento Negro Unificado (MNU). O MNU era uma organização nacional, popular e democrática que tinha como elemento central a denúncia do “mito da democracia racial”. Ressalta-se a transformação do movimento negro brasileiro a partir da reivindicação sobre o papel do negro, na história do Brasil.

Na década de 1980, o Brasil estava vivenciando uma abertura lenta, gradual e segura para democracia, na perspectiva dos militares. Simultaneamente, os movimentos negros e os novos partidos políticos, como Partido dos Trabalhadores (PT) e o Partido Democrático Trabalhista (PDT) enfatizavam a importância da garantia de direitos sociais, a fim de mitigar as desigualdades econômicas, educacionais e de saúde. A “Nova Democracia” (1985-2016) foi inaugurada por aspirações cidadãos em torno de plenos direitos sociais e políticos. A evidência disso se manifestou no ano do “Centenário da Abolição da Escravidão Negra”, no processo de construção da Constituição Federal de 1988, também chamada de “Carta Cidadã”. Claudia Viscadi e Fernando Perlatto analisaram a cidadania no tempo presente e destacaram a inclusão de direitos das chamadas “minorias”, na legislação brasileira:

Nessa perspectiva, a Carta Constitucional se direciona normativamente não apenas para a afirmação da igualdade, ao instituir políticas universalistas como o Sistema Único de Saúde (SUS), mas também da diversidade, ao apontar para novos caminhos no sentido de trazer a agenda pública políticas orientadas para o combate ao machismo, à homofobia e ao preconceito racial. (VISCADI E PERLATTO, 2018, p.452)

Em 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei Federal nº 8.080. O SUS, no papel, tinha uma dimensão universalista, mas não alcançava efetivamente as populações vulneráveis. Ao longo da referida década, os Movimentos Sociais Negros foram se fortalecendo, no cenário nacional, para conquistar e consolidar demandas da população negra nas ruas e no Congresso Nacional, com o protagonismo das mulheres. A “Marcha Nacional Zumbi dos Palmares contra o Racismo e pela Vida”, em Brasília, no dia 20 de novembro de 1995, representou um divisor de águas, pois o Poder Executivo liderado por Fernando Henrique Cardoso

recebeu um documento cujo assunto era o “Programa de Superação do Racismo e da Desigualdade Étnico-Racial”.

A Marcha reuniu milhares de ativistas de todas as regiões do país e teve como um dos resultados a criação do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra (GTI), reunindo militantes, pesquisadores e representantes do governo para a formulação de propostas de ação governamental. Esse grupo também realizou uma Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra (1996), com apoio do Ministério da Saúde.

Do dia 31 de agosto ao dia 8 de setembro de 2001, aconteceu a III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), em Durban, na África do Sul. Neste evento, o Brasil reconheceu a existência do racismo no país, assumindo a responsabilidade da construção de medidas de superação. A referida conferência criou as condições para construção de propostas para a atenção à saúde da população negra, no Brasil, como a elaboração do documento “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade” (WERNECK, 2016).

Segundo Sueli Carneiro (2003), a expressão “enegrecendo o feminismo” designa a trajetória de mulheres negras, no interior do feminismo brasileiro. Os primeiros grupos organizados de mulheres negras emergiram dentro do próprio movimento negro, já que mesmo que os militantes proclamassem a necessidade de luta contra a dominação da mulher negra, na prática elas ocupavam uma posição secundária, no grupo, sem a inclusão do conceito de gênero nas pautas.

O movimento feminista que surge com um caráter eurocêntrico, sob a liderança de mulheres brancas, das classes alta e média, em sua maioria, moldaram as demandas políticas do movimento, de acordo com o *status quo* de classe, indiferentes à dimensão racial. Gonzalez (2020) afirma que sexismo e racismo partem de diferenças biológicas para estabelecer ideologias de dominação. Assim, ao apresentar o conceito de capitalismo patriarcal, revela as bases materiais e simbólicas de opressão às mulheres por meio das articulações tradicionais de submissão.

Nessa perspectiva, as mulheres negras são colocadas em uma condição hierárquica inferior aos homens e as mulheres brancas. Isso as infantiliza, nega a vocalização do seu direito e a condução de sua própria história. Historicamente, a herança da colonização ibérica, nas sociedades latino-americanas, criou espaços

estratificados racialmente pela ideologia do branqueamento, de modo que dentro das classes sociais negros e indígenas são excluídos (GONZALEZ,2020).

Na estruturação dessas desigualdades raciais, as mulheres negras sofrem uma dupla discriminação: sexual e racial, sendo oprimidas e exploradas, no capitalismo patriarcal-racista, na América Latina. Portanto, a alternativa ao movimento de mulheres foi a sua organização em grupos étnicos (GONZALEZ,2020; COLLINS, BILGE, 2021).

Em 1975, foi o início da Década das Mulheres promovida pela ONU, em que as mulheres negras apresentaram o Manifesto das Mulheres Negras, no Congresso de Mulheres Brasileiras. O manifesto denunciava que as condições de vida e trabalho dessas mulheres eram moldadas pelas variáveis de gênero, raça e sexualidade. Lélia Gonzalez, Sueli Carneiro, Beatriz Nascimento e muitas outras ativistas lutavam pelas questões relativas às mulheres negras. Collins e Bilge (2021) apontam que essa trajetória de luta ocorreu em plena Ditadura Militar, no Brasil e precedeu o entendimento contemporâneo sobre o conceito de interseccionalidade.

A política nacional brasileira sobre raça e democracia combatia esse ativismo. O Brasil alegou oficialmente não ter “raças”, posição que se baseia no modo com o governo abordava as estatísticas raciais. Sem categorias raciais, o Brasil oficialmente não tinha “raças” nem negros como grupo “racial” socialmente reconhecido. Ironicamente, o mito da identidade nacional brasileira apagou a raça para construir uma filosofia de democracia racial em que ser brasileiro substituiu outras identidades, como as de raça. Em essência, ao apagar a categoria política de raça, o discurso nacional de democracia racial eliminou a linguagem que poderia descrever as desigualdades raciais que afetam a vida das pessoas negras brasileiras. Esse apagamento da “negritude” como categoria política permitiu que práticas discriminatórias contra pessoas manifestamente de ascendência africana ocorresse em áreas como educação e emprego, porque não havia termos oficialmente reconhecidos para descrever a discriminação racial em recursos oficiais para remediá-la. A imagem de identidade nacional que o Brasil cultivou postulava que o racismo não existia e que a cor carece de significado, exceto quando celebrada como uma dimensão do orgulho nacional (COLLINS, BILGE, 2021, p. 39-41).

Nesse mesmo ano (1975), as feministas da Associação Brasileira de Imprensa chamavam atenção para a exploração e opressão da mulher negra. Foram organizados outros grupos de mulheres negras - Aqualtune (1979), Luísa Mahin (1980), Grupo de Mulheres Negras do Rio de Janeiro (1982). Além disso, as mulheres estavam presentes em várias organizações - Instituto de Pesquisa das Culturas Negras (IPCN), o MNU, o Grupo de Estudos André Rebouças, a Sociedade de Intercâmbio Brasil-África (Sinba) dentre outros. As mulheres que participaram desses

movimentos foram taxadas de “agressivas” ou “não feministas”, por enfatizarem a pauta racial, atitudes que vemos até hoje (GONZALEZ,2020).

No Brasil, em 1988, ocorreu um encontro histórico que marcou o início do movimento de mulheres, o I Encontro Nacional de Mulheres Negras, em Valença, no Rio de Janeiro. Em 1992, em Santo Domingo, na República Dominicana, foi realizado o 1º Encontro de Mulheres Afro-latino-americanas e Afro-caribenhas, com a criação da Rede de Mulheres Afro-latino-americanas e Afro-caribenhas e a definição do dia 25 de julho como Dia da Mulher Afro-latino-americana e Caribenha. No Brasil, a Lei nº 12.987/2014 foi sancionada pela presidenta Dilma Rousseff, que instituiu o dia 25 de julho como o Dia Nacional de Tereza de Benguela e da Mulher Negra.

O Festival Latinidades surgiu no ano de 2008, em Brasília, e tornou-se um espaço político, social e artístico para expressar as necessidades das mulheres negras brasileiras, afro-latinas e afro-caribenhas com uma compreensão mais abrangente sobre interseccionalidade que reflete a sinergia entre trabalho intelectual e ativismo. Esse festival cria laços intergeracionais dentro do movimento e congrega vários segmentos da sociedade - lideranças comunitárias, intelectuais, literários, servidores públicos, artistas, profissionais liberais, diversos grupos raciais e étnicos de várias regiões do Brasil e da América Latina (COLLINS, BILGE, 2021).

Cabe ressaltar que o Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288) foi promulgado no ano de 2010, pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, após sete anos de tramitação, no Congresso Brasileiro. Esse estatuto destina-se à garantia de igualdade de oportunidades e à defesa dos direitos étnicos e individuais, coletivos e difusos da população negra. Além disso, cria a base legal para a estruturação do Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial (Sinapir).

## **2.2 Histórico de implementação, avaliação e monitoramento da PNSIPN**

No setor Saúde, o movimento de mulheres busca pautar os direitos reprodutivos na agenda da luta antirracista e o reconhecimento das diferenças étnicas e raciais. Nessa conjuntura, a inserção do quesito raça/cor nos indicadores de saúde é objeto permanente de ação política. Desde 2017, a Portaria nº344/MS torna obrigatório a inserção desse quesito nos cadastros dos serviços de saúde. A ONG

paulista Geledés desempenhou importante papel nas campanhas contra esterilização, em especial, nas camadas de baixa renda, que culminaram na aprovação da Lei nº 9.623/1996 que regulamenta o planejamento familiar e estabelece as normas para a esterilização cirúrgica voluntária.

Outro tema de destaque do feminismo negro foi a atenção a anemia falciforme. No Brasil, a anemia falciforme é uma questão de saúde pública, pois trata-se de uma anemia hereditária e genética, prevalente na população negra. Ela altera os glóbulos vermelhos do sangue, ficando em forma de foice. O diagnóstico é realizado pelo “teste do pezinho” que compõe o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), nas Unidades Básicas de Saúde.

Nesse contexto, a médica negra Fátima Oliveira foi pioneira ao desenvolver uma nova área de pesquisa e intervenção política – a Bioética – numa perspectiva feminista e antirracista, alertando sobre o risco de desenvolvimento de práticas eugenistas nas pesquisas com seres humanos, com o Projeto Genoma Humano (PGH). Foi a primeira negra na Secretaria Executiva da Rede Feminista de Saúde, foi a primeira negra a dirigir uma instituição feminista no Brasil, foi presidente do Movimento Popular de Mulher, em Belo Horizonte, e foi a primeira negra a integrar o Conselho Diretor da Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas (CARNEIRO, 2023).

No que se refere à mobilização do feminismo negro, o 3º Encontro Feminista da América Latina e do Caribe, que ocorreu em Bertioga, São Paulo, em 1985, foi fundamental, pois apresentou demandas como: violência doméstica, combate ao racismo no mercado de trabalho, mortalidade materna, saúde reprodutiva e sexual das mulheres negras. Outro evento crucial foi a IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing, em 1995, que teve em seu relatório final a temática racial incluída, na Plataforma de Ação de Beijing (DAMASCO, CHOR; MONTEIRO, 2012)

Na década de 1980, as discussões em torno de conceitos como saúde e direitos reprodutivos, no Brasil, se ampliaram com o surgimento de organizações não governamentais (ONGs) de muito destaque: Nzinga-Coletivo de Mulheres Negras (RJ), Criola (RJ), Geledés (SP), Fala Preta (SP), dentre outras. Foi crescendo a participação das mulheres nos partidos políticos, instituições estatais, nas ONGs e organismos internacionais, bem como estiveram presentes na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, em 1994 e na IV

Conferência Mundial sobre a mulher, no ano de 1995 (DAMASCO, CHOR; MONTEIRO, 2012).

Em 1982, as feministas negras centraram sua atuação no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, após denúncias sobre supostas políticas de controle de natalidade, de cunho racista, apresentado no documento elaborado pelo economista Benedito Pio da Silva, membro de um dos grupos de assessoria e participação, no governo de Paulo Maluf, no estado de São Paulo (1979- 1982). Diante da polêmica provocada pelo documento, Benedito Pio da Silva foi afastado do governo de São Paulo e a proposta arquivada.

Neste período, o Núcleo de Estudos de População (Nepo), sob a liderança de Elza Berquó, realizou uma pesquisa sobre a Dinâmica demográfica da população negra brasileira. Nos anos 1990, a médica e ativista negra Jurema Werneck criou a Campanha Nacional contra a Esterilização de Mulheres Negras. A campanha baseou-se nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 1986, para dar visibilidade a essa temática com o slogan: “Esterilização – Do controle da natalidade ao genocídio do povo negro!” (DAMASCO, CHOR; MONTEIRO, 2012).

Em 1993, ocorreu o Seminário Nacional de Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras realizado na cidade de Itapeverica da Serra, São Paulo. No relatório final do seminário, as ativistas criaram propostas para ações relativas à saúde reprodutiva de mulheres negras no Brasil. Neste mesmo ano, é instaurada a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), no âmbito do Congresso Nacional, para investigar a esterilização em massa de mulheres negras, no Brasil. A deputada Benedita da Silva e o senador Eduardo Suplicy apresentaram, no dia 20 de novembro de 1991, o requerimento nº 769/91, propondo a constituição da CPMI. O objetivo era averiguar se a prática da esterilização cirúrgica se configurava como uma política eugênica direcionada à população negra, no país. A CPMI tomou como base os depoimentos de militantes como: Jurema Werneck, Edna Roland, e Luiza sobre a prática de esterilização em mulheres negras:

[...] O Movimento Negro Unificado [da Bahia] denuncia que a população negra nunca foi quantificada corretamente e que, antes do último censo, por conquista do movimento negro, a cor é incorporada como quesito censitário; Entidades do movimento negro nacional, preocupadas com o resgate da cidadania da raça negra, foram pioneiras na denúncia de esterilização. Desde 1983 estas entidades vêm advertindo para o direcionamento das políticas de controle demográfico para os negros [...]. A coordenadora do MNU, Luiza Bairos, afirmou também que há entre as mulheres negras uma maior evidência de esterilidade involuntária, oriunda de doenças ginecológicas, que resultam de sua condição econômica de pobreza e miséria [...]. Segundo a

depoente, a manipulação dos dados da PNAD não considera o volume total da população feminina negra na Bahia. Naquele estado, entre as mulheres de 15 a 54 anos que usavam algum método contraceptivo, 43% das mulheres brancas estavam esterilizadas. Entre as negras, esse percentual era de 39%, mas na realidade a população negra é muito maior [...]. Para Jurema Werneck (do CEAP), o próprio IBGE refere que 45% da população brasileira é negra. Para os movimentos negros, a estimativa empírica é de que 80% da população brasileira é negra. Sua conclusão é de que neste contingente está a maioria das mulheres esterilizadas [...]. Hoje em dia prevalece a ideia, que já virou senso comum, de que famílias pobres, numerosas, é que são os fatores impeditivos para o desenvolvimento do país [...]. Por isso afirma-se que o controle da natalidade praticado hoje no Brasil, por intermédio da esterilização cirúrgica, visa impedir o crescimento da população pobre, que é majoritariamente composta por negros. Pode-se de o mesmo modo afirmar que a presença do negro como componente majoritário da população pobre é decorrência do racismo, responsável por gerar as condições de pobreza do negro no Brasil [...]. Não é pura e simplesmente coincidência quando entidades do movimento negro nacional afirmam que a maioria das mulheres esterilizadas neste país são negras e pobres. E se não existem estatísticas oficiais afirmando isso, deve o Congresso contribuir para pressionar os órgãos competentes a incluírem a cor nos levantamentos estatísticos realizados, de forma mais competente do que a adotada até hoje [...] (1993 apud DAMASCO, CHOR; MONTEIRO, 2012, p. 144-145).

Como já mencionamos, o movimento negro e de mulheres negras teve um papel crucial para a elaboração de um relatório na III Conferência de Durban que subsidiasse a formulação de uma política setorial. O documento propôs uma definição do campo da saúde da população negra, apresentando as doenças, agravos e condições mais frequentes nessa população, classificando-os como: (1) Geneticamente determinadas; (2) Adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis; (3) De evolução agravada ou de tratamento dificultado e (4) Condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas (WERNECK, 2016).

A partir dessa organização, foi proposta uma Política Nacional com os seguintes componentes: Produção do conhecimento científico; Capacitação dos profissionais de saúde; Informação da população; e Atenção à saúde. O documento tinha como diretriz que o racismo e a discriminação causam adoecimento e até a morte precoce de homens e mulheres negras. Em 2003, foi criado o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, posteriormente, instituído pela Portaria nº 2.632/2004. Além disso, foram organizados dois Seminários Nacionais de Saúde da População Negra (2004 e 2006), foi feita a inserção da temática nas proposições das Conferências Nacionais de Saúde (2000 e as subsequentes) e foi criada uma vaga para o Movimento Negro no Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2005, mesmo após 68 anos de existência desse conselho (WERNECK, 2016).

A representação negra no CNS permitiu a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada pelo CNS em novembro de 2006. No entanto, apesar de todo processo burocrático para a aprovação do Conselho, sendo publicada em diário oficial (2008) com a elaboração de Plano operativo e a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite com atribuição de responsabilidades para cada um dos entes federativos (2009). A política não teve adesão suficiente à gestão do SUS, como afirma Jurema Werneck (2016).

Foi necessário a mobilização social para a estruturação de seus objetivos, na Lei Federal nº 12.288, que regulamenta a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada pelo Ministério da Saúde em 2010 e, depois, aprovada pelo Congresso Nacional, em 2011. Os entraves para a aprovação da política ainda são evidentes hoje, com o desconhecimento dos profissionais de saúde e a incipiência de ações estratégicas governamentais para implementação dessa política.

Jurema Werneck (2016) salienta que grande parte das formulações teórico-conceituais e diretrizes estratégicas, para atuação na saúde da população negra, não tiveram origem no sistema de saúde. As instituições de pesquisa, os órgãos de fomento e instâncias de gestão do SUS permanecem ausentes na maior parte do processo. São as mulheres negras que mobilizam o campo da saúde, com sua experiência histórica e cultura. Além disso, estas mulheres negras representam uma parte expressiva dos trabalhadores de saúde, nas diferentes profissões.

Pesquisas no campo da saúde da população negra se justificam pela população brasileira ser majoritariamente negra, bem como grande percentual dessa população ser usuária do SUS, além disso, apresentar os piores indicadores de saúde e pela necessidade de consolidação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Nesse caminho, a PNSIPN tem como principal elemento o reconhecimento do racismo como um dos fatores centrais na produção das iniquidades. Esse campo de pesquisa rompe com a hegemonia das teorias eugênicas nas pesquisas de campo das ciências da saúde (WERNECK, 2016).

Racismo e sexismo são elementos estruturais que produzem hierarquização social e vulnerabilidades em saúde. Uma das medidas que a autora Jurema Werneck (2016) aponta é a criação de programas dirigidos às populações vulneráveis e ações que reduzam as disparidades raciais. Segundo ela, a gestão da saúde necessita de medidas que considerem os impactos que o racismo e as iniquidades raciais têm na

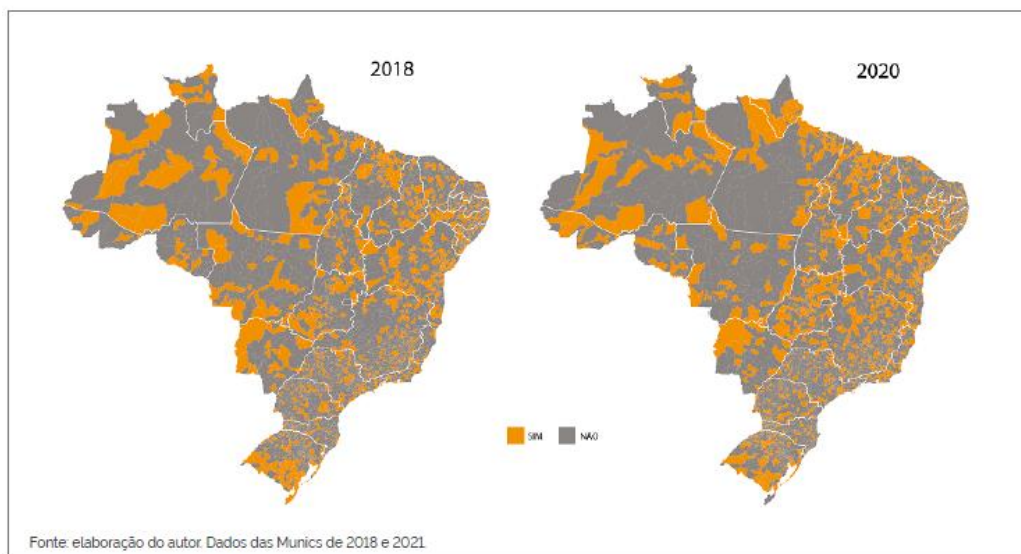
condição de saúde da população, considerando as taxas de mortalidade em diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de moradia.

Segundo Werneck (2016), no que se refere ao sistema privado, o acesso e a utilização dos serviços de saúde são influenciados pela qualidade da cobertura dos seguros e a capacidade financeira dos usuários. Já no sistema público, o acesso está associado à condição socioeconômica da população, nas diferentes regiões, e à precariedade de oferta dos recursos do SUS. Além disso, o acolhimento e cuidados ofertados pelos profissionais dependem da capacidade de aceitação e respeito à diversidade racial. Ainda hoje, identifica-se a ausência de uma conduta que assegure a adesão dos usuários e a eficácia do seu tratamento, o que reforça estereótipos e o enraíza o preconceito racial nos serviços de saúde.

No contexto nacional, tivemos um período de inflexão política pós-2016. Com a modificação da correlação de forças no governo federal, foram interrompidas as pautas raciais, sem a possibilidade de diálogo do Estado com os movimentos negros. Isso fica escrachado nas barreiras enfrentadas para implementação da PNSIPN, nos municípios.

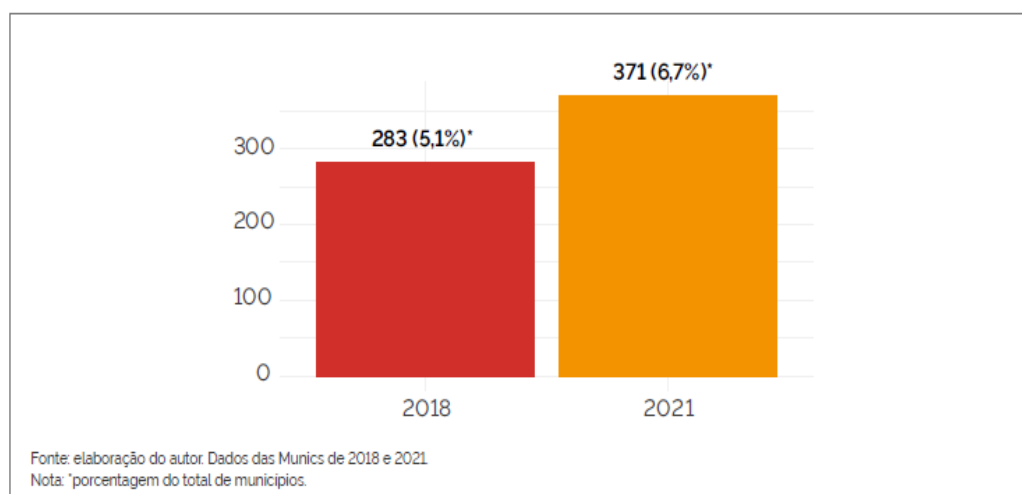
Os 2.645 municípios distintos, do Brasil, declararam ter adotado ações da PNSIPN ou em 2018 ou em 2021, o que representa 47,5% dos entes federados locais. Ou seja, mais da metade das localidades, cerca de 52,5%, não adotou a política em nenhum dos momentos das pesquisas realizadas pelo IBGE. Apenas 6,7% dos municípios têm uma instância específica para a política. Essa dificuldade se dá em parte devido à falta de incentivos e de repasses financeiros, à ausência de priorização da temática pela gestão federal, complicando a institucionalização da política (BRASIL, 2023).

**Figura 5- Município com ações previstas na PNSIPN incluídas no Plano Municipal de Saúde**



Fonte: BRASIL, 2023

**Figura 6- Município com instância específica para conduzir, coordenar e monitorar as ações de saúde voltadas para a população negra**



Fonte: BRASIL, 2023

Com relação ao processo de formação dos trabalhadores sobre a temática da saúde da população negra e combate ao racismo, 1.675 municípios, no ano de 2018, declararam ter esse tópico em algum curso ou processo de formação. Já em 2021, 1.725 municípios afirmaram ter cursos, o que representa um aumento de 3% em

relação à última pesquisa. No total, 2.715 municípios distintos declararam ter feito esses cursos em um dos anos das pesquisas do IBGE, o que representa 48,7% do total.

Em 2018, Roraima (46,7%), Pernambuco (42,2%) e Bahia (40,3%) foram os estados com as maiores porcentagens de municípios que incluíram a política nos seus planos municipais de saúde. No ano de 2021, Amapá (62,5%), Maranhão (50,2%) e Goiás (46,3%) ultrapassaram os estados citados e apresentaram destaque no ranking nacional. Também merece destaque o estado do Acre que entre os anos de 2018 e 2021, a implementação da política praticamente dobrou, saindo de 22,7%, em 2018, para 40%, em 2021. O Rio de Janeiro é um caso semelhante, pois houve um aumento de 8 pontos percentuais comparando-se 2018 com 2021. São Paulo ocupava uma posição mediana (24,2%), em 2018, mas, em 2021, passou ao último lugar no ranking, com apenas 22,3% dos municípios aderindo às ações da PNSIPN, nos planos municipais de saúde.

A partir de 2023, com a eleição do Presidente Lula, foi criado o Ministério da Igualdade Racial e diversas assessorias pró-igualdade racial, no governo. Então, abre-se uma nova janela de oportunidades para se repensar e avançar com a PNSIPN. Desde a transição dos governos, já tinha sido identificado que as ações voltadas à redução das desigualdades raciais, na saúde, haviam sido quase completamente desmontadas na gestão anterior (BRASIL, 2023).

### **2.3 Uma análise das condições de saúde da população negra nos últimos anos.**

Para a desagregação de dados, segundo a categoria raça/cor, necessitamos de uma discussão sobre os processos de classificação racial e suas consequências em relação às pesquisas científicas. O sistema de classificação racial brasileiro é baseado em características fenotípicas, em vez da ascendência familiar. Isso se deve ao processo miscigenatório do Brasil no curso da história de formação do país. Popularmente, utiliza-se o termo “cor” associado à “cor da pele”, como forma de autodeclaração. Assim, cor e raça são palavras sinônimas, porém essas categorias não devem ser pensadas pela negação da existência de raças ou do racismo (FRANÇA, PORTELLA, 2023).

No Brasil, não houve uma classificação racial regulamentada pelo Estado no período pós-abolição. Sendo assim, a classificação foi deixada a cargo dos indivíduos. Historicamente, segundo os autores Michael França e Alysson Portella (2023), identifica-se três sistemas de classificação: a) o sistema “oficial” empregado pelo IBGE e no Censo (branco, pardo, preto, indígena e amarelo); b) o sistema popular extremamente ambíguo e com grande diversidade de termos empregados; c) o sistema defendido pelo movimento negro, baseado na dicotomia branco e negro (somatório de pretos e pardos).

Em nossa análise, o modo de classificação racial, que transita entre esses três sistemas, está relacionado estruturalmente às relações raciais, no Brasil, sustentadas pelo tripé: *continuum* de cor, ideologia de branqueamento e democracia racial, nomeado por Neusa Santos (2021), em que brancos e negros compõem extremos de uma linha ininterrupta na qual as diferentes nuances de cor estão associadas ao critério de quanto maior a brancura, maiores as possibilidades de êxito e aceitação. Assim, a construção da identidade negra perpassa pela conscientização individual do processo de apagamento histórico da ascendência afro-brasileira e o reconhecimento da experiência de ser negro em uma sociedade branca.

Por essas razões, nos estudos sobre desigualdades raciais, no país, existem diferenças qualitativas significativas dentro de uma única categoria racial. Essa fluidez racial no Brasil desempenha um papel importante na percepção racial, considerando a forma com que o indivíduo se autoclassifica. No entanto, nas últimas décadas, nota-se que a população brasileira tem se engajado na redefinição de suas identidades raciais, em um contexto crescente de conscientização sobre a importância da diversidade e inclusão (FRANÇA, PORTELLA, 2023).

No ano de 2023, o Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente lançou dois volumes do Boletim epidemiológico especial, Saúde da População Negra, que traz um retrato sobre a condição de morbimortalidade dessa população, no país, entre os anos de 2010 e 2020. Cabe ressaltar que, em 2020, tivemos a pandemia de Covid-19 com forte impacto sobre a disponibilidade e qualidade no preenchimento dos dados, no referido ano. Contudo, de modo geral, o percentual de incompletude vem caindo de modo consistente de 2010 até os anos mais recentes (BRASIL, 2023).

A melhora na qualidade de preenchimento da categoria raça/cor perpassa pela sensibilização das equipes de saúde que realizam o preenchimento dos formulários.

Apesar da persistência dessa dificuldade, o Brasil tem posição privilegiada em relação aos países da América Latina por coletar dados desde o século XIX, nos Censos Demográficos, e a partir do século XX, nos sistemas de informação de saúde. A partir de agora iremos apresentar uma síntese dos dados do Boletim Epidemiológico.

Não pretendemos esmiuçar as análises dos indicadores de saúde desta população. Todavia, os dados revelam o *modus operandi* do racismo e o nosso propósito é reafirmar a importância da construção de estatísticas desagregadas pela categoria raça/cor, na saúde, considerando a análise da assistência à saúde da população, ao longo dos anos. Além disso, essas análises são imprescindíveis para o financiamento adequado das políticas intersetoriais efetivas, na organização de uma rede integral da saúde.

Em relação à assistência ao pré-natal por meio da informação coletada na Declaração de Nascidos Vivos, no ano de 2020, 71% das mães declararam que realizaram sete ou mais consultas, o que revela um aumento nos últimos anos e em todas as categorias de raça/cor, tendo a população negra um incremento de 42,1%. Houve uma queda na proporção de mães que realizaram menos de sete consultas em todas as categorias de análise: de quatro a seis consultas de pré-natal reduziu-se de 29,6%, em 2010, para 29,7% em 2020; de uma a três consultas de pré-natal reduziu-se de 7,1%, em 2010, para 6,0% em 2020; e nenhuma consulta de pré-natal reduziu-se de 1,8%, em 2010, para 1,7%, em 2020. Verificou-se a mesma tendência de queda na categoria raça/cor, ao longo da década. No entanto, percebe-se um gradiente de maior proporção de consultas nas mães que se declaram brancas de 80,9%. Os percentuais para as populações amarela, preta, parda e indígena são 74,3%, 68,7%, 66,2% e 39,4%, respectivamente.

O baixo peso ao nascer (limite de 2.500 gramas na primeira hora de vida) é o indicador que mais influencia a sobrevivência infantil e está relacionado ao retardo do crescimento intrauterino ou prematuridade, como um fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil. A proporção de crianças nessa condição manteve-se praticamente constante, ao longo dos anos avaliados, passando de 8,4%, em 2010, para 8,6%, em 2020. O aumento de crianças pretas, pardas e indígenas nessa condição passou de 8,0%, em 2010, para 10,1%, em 2020.

Considerando a proporção de mortalidade materna, nos anos de 2010, 2015 e 2020, por complicações ocorridas durante ou após a gestação e o parto: a hipertensão, a hemorragia e a infecção puerperal foram as principais complicações

em todas as idades. Essas complicações correspondem a cerca de 30% dos 5.422 óbitos maternos, nos três anos avaliados. Observa-se a queda na mortalidade proporcional por hipertensão nas categorias de raça/cor indígena (quase 30%), branca (6%) e parda (1,6%), em 2020, em comparação com 2010. No entanto, na população negra aumentou 5% no mesmo período.

Entre 2020 e 2010, a mortalidade materna proporcional por hemorragia aumentou nas mulheres indígenas (28%), reduziu entre as mulheres pretas (3,3%) e se manteve praticamente estável nas categorias de raça/cor branca e parda. Já por infecção puerperal observa-se os maiores valores entre as mulheres indígenas, em 2015 (2,8%), e pardas (2,3%), em 2020. Durante a pandemia de Covid-19, a infecção provocada pelo vírus SARS-CoV 2 foi uma importante causa de morte materna, em todas as categorias de raça/cor, correspondendo a 22% do total dos óbitos maternos (430/1.965).

As causas obstétricas, em diferentes intensidades, estão relacionadas à mortalidade materna proporcional, em todas as categorias de raça/cor, no período de 2010 a 2020. Para isso, é necessário analisar os problemas de saúde mais frequentes no grupo de mulheres gestantes, para aprimoramento do planejamento de intervenções constantes de programas de saúde, especificamente, dirigidos às mulheres, considerando que boa parte das mortes por causas obstétricas são consideradas evitáveis por intervenções do SUS.

Com relação aos dados de óbito infantil por raça/cor, ocorreram mudanças discretas no perfil de morbidade. Em primeiro lugar, no total de mortes infantis, estão as malformações congênitas; em segundo lugar, a prematuridade e, em terceiro, os fatores maternos. Quanto à Covid-19, a raça/cor indígena apresentou a maior mortalidade proporcional (4,1%), em 2020. Em contrapartida, nas categorias branca, preta e parda a mortalidade proporcional por Covid-19 foi de até 1,0%.

A partir de 2015, a malformação congênita passou a ser, proporcionalmente, a principal causa de morte infantil nas categorias raça/cor preta e parda. Assim, passou de 16,7% em 2010 para 19,1%, em 2020, enquanto, para raça/cor parda subiu de 16,1% para 20,3%, no mesmo período. Em contrapartida, a prematuridade nas categorias preta e parda reduziram. Em 2010, as proporções de óbitos eram de 17,1% e 19,7%, reduzindo-se para 14,8% e 15,5%, em 2020, respectivamente.

A incidência de mortalidade por doença falciforme acomete pretos e partos, sendo a maior causa de óbitos nesses sujeitos, em países com histórico de diáspora

africana. O diagnóstico dos casos é feito pelo “teste do pezinho”, no Brasil e, entre os anos de 2014 e 2020, a cobertura média do PNTN foi de 82,37%. A incidência de doença falciforme, no período, foi de um caso a cada 2.500 nascidos vivos (cerca de 1.100 casos/ano) e dois casos de traço falciforme a cada cem nascidos vivos (média de 63 mil casos/ano).

Segundo os dados do Boletim, há entre 60 e 100 mil pessoas com a doença, no país. A distribuição da doença falciforme é diversa, nas regiões do país, sendo a Bahia a unidade federada de maior incidência (9,46/100.000 pessoas). Atualmente, cerca de 150 serviços de atenção ambulatorial especializado fazem o acompanhamento de pacientes, no SUS. Foram 29 mil pacientes cadastrados no Sistema Hemovida Web Hemoglobinopatias, em fevereiro de 2023. A atenção especializada conta com os serviços de dispensação de medicação, exames clínicos e de imagem, suporte transfusional e os transplantes alogênicos aparentados de medula óssea, de sangue periférico e sangue de cordão umbilical.

Segundo o Boletim, a mortalidade por doença falciforme, entre os anos de 2014 e 2020, foi de 0,22 a cada 100 mil habitantes, com grande variação entre as unidades federativas. A maior parte dos óbitos foi entre a faixa etária de 20 a 29 anos. Por fim, é fundamental o monitoramento das crianças diagnosticadas, nos serviços de atenção especializada, para acesso ao tratamento adequado e melhor qualidade de vida desses pacientes.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é considerado a intervenção pública de saúde de maior sucesso. A política de imunização aumentou o potencial de oferta de vacinas e erradicou várias doenças com mortes evitáveis, com declínio expressivo nas taxas de hospitalização. A informatização desses dados iniciou em 1994, com registro agregado das doses aplicadas por cada município. Entretanto, apenas a partir de 2010 foi possível a identificação nominal do registro, incorporando as variáveis de raça/cor, por meio do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). As unidades de atenção primária à saúde passaram a utilizar o Sistema de Informação da Atenção Primária (e-SUS APS) em concomitância com o novo sistema de registro.

Apesar do aperfeiçoamento do sistema de registro, o preenchimento do quesito raça/cor, na vacinação, foi baixo. Do total de 107,5 milhões de registros de doses aplicadas de 14 vacinas do calendário nacional de vacinação da criança, no período de 2020 a 2023, em apenas 7,8 milhões (7,3%) esse dado foi informado. Em relação

às vacinas contra a Covid-19, dos 522,4 milhões de registros de doses aplicadas, no período de 2021 a 2023, 24,5% não tinham informações sobre raça/cor, apesar da obrigatoriedade do preenchimento desse quesito.

Ao analisar o perfil da mortalidade, segundo a categoria raça/cor, nos anos de 2010 e 2015, identifica-se as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração como primeira causa de morte em todos os grupos, exceto em indígenas. Neste grupo, as principais causas de morte foram pneumonia decorrente de influenza e os sinais, sintomas e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (Capítulo XVIII da CID-10). Observamos que, embora exista a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, evidencia-se a negligência na assistência à saúde de forma similar ao que acontece com a população negra.

No ano de 2020, a principal causa de morte foi a doença Covid-19, em todos os grupos. Neste ano, nos grupos de pretos e pardos destacaram-se ainda as “doenças cerebrovasculares”, “causas mal definidas” e “doenças isquêmicas do coração”. A quinta principal causa de óbito, entre pretos e pardos, no ano de 2020, foi diabetes mellitus e agressões. Com relação à violência, as agressões estão entre as cinco principais causas de morte em pessoas parda, nos três anos analisados, sendo a segunda causa de morte, no ano de 2010, a terceira, em 2015, e a quinta, em 2020.

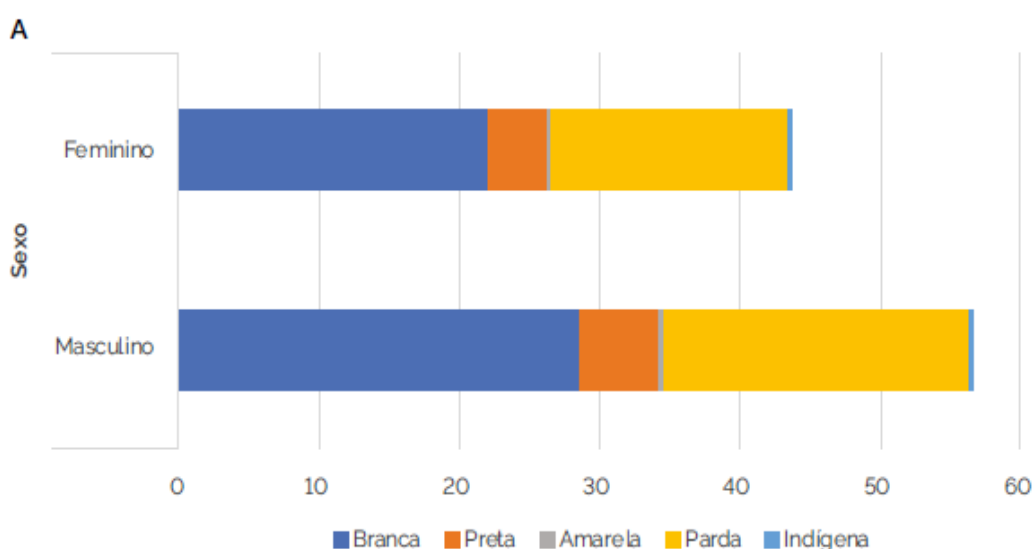
As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) constituem um problema de saúde pública no Brasil, com mais da metade dos óbitos, a saber: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer. A mudança no perfil da mortalidade brasileira está associada à transição epidemiológica que é marcada pelo aumento das doenças crônico-degenerativas, com crescimento das doenças cardiovasculares, neoplasias, aumento do fumo, baixos níveis de atividade física e alimentação rica em alimentos ultraprocessados (SERVO, 2014).

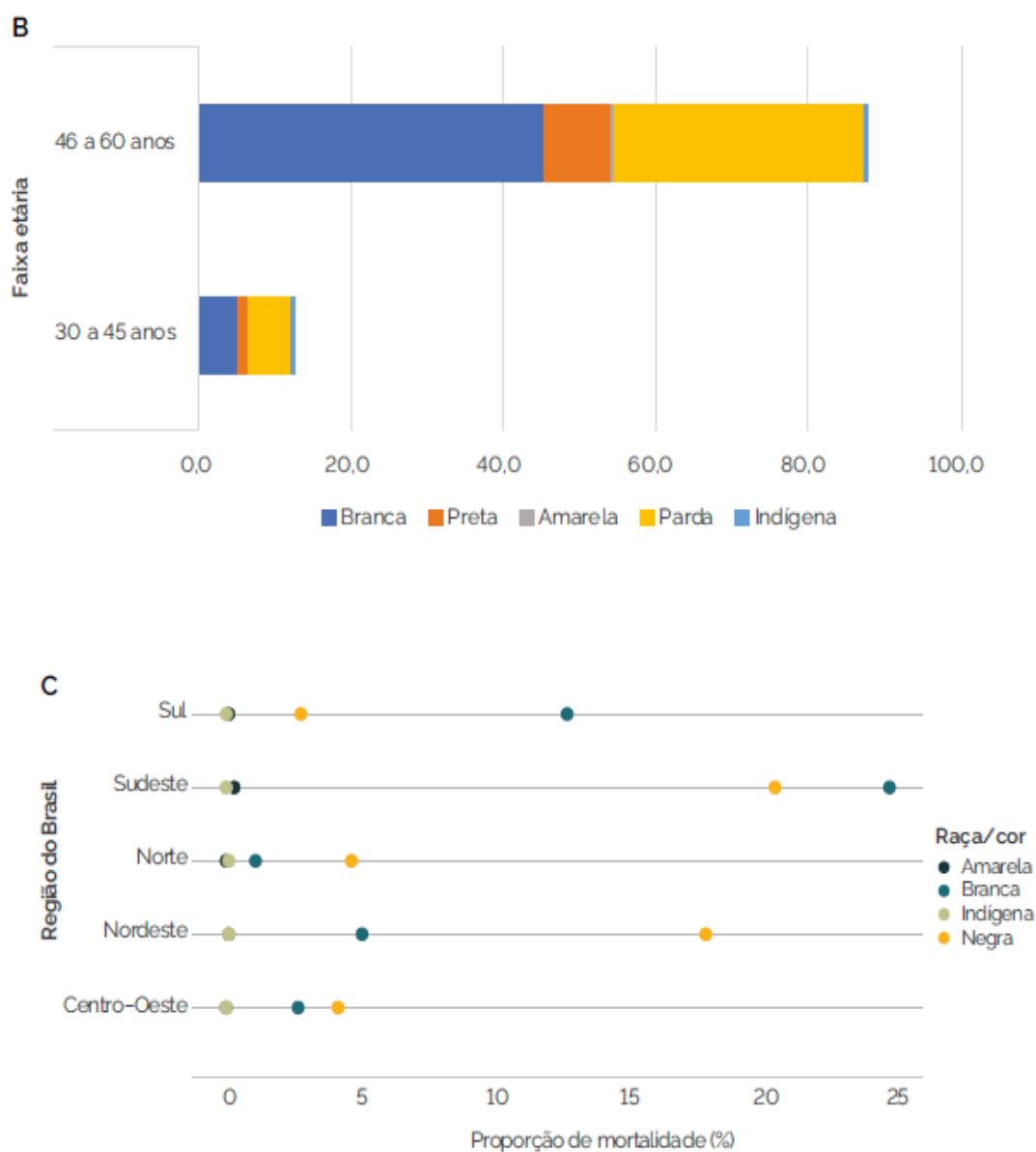
Com os dados de mortalidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), dos anos de 2010 a 2022, por sexo e região do país, a mortalidade é maior entre os homens, sem distinção significativa de raça/cor. Nas faixas etárias de 30 a 45 anos e 46 a 60 anos há maior proporção de óbitos por DCNT entre pardos e brancos. Entre as faixas de idade, a mortalidade de pardos é maior entre os adultos mais jovens (30 a 45 anos), enquanto é maior entre os brancos na faixa de idade de 46 a 69 anos. Entre as regiões, a mortalidade é mais prevalente entre brancos, nas Regiões Sul e Sudeste, e, nas demais regiões, entre os pardos. As Regiões Sul e

Nordeste apresentaram as maiores disparidades de raça/cor para mortalidade prematura por DCNT.

As disparidades socioeconômicas no país ficam evidentes com a maior magnitude das DCNTs nos indivíduos de raça/cor preta ou parda, com menor renda, baixa escolaridade (analfabetos ou com ensino fundamental incompleto) e sem plano de saúde privado. Além disso, o racismo impacta no acesso aos serviços, diagnóstico adequado e tratamento de DCNTs para a população mais vulnerável.

**Figura 7- Proporção de Mortalidade de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) por raça/cor estratificadas por sexo (A), faixa etária (B) e região do Brasil (C), de 2010 a 2020**





Fonte: BRASIL, 2023.

O segundo volume do Boletim Epidemiológico traz um panorama sobre as doenças infecciosas que afetam, em sua maior parte a população negra, por apresentar as piores condições de saúde, de renda, habitacionais e de acesso à saúde. A consequência desse quadro são os altos níveis de morbimortalidade. Para o estudo foram utilizadas as notificações compulsórias dos casos de aids e de HIV,

em gestantes, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), e óbitos por aids, no SIM, em todo o território nacional, nos anos de 2011 a 2021.

Observa-se um aumento nos casos de aids, nos últimos dez anos, segundo o quesito raça/cor, entre as pessoas pardas e queda na proporção entre as pretas. Contudo, a proporção conjunta dos casos em negros (pretos e pardos) teve um aumento de 12 pontos percentuais, entre os anos de 2011 (50,3%) e 2021 (62,3%). Entre as pessoas pretas, a proporção dos casos em homens é mais elevada que em mulheres, em todo o período. Para as pessoas pardas, a proporção de mulheres excede a de homens, apenas no ano de 2020.

No ano de 2021, entre os menores de 14 anos de idade notificados com aids, a proporção de negros é superior a 70% (6,3% de pretos e 64,9% de pardos). Entre os jovens de 15 a 29 anos, a proporção de negros é de 63,7% (13,2% de pretos e 50,5% de pardos). A menor proporção de pretos e pardos é na faixa etária de 50 anos e mais. Tivemos um aumento no número de óbitos notificados, em 2011, sendo 52,6% dos óbitos de pessoas negras (38,8% de pardos e 13,8% de pretos); já em 2021, a proporção de 60,5% dos óbitos se deu entre os negros (46,5% de pardos e 14,0% de pretos).

Na gestação, entre os casos detectados de HIV, em 2021, houve um predomínio de gestantes autodeclaradas negras, sendo 52,8% de mulheres pardas e 14,8% de mulheres pretas. Segundo o estudo (que estudo?), está crescendo o número de casos nas gestantes pardas, desde o início da série histórica, e a proporção de pretas aumentou, entre os anos de 2011 e 2021.

Para análise dos casos de sífilis, foram utilizadas as notificações compulsórias dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita no Sinan, entre anos de 2011 a 2021. A proporção de casos de sífilis adquirida em indivíduos pretos e pardos foi de 50,2%, em 2011, e 59,0%, em 2021, sendo a proporção em pessoas pardas superior a 40%, desde 2016. Além disso, a proporção é mais elevada em mulheres do que em homens, em todo o período. No entanto, dentre as pardas esse número eleva-se em homens, a partir de 2019. Os negros são a maioria dos casos em todas as faixas etárias.

Em gestantes diagnosticadas com sífilis, a proporção de gestantes pardas variou entre 51,6%, em 2011, e 56,9%, em 2021. Houve uma redução na proporção de mulheres pretas, que passou de 14,5%, em 2011, para 12,7%, em 2021. Em todo o período, mais de 60% das gestantes que receberam o diagnóstico de sífilis eram

negras. No ano de 2021, em todas as faixas etárias, a proporção de mulheres negras dentre as gestantes detectadas com sífilis foi de 73,6% em adolescentes menores de 14 anos e 71,7% entre as mulheres com 40 anos de idade ou mais. A proporção de mulheres pardas é superior a 50% em todas as faixas de idade.

Houve uma redução na proporção de mães pretas de crianças com sífilis congênita (13,3%, em 2011 e 9,5%, em 2021) e um aumento na proporção de pardas (de 61,0%, em 2011, para 65,2%, em 2021). No período em estudo, a proporção de mulheres negras foi superior a 70%.

Nos casos de hepatites virais, foram utilizadas as notificações compulsórias dos casos de hepatites B e C, do Sinan, entre os anos de 2011 e 2021. Entre os casos diagnosticados de hepatite B, no ano de 2011, 42,4% eram negros (34,6% pardos e 7,8% pretos). Em 2021, essa proporção foi de 62,8% (43,2% pardos e 19,6% pretos). A proporção de mulheres pretas é maior que a de homens, em todo o período, exceto no ano de 2016. Entre as pessoas pardas, a proporção de mulheres é mais elevada que a de homens, em todo o período. Entre os indivíduos até 39 anos, a proporção de negros é superior a 60%, chegando a 67,4% entre os jovens de 15 a 29 anos (53% pardos e 14,4% pretos). Essa proporção tem relativa queda nos indivíduos com 50 anos ou mais, sendo a proporção de 45,3% em negros.

Na distribuição dos casos de hepatite C, observa-se que houve um aumento na proporção de negros, passando de 33,3%, em 2011, para 46,1%, em 2021. O aumento foi de cerca de 2 pontos percentuais, na proporção de pessoas pretas, e 10,8 pontos, na proporção de pardos. Por sexo, a proporção em mulheres pretas é mais elevada que a de homens pretos. Por idade, a proporção de negros detectados com hepatite C, em 2021, foi de 54,4%, na faixa de 15 a 29 anos (11,6% pretos e 42,8% pardos), e 50,1%, em indivíduos menores de 14 anos.

A malária é uma doença infecciosa transmitida por mosquitos fêmeas do gênero *Anopheles*, quando infectada pelo parasita do gênero *Plasmodium*. Um dado importante é que cerca de 99% dos casos autóctones, ou seja, com transmissão local, estão na região amazônica, composta pelos estados da Região Norte (Acre, Amazonas, Amapá, Rondônia, Roraima, Pará e Tocantins), além do Maranhão e de Mato Grosso. Em 2022, foi lançado o Plano Nacional de Eliminação da Malária para atenuar os impactos da doença. Os dados apresentados no boletim foram coletados, no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica – Malária (Sivep-Malária), Sinan e, no SIM, entre os anos de 2012 e 2023.

Em 2022, foram diagnosticados 128.991 casos autóctones de malária, uma redução de 8,62%, quando comparado ao ano anterior. Destes casos, 78.628 (60,96%) ocorreram em pessoas pardas (57,33%) ou pretas (3,63%), sendo esse o ano com menor registro de casos, na série histórica. A maioria dos casos ocorreu em pessoas do sexo masculino (63,06% – média dos anos analisados). Considerando todos os anos de análise, os casos concentraram-se na população parda, especialmente em áreas rurais (63,92% dos casos), seguidas por áreas urbanas (15,99%). Em relação aos óbitos por malária, de 2012 a 2022, foram registrados 498. Destes, 57,03% ocorreram na população negra, sendo 50,40% (251) em pessoas pardas. As taxas de letalidade apresentadas variaram entre: 0,02% e 0,04% em negros; 0,01% e 0,09%, na população indígena; 0,05% e 0,13% em brancos e amarelos.

A leishmaniose tegumentar (LT) é considerada uma doença tropical negligenciada (DTN) que atinge a pele e a mucosa oronasofaríngea, causada por protozoários do gênero *Leishmania*. A doença pode gerar deficiência e carrega grande estigmatização social por acometer a população de baixa renda. Para as análises do boletim, foram considerados os casos notificados, no Sinan, do período de 2010 a 2021. No referido período, foram confirmados 218.429 novos casos, com média anual de 18.202 casos. O maior número de casos foi registrado entre os que se declararam pardos, seguido de brancos e pretos.

Nesse período, 160.040 casos (73,3%) ocorreram na população negra (9,1% pretos e 64,2% pardos). A proporção de novos casos de leishmaniose na população negra, ao longo do período analisado, passou de 71,0% (11,1% pretos e 60,0% pardos), em 2010, para 74,5% (7,8% pretos e 66,7% pardos), em 2021. Observa-se na maioria homens jovens, na faixa etária de 20 a 34 anos, com características que sugerem transmissão extradomiciliar, na população economicamente ativa, negros e com baixa escolaridade.

A tuberculose é uma doença curável que atinge principalmente populações em situação de vulnerabilidade social pelos fatores de suscetibilidade das condições habitacionais, de alimentação e transmissibilidade atreladas à pobreza. Segundo a pesquisa, 48% dos pacientes têm uma perda financeira de mais de 20% da renda familiar, o que leva também ao empobrecimento dessas famílias.

Os dados referentes à tuberculose ativa foram extraídos do SINAN, entre 2010 e 2022. Entre 2010 e 2022, foram notificados, em média, 73 mil novos casos ao ano,

dos quais, aproximadamente, 60% estavam concentrados na população negra. Dentre os 78.057 novos casos de TB, diagnosticados em 2022, 9.738 (12,5%) ocorreram em pessoas pretas e 39.643 (50,8%) em pessoas pardas. A proporção de novos casos na população negra passou de 53,9% (38.273, 12,8% em pretos e 29.176, 41,1% em pardos), em 2010, para 63,3% (43.381, 12,5% em pretos e 39.643, 50,8% em pardos), em 2022.

A ocorrência de casos novos de TB entre pretos e pardos concentrou-se majoritariamente em pessoas do sexo masculino com idade entre 20 e 49 anos, representando 44,8% do total de diagnósticos, enquanto cerca de 17,3% ocorreram na mesma faixa etária, no sexo feminino. No que se refere à escolaridade, em 2022, desconsiderando indígenas, a proporção de pessoas analfabetas foi maior entre aquelas de cor preta (3,5%,) e parda (3,3%). Entre os negros, 31% das pessoas tinham menos de oito anos de estudo, proporção maior do que a observada nas pessoas amarelas e brancas.

Entre os anos de 2010 e 2020, foram registrados, em média, 4.500 óbitos por tuberculose ao ano. Entretanto, em 2021, observou-se um aumento do número dessas mortes, quando foram notificados 5.072 óbitos. Entre as pessoas negras, constatou-se um aumento, entre os anos de 2010 e 2021, nos quais as pessoas pretas passaram de 14,5% para 15,0% e as pessoas pardas de 44,7% para 49,4%. Em pessoas brancas, a proporção de registros de tuberculose que evoluíram para óbito e a de óbitos sem a informação sobre raça/cor, entre os mesmos, anos reduziram-se em 3,6% e 142,3%, respectivamente.

Os óbitos de pessoas negras por tuberculose apresentaram maior concentração (46%) em indivíduos do sexo masculino com idade entre 35 e 64 anos, ao passo que as mortes de mulheres negras, na mesma faixa etária, corresponderam a 11%. Cabe ressaltar que a doença é predominante em homens adultos negros. Isso reproduz estigmas na população mais vulnerabilizada por sofrer os impactos financeiros na renda familiar e, muitas vezes, a perda do emprego informal pela necessidade de afastamento das atividades laborativas. Além disso, é mais presente entre familiares que apresentaram baixa escolaridade, com acesso incipiente aos meios de informação e pouca compreensão da doença.

Um grande desafio posto para a Vigilância em Saúde no Brasil é a qualidade das informações disponíveis nos sistemas, pois ainda se esbarra na dificuldade do correto preenchimento de campos, como o quesito raça-cor, que nos permite traçar

estratégias de gestão para solucionarmos problemas e monitorar os indicadores de saúde desta população. Com a implementação do Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS (CadSUS), enriquecido com as variáveis demográficas, a exemplo de raça/cor, necessitamos investir em programas de educação permanente para adequação do registro e a migração dos dados para os demais sistemas de informação.

No próximo capítulo, ousei trazer a minha trajetória pessoal entrelaçada à militância política do movimento negro. Quando iniciei a pesquisa desta tese, ainda não tinha dimensão da pequena revolução que os meus pais haviam contribuído, no final do período de Ditadura Militar no Brasil. Hoje, percebo que essa transformação aconteceu por meio da organização social e do viés da educação popular que rompe com a narrativa de apagamento da história do povo preto. Trazer essa discussão familiar e política para a academia apenas foi possível pelo percurso da escrevivência.

A escrita de nós não é fácil, pois reabre feridas que não cicatrizaram com o trauma racial. Rememorar esses fatos com o olhar atento aos impactos do racismo em nossa subjetividade é um processo terapêutico que cura. A escrevivência se aproxima da tradição de oralidade dos povos negros na construção de saberes. Deste modo, escrever sobre o meu ambiente familiar testemunhou as ferramentas críticas que tive sobre a discriminação racial na minha formação pessoal e profissional que são as bases deste trabalho.

### 3 DE DANDARA A LUANDA: ESCREVIVER A TESE DE TORNAR-SE NEGRA

Nasci no ventre da escuridão, a cor mais antiga do mundo, a mesma que o céu veste quando todas as luzes se apagam e a humanidade se esquece de si mesma. A cor da noite, da profundidade, daquilo que ninguém quer ver, mas que todos, inevitavelmente, carregam. Cresci sob o peso desse manto invisível, que me foi dado como uma cruz a carregar antes mesmo de aprender a andar. A cor da minha pele era uma sentença antes de eu poder escrever a minha própria história (SANTIAGO,2024)

A sentença que o cantor e ativista cabo-verdiano, Dino D'Santiago, refere-se no discurso, no Tribeca Festival, em outubro de 2024, ecoa sobre corpos e mentes de pessoas pretas, quando pensam na construção de sua própria subjetividade e no alcance de oportunidades diferentes das que a realidade social lhes impõe. Como me referi no início, a exposição sobre a historiografia de nossos ancestrais negros, sob a perspectiva do escravizado/oprimido/vulnerável e tantas outras nomenclaturas encontram pouco espaço no conservadorismo da academia ainda hoje.

A cultura hegemônica eurocêntrica, patriarcal e racista, imposta aos povos originários e diaspóricos, nega os saberes ancestrais e corrompe a visão de uma escrita de nós. Temos feito fissuras nessa rígida estrutura burocrática, com a resistência do movimento negro organizado, ao longo de séculos, para, assim, conseguir apresentar nossas perspectivas analíticas sobre os fenômenos históricos.

Não é tarefa fácil e corriqueira romper com a dureza da academia. Somos forçados a nos enquadrar em normas técnicas para o reconhecimento da pesquisa científica e comigo não foi diferente. Subverter essa lógica não tem a intenção de crucificar os instrumentos de pesquisa que balizam a produção teórica, já que compreendo a importância desses meios para a evolução científica. Mas, sim, refletir de forma crítica sobre o que é legitimado hoje, enquanto ciência e possibilitar a ampliação de novos instrumentos analíticos para a pesquisa.

A grande referência a esse ofício é a escritora, Conceição Evaristo, que cunhou o conceito de *escrevivência* como o ato da escrita de mulheres negras, na dimensão de um conceito universal e diaspórico. Segundo a escritora, a essência dessa ação não se limita a grafia ou som, mas tem a intenção de produzir uma cadeia de sentidos e significados, partindo a sua concepção original da figura da Mãe Preta – aquela que vivia na condição de escravizada, na casa-grande. “E se ontem nem a voz pertencia

às mulheres escravizadas, hoje a letra, a escrita nos pertencem também” (DUARTE; NUNES, 2020).

A função materna, enquanto “mãe preta”, já foi apresentada por Lélia González (2020) acerca das análises sobre a representação da escrava, mucama, doméstica e mulata que refletem os estereótipos da mulher negra em torno da limitação dos lugares que ocupa na sociedade. Sendo assim, destaca-se a necessidade de um viés interpretativo a partir do olhar sobre a experiência das mulheres negras, sem naturalizá-las, já que a mulher e negra é objeto de dois tipos de desigualdades que a relegam ao setor mais inferiorizado da sociedade brasileira.

Enquanto trabalhadora, continua a desempenhar as funções modernizadas da escrava de eito, da mesma mucama, da escrava de ganho. Enquanto mãe e companheira, continua aí sozinha, a batalhar pelo sustento dos filhos, enquanto o companheiro, objeto da violência policial, está morto ou na prisão, ou então desempregado e vítima do alcoolismo. Mas, seu espírito de quilombola não a deixa soçobrar (DUARTE; NUNES, 2020, p.199)

Assim, afirmo que, no transcorrer dessas páginas, farei um percurso autobiográfico desses 10 anos na Saúde Pública brasileira sob um olhar racializado de todas essas etapas formativas, de maneira a dar concretude as análises apresentadas nos capítulos anteriores que compõem uma estrutura social permeada pelos indicadores de classe, raça e gênero a partir de uma perspectiva de discurso particularizada.

Assim, recordo do livro de Baquaquá, pois segue sendo a única autobiografia escrita por um escravizado que viveu no Brasil e foi publicada. É triste pensar que a desumanização dos corpos e mentes até hoje não foi contada por aqueles que foram submetidos à processos de extrema violência. Fato que é repetido ainda hoje em diversas pesquisas acadêmicas que se utilizam dos seres humanos e não possibilitam que essas pessoas narrem suas próprias dores e sejam protagonistas nesse processo.

Quando tratamos de projetos profissionais, essa máxima não é distinta para essa população. Em pesquisa publicada no ano de 2023, o Grupo de Estudos Multidisciplinares da Ação Afirmativa (GEMAA -UERJ) evidenciou que a proporção de cientistas brancos vinculados à programas de pós-graduação em áreas como “Ciências Exatas e da Terra” e “Ciências Biológicas”, no Brasil, é 12 vezes maior do que a presença de pretos, pardos ou indígenas, ou seja, são 7,4% contra a maioria esmagadora de 90,1% de brancos e, desse percentual, 60,9% são homens.

Chegar ao doutorado é contrariar as estatísticas que reservam os lugares de subalternidade e estereótipos à população negra. Definitivamente, essa estrada não é percorrida sozinha, apesar dos muitos momentos de solidude que moldam o nosso caráter pessoal e ético-profissional. Essa estrada se faz em comunidade como diz o provérbio africano: "É preciso uma aldeia inteira para educar uma criança". Adentrar nos espaços de poder da intelectualidade exige a destreza do aquilombamento e, nesse sentido, o Coletivo Negro Makota Valdina foi peça-chave para o desenrolar dessa história.

Minha história com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro vem desde os tempos do ensino médio e pré-vestibular pelo desejo pessoal de ingressar no nível superior público e de qualidade. Nascida em Duque de Caxias, na Baixada Fluminense do Rio de Janeiro, cursei todo o ensino básico na rede privada de ensino do meu município. Meus pais sempre investiram nos meus estudos e da minha irmã por reconhecerem a importância do investimento na educação básica para o ingresso na universidade e formação profissional. Meus pais, ambos são oriundos de escola pública, ingressaram bem cedo no funcionalismo público, nas áreas de educação e administração pública. Eles também foram impregnados pela ideia do ensino técnico, na perspectiva de empregabilidade dessa formação. Então, fiz o curso técnico de informática, no entanto, nunca exerci essa atividade.

Grande parte da minha formação básica foi em escolas confessionais cristãs, a primeira evangélica e a segunda católica. Nesta segunda instituição, um colégio tradicional de orientação educacional franciscana, que antes fora destinado apenas a padres, alinhava-se a um regime pedagógico disciplinar rígido com relação a vestimenta, conduta em sala de aula, desempenho escolar, entre outras questões. Lembro-me da inflexibilidade com relação aos atrasos, em especial, aos alunos do período da manhã, que era o meu caso. Por alguns anos, me perseguiu o temor de perder a entrada do vestibular ou de qualquer outro concurso diante dos terrores da minha professora de matemática.

Rememorar o período escolar traz certas lembranças que, na vida adulta, suprimimos para sobreviver. Desde este período, já conseguia evidenciar a discrepância racial, no ambiente escolar. Uma das poucas alunas negras da turma, já que estávamos em uma instituição de classe média, não podia me furtar a ter um baixo desempenho, assim, sempre primando pelas melhores notas da turma o que me gerava destaque em relação aos demais colegas e aceitação entre eles. A

exigência por boas notas era uma tarefa do meu pai, Jorge Luís, talvez não só pelo alto investimento financeiro para a permanência na educação privada, mas também por compreender as pressões externas por alta performance a que os negros estão submetidos em diferentes espaços institucionais, apenas por serem negros.

Com relação ao corpo docente, tive apenas dois professores negros, no ensino fundamental, que foram extremamente importantes para a construção da minha subjetividade de forma inconsciente. Na quinta série, hoje sexto ano, tive o primeiro contato com o racismo travestido pelo que chamamos atualmente de bullying, em virtude do meu sobrenome “Café”. Alguns colegas, insistiam em se referir a mim com o nome das marcas do conhecido produto de preferência nacional. Acredito que, desde então, tenho aprendido a construir de forma resiliente a minha identidade racial.

Foi ao longo da quinta série que assumi para todos o meu sobrenome como minha marca registrada e nos trabalhos escolares tinha sempre destaque. Como era uma excelente aluna, logo todos já conheciam a fama das minhas boas notas, o que amenizou as correlações grosseiras. A escola pode ser um ambiente adoecedor, como já aponta a autora Sueli Carneiro, e por isso necessita do desenvolvimento de políticas étnico-raciais para a formação de novas formas de sociabilidade entre as crianças e adolescentes.

A adolescência também demarca outras formas de exclusão pela falta de representatividade de pessoas negras nos espaços de mídia. Sou da geração que tinha o sonho de conhecer a Xuxa e que não se via parecida com nenhuma das paquitas porque elas não tinham a minha imagem e de tantas outras meninas negras. Além disso, os meninos da escola me viam como amiga, fora do padrão estético de desejo sexual, nessa fase. Nessa época, minhas referências eram minhas primas, a quem eu tinha muita proximidade. Afinal, é na minha família que estão as minhas principais referências para construção da minha identidade racial e, neste aspecto, quero destacar a figura da minha mãe, Cleide Café, das minhas avós e tias.

Cresci em um ambiente familiar que as mulheres sempre tiveram muito protagonismo, mesmo não tendo, por vezes, a mesma liberdade masculina pelo discurso conservador das muitas famílias tradicionais. Sempre admirei a forma independente com que minha mãe se colocava para o mundo, desde sua maneira de expressar-se até o seu estilo pessoal que se assemelhava às rainhas africanas. É sobre esse ambiente sociofamiliar que discorrerei um pouco mais no próximo tópico.

### 3.1 Protagonismo negro: a história que não foi contada

Venho de uma família de matriarcas, tipicamente africana, em que meus avós morreram muito cedo por complicações na saúde – infarto e um carcinoma de estômago, fato que atribuo hoje a precária assistência à saúde da época, sem um sistema único de saúde. As minhas avós então assumiram a criação e educação de famílias numerosas. Oriundas das Minas Gerais e da Bahia, migraram para o Rio de Janeiro em busca de melhores condições de vida.

Na maioria das sociedades africanas, desde a antiguidade até a chegada dos islamitas e europeus judaico-cristãos, a mulher ocupava um lugar tão importante quanto dos homens. Do Egito antigo aos reinos dos axântis ou dos iorubás, as mulheres desempenhavam papéis de destaque, não ficando subordinadas aos homens, mas, em muitos casos, até compartilhavam o poder político com eles (GONZALEZ, 2020).

Essa memória ancestral fica muito latente na minha família, de forma que a presença dessas matriarcas assegurava a matriz sociofamiliar e a comunhão de seus membros. Segundo Lélia Gonzalez, nascemos fêmea, preta/mulata/parda/marrom/roxinha etc., mas tornar-se negra é uma conquista, de modo que refletir sobre a vida de mulheres pretas que se encontram no abismo de seu anonimato é dar prova de eloquente sabedoria.

A descoberta de ser negra é mais que a constatação do óbvio (Aliás, o óbvio é aquela categoria que só aparece enquanto tal depois do trabalho de se descortinar muitos véus). Saber-se negra é viver a experiência de ter sido massacrada em sua identidade, confundida em suas perspectivas, submetida a exigências, compelida a expectativas alienadas. Mas, é também, e sobretudo, a experiência de comprometer-se a resgatar a sua história e recriar-se em suas potencialidades. (SANTOS, 2021, p. 46)

Maria Natalícia, minha avó paterna, veio de Diamantina, trabalhou a vida toda como empregada doméstica e cuidou de seis filhos homens. Com a morte do meu avô, sofreu um dos dilemas de tantas famílias vulneráveis à época, em pensar em deixá-los em um orfanato, o que não o fez, pelo apoio de familiares e amigos, também oriundos do estado mineiro. Morreu muito cedo, aos 61 anos, por infarto. Tenho a impressão de que seu coração guardou duras passagens na vida e teve que seguir firme, pois seus filhos dependiam dela. Éramos muito parecidas fisicamente, tenho lembrança de passearmos juntas e acharem que era a sua filha.

Georgina, minha avó materna, veio de Salvador e teve nove filhos. Ficou viúva aos 48 anos, analfabeta, conseguia escrever apenas o próprio nome. Dona de uma destreza para os números geria a casa com sabedoria e toda dedicação aos filhos. Todos os seus filhos nasceram em casa com ajuda de parteiras, pois não gostava de hospitais, além disso, a assistência à saúde era limitada. Apesar de uma vida sofrida em Salvador, minha avó teve uma vida longa e faleceu com 90 anos de idade.

Tive a oportunidade de conviver bem perto com minha avó Georgina e seus ensinamentos. Sua figura transmitia autoridade à toda família e comunidade, chegou a receber o título da prefeitura de cidadã caxiense. Durante toda a sua vida, compartilhava um espírito de coletividade com todos que a cercavam, ajudando a comadres, amigos e vizinhos. Seu respeito e proximidade às religiões de matriz africana era notório como referência de cuidado à saúde. Lembro-me de seu vasto conhecimento sobre as ervas e das indicações para as casas de rezadeiras.

No entanto, seu olhar estava muito permeado pela negação de sua identidade racial. Não se sentia bem ao ser reconhecida como negra. Acredito que nem se enxergava assim. Não aceitava dizer que meu avô era negro, mesmo ele sendo preto retinto. Aqui, destaco a figura de meu avô, Cláudio, que diziam que sempre estava muito elegante, tinha porte de atleta e trabalhava no ofício de sapateiro. Ele chegou a se envolver com políticos do município, mas não permaneceu por muito tempo, por motivos que desconheço, mas é lembrado com muita admiração por todos.

Apesar da militância dos meus pais, alguns tios e primos reproduziam falas preconceituosas aos traços fenotípicos da nossa ancestralidade ao falar sobre cabelo, nariz, tamanho da testa, tonalidade da pele, entre outras características físicas que denotam a reprodução do racismo estrutural daqueles que não possuem qualquer letramento racial.

Entendo que a questão da identidade racial perpassa pela formação da nossa subjetividade. O autorreconhecimento como “negro” por muitas vezes é atribuído a algo negativo e ruim que deve ser rechaçado, de forma que, no abismo identitário em que se encontram muitas famílias afrodescendentes, o principal ideal é de embranquecimento como no quadro da “Redenção de Cam” criado por Modesto Brocos. Esse processo é muito dolorido e tem um passado escravocrata recente, já que a minha bisavó teve contato com as agruras da escravidão. Assim, toda essa vivência ancestral de dor, flagelo e morte da colonização era motivo pelo qual minha

avó, Georgina, não gostava de falar muito sobre sua história e, apenas hoje, consigo compreender o trauma racial.

É importante destacar que trauma é um:

conjunto reações do corpo, cérebro e da mente no momento em que estamos vivenciando uma situação desafiadora e traumatização é quando as marcas dessa experiência em nós perduram no tempo sem serem cicatrizadas (RIBEIRO,2024, p.41).

O racismo, a partir da perspectiva da abordagem informada sobre trauma, tem duas características importantes: estresse racial e hipervigilância. Desta forma, existe uma sobrecarga de estresse por vivências diretas de pessoas pretas ou pela experiência de outras pessoas, o que leva à introjeção do medo e, por conseguinte, um estado de hipervigilância. O sistema nervoso funciona todo tempo em alerta, com altas cargas de estresse por uma ameaça que pode vir a acontecer. Muitas vezes, essas altas taxas de estresse causam dissociação como caminho de sobrevivência (RIBEIRO,2024).

Segundo Ribeiro (2024), um trauma histórico que não está assimilado à consciência coletiva projeta novos traumas e extingue potencialidades com a desumanização de corpos negros. Além disso, muitas doenças prevalentes na população negra por questões genéticas são questionadas por estudos da medicina e do trauma racial, pois evidenciam indícios de processos inflamatórios decorrentes da sustentação crônica do estresse no organismo.

A escolha do curso de graduação traz um desejo em atuar no campo da justiça social. Hoje, indago se essa opção não estava motivada pelo contato, desde a mais tenra idade, com tantas situações de desigualdade social e racial. Primeiro, tentei ingressar no curso de Direito, mas não consegui a nota para ingresso. Procurei por áreas afins no campo das ciências sociais aplicadas e deparei-me como Serviço Social, até então, uma área desconhecida do meu universo, como venho de uma família de professores.

Em 2008, passei para Serviço Social na UERJ e chegar a esta instituição foi a concretização de um grande sonho. Encantava-me pela cor cinzenta das paredes de concreto como se ali fosse o mais belo palácio. Nos primeiros períodos de curso, já compreendi que havia feito a escolha certa. Direito não é justiça social e a legalidade da norma jurídica não assegura o cumprimento do dever legal. A exemplo disso, historicamente temos leis para combater a discriminação racial, mas essas normativas

estão submetidas à estruturas e à resistência política daqueles que detém o poder de julgamento e de execução.

No Brasil, a primeira lei contra o racismo foi em 3 de julho de 1951, a Lei nº 1.390, conhecida pelo nome de seu autor, o Deputado Federal Afonso Arinos de Melo Franco - “Lei Afonso Arinos”. A lei tornava contravenção penal a discriminação racial. No entanto, não houve nenhuma condenação e a lei não teve efeito. No ano do meu nascimento, em janeiro de 1989, foi promulgada a Lei nº 7.716, que ficou conhecida como Lei Caó, em homenagem ao autor Carlos Alberto de Oliveira. Essa lei pune qualquer tipo de discriminação e preconceito tornando-o inafiançável e imprescritível, conforme a Constituição Federal. A Lei nº 14.532/2023 equipara a injúria racial ao crime de racismo, aumentando a pena e tornando o crime imprescritível.

Ainda há muita resistência popular no combate ao racismo, à medida que isso mexe com lugares de privilégio em nossa sociedade. A ponto de, no ano de 2025, ainda ser necessário a reafirmação pelo Supremo Tribunal de Justiça (STJ) de que não existe racismo reverso, ou seja, não há como haver injúria racial à pessoas brancas, como causa exclusiva da cor da pele, pela alusão à Lei nº 7.716/1989 que define que os crimes de preconceito, de raça ou cor, visam proteger grupos minoritários, historicamente discriminados, não os ligados aos grupos opressores, majoritariamente, em posição de poder.

Já na graduação compreendi que “é necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade”, como afirmava Nise da Silveira. O encantamento com essa área transformou a minha visão sobre a realidade social. O Serviço Social da UERJ tem tradição na formação acadêmica pelo viés marxista, oportunizando o ingresso de alunos trabalhadores, já que mantém apenas o curso no período noturno. A maioria do corpo discente era do sexo feminino, negros e da classe trabalhadora. Muitos dos alunos foram os primeiros de suas famílias a ingressar no nível superior. Fato oposto ao do corpo docente, de classe média, com trajetória de militância, no movimento social, e de forte produção científica, mas distantes da realidade do trabalho profissional há anos, tornando a academia pouco acolhedora e sensível às questões sociais do coletivo de estudantes.

Sou testemunha da “cara nova” da UERJ com a implementação efetiva do sistema de cotas socioeconômicas e raciais, no ano de 2003, que reservou 20% das vagas para pessoas negras. Quando ingressei no curso de Serviço Social, ainda havia um grande preconceito sobre a forma de ingresso por esse sistema, que não foi o meu

caso por não atender aos critérios socioeconômicos da instituição. Essa resistência à implementação de políticas afirmativas na educação é uma faceta do racismo ao disseminar a falácia meritocrática de que cada um de nós tem acesso igual às oportunidades em nossa sociedade.

As cotas proporcionam a possibilidade de acesso à formação de nível superior. Atualmente, dentre os alunos matriculados na UERJ, 50%<sup>3</sup> se autodeclaram negros, o que excede a reserva de cotas. Contudo, ainda há limitações ao universo de trabalho, pois a barreira da cor da pele impossibilita o acesso à determinadas vagas, especialmente, aos cargos de gestão. Apesar do avanço da política de diversidade no mercado de trabalho, houve um retrocesso conservador para abolir ações afirmativas como aconteceu nos EUA, em 2023

Ao longo da graduação, tive uma única professora negra, que também coordenava uma linha de pesquisa sobre questões étnico-raciais. Penso sobre o “peso” do pioneirismo nas ações profissionais, sociais ou políticas, como já apontava a médica Fátima Oliveira. A grande responsabilidade de não cometer erros, por mais que isso seja inconcebível, para fornecer novos horizontes ao que seguem. Não tínhamos disciplina obrigatória sobre essa temática, o que já evidenciava a forma com que o tema era tratado, no curso. A dimensão de classe social se sobrepunha às demais categorias analíticas como única perspectiva teórico-metodológica possível. No entanto, classe e capitalismo são inerentemente interseccionais.

Ambas as explicações [economia neoclássica e marxismo] focadas somente na categoria de classe tratam raça, gênero, sexualidade, capacidade/deficiência e etnia como componentes secundários, isto é, como formas de descrever o sistema de classes com mais precisão. No entanto, ao sugerir que a desigualdade econômica não pode ser avaliada nem efetivamente resolvida apenas por meio da categoria classe, as análises interseccionais propõem um mapa mais sofisticado de desigualdade social que vai além apenas da classe (COLLINS; BILGE, 2021, p.34-35).

Segundo as autoras Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge, em uma análise interseccional do capitalismo sobre as relações de poder se evidencia o chamado “domínio interpessoal do poder”, exemplo do gênero, que tem dimensão social fundamental na vida cotidiana e na construção de identidades de masculinidade e feminilidade. Essa dimensão de poder:

Refere-se ao modo que os indivíduos vivenciam a convergência de poder estrutural, cultural e disciplinar. Esse poder molda identidades interseccionais de raça, classe, gênero, sexualidade, nação e idade que, por sua vez,

---

<sup>3</sup> Em 2023, segundo pesquisa do GEMAA, apresentada pelo Jornal Nexa, a inclusão racial, na UERJ, tem se dado para além das cotas, já que neste ano atingiu percentuais próximos a 50% de pretos e pardos matriculados.

organizam as interações sociais. A interseccionalidade reconhece que a percepção de pertencimento a um grupo pode tornar as pessoas vulneráveis a diversas formas de preconceito, mas como somos simultaneamente membros de muitos grupos, nossas identidades complexas podem moldar as maneiras específicas como vivenciamos esse preconceito (COLLINS; BILGE, 2021, p.29).

Na universidade, minha irmã, Jamila, viveu um universo extremamente oposto ao meu. Formou-se em Nutrição pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e Engenharia Elétrica pelo Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (CEFET/RJ). No curso de engenharia havia poucos negros e mulheres, tanto como alunos quanto professores. Foram várias situações de racismo e sexismo, durante todo o seu período de formação. Mas, assim como na educação básica, continuou obtendo as melhores notas da turma, a ponto de atingir os critérios para dupla titulação internacional, antes de concluir a graduação. Como engenheira e Mestre em Energias Renováveis e Eficiência Energética pelo Instituto Politécnico de Bragança/Portugal (IPB/PT), minha irmã é um grande exemplo de que a nossa consciência racial e esteio familiar nos manteve firmes em tantos lugares hostis.

No ambiente universitário, compreendi a importância do ativismo social dos meus pais, na construção do meu processo de letramento racial. Lembro-me da minha mãe ter em nossa casa livros de personagens negros. Mas, a história que mais me tocou e, ainda mexe comigo até hoje, é *Menina bonita do laço de fita*, da autora Ana Maria Machado. Esse livro infantil conta a história de um coelhinho que fica encantado pela beleza de uma menina negra e faz de tudo para descobrir seu segredo de ser tão pretinha.

Como já mencionei, o GRUCON foi peça fundamental para concepção da minha família. Afinal, foram entre atividades e reuniões do grupo que os meus pais se conheceram. Esse grupo foi criado em 1981, vinculado à Igreja Católica, com a qual rompeu ainda no início dos anos 1980 (PEREIRA, 2013). Primeiro, foi criado um núcleo em Petrópolis e, no ano de 1984, foi implementado um dos polos, no município de Duque de Caxias, o qual meus pais participavam. Ao todo eram 12 núcleos de base em todo o estado do Rio de Janeiro. Esses núcleos desenvolveram diversos trabalhos por meio das suas coordenações locais e existia também uma coordenação estadual eleita, em assembleia geral, que preservava a autonomia dos polos.

O grupo nasce como um dos resultados<sup>4</sup> da Conferência Nacional dos Bispos no Brasil, em setembro de 1978, com objetivo de criar subsídios a partir dos próprios negros aos bispos do Brasil que iriam participar da III Conferência-Geral do Episcopado Latino-Americano em Puebla de Los Angeles, México (1979). A intenção era compor um grupo de negros católicos que trabalhassem com qualidade a questão do negro no Brasil. No grupo, também havia pessoas não católicas militantes de esquerda, das religiões de matriz africana e metodistas com vasto domínio sobre o histórico da Igreja Católica, no Brasil e no mundo, críticos sobre a posição da Igreja no período da escravidão. As divergências políticas sobre a inserção da Igreja levaram a uma ruptura com a criação dos Agentes da Pastoral do Negro e, anos depois, houve outra divisão, que nasceu a Pastoral do Negro (PEREIRA, 2013).

**Figura 8- Na foto, Cleide Café, minha mãe, na recepção em evento do GRUCON, na Escola Municipal Dr. Álvaro Alberto, em Duque de Caxias/ RJ**



Fonte: Acervo pessoal

---

4 Dados históricos coletados no acervo pessoal sobre a história do GRUCON.

Meu pai conheceu o grupo por um anúncio na revista *Ébano*<sup>5</sup>. Decidiu, então, enviar uma carta ao núcleo de Petrópolis que foi respondida pelo Frei Davi<sup>6</sup>. Esse contato culminou em sua inserção no início da implantação do polo de Duque de Caxias. Em 1984, ele trabalhava em uma grande empreiteira, uma das empresas mais ricas do Brasil, primeiro, na função de entregador, depois, auxiliar de escritório, até concluir a faculdade de Contabilidade. Durante o período de faculdade, percebia a ausência de negros em sala de aula, bem como nos ambientes da empresa. Aprendeu que o racismo existia, mas de uma forma velada. O negro tinha que estar no lugar que se espera dele, de subordinação, pois desta forma ele não é “percebido” e os lugares de privilégio se mantêm. Segundo ele, o GRUCON levava uma nova postura de consciência racial, educação e cultura aos seus membros. Assim, também levou outros parentes às reuniões e seminários.

Antes tinha dificuldade de se expressar e falar em público. Era um jovem tímido e introvertido. Após o grupo, tornou-se mais autoconfiante, desinibido e combativo, chegando a tornar-se o orador da turma, na colação de grau. Tinha um estímulo coletivo para prosseguir em seus estudos. Recordo que no Dia da Consciência Negra, meu pai fez uma entrevista na minha escola para falar sobre essa temática, no sistema de rádio escolar. Sempre disse que o grupo motivava os integrantes a voltarem a estudar, de forma muito pedagógica. Os militantes passavam a ler mais e se interessar pela temática, assumiam uma postura crítica e de ascensão social. Comungo com a reflexão da doutora Nilma Lino:

As ações aqui destacadas são consideradas como constituintes da experiência social. Por isso, não são vistas como um rol de atividades, mas, sim, como conhecimentos e produtoras de conhecimentos. Parte-se da premissa de que o Movimento Negro, assim como outros movimentos sociais, ao agir social e politicamente, reconstrói identidades, traz indagações, ressignifica e politiza conceitos sobre si mesmo e sobre a realidade social (GOMES, 2017, p.28).

Meu pai foi eleito coordenador do núcleo, no município de Duque de Caxias, quando minha mãe passou a frequentar as reuniões. Ela sempre foi muito atuante na igreja e conheceu o grupo nesse ambiente religioso. Em 1986, minha mãe tornou-se

---

5 Segundo acervo da Fundação Biblioteca Nacional, a revista *Ébano* compõe uma seleção de periódicos da imprensa negra. A revista surgiu em São Paulo, no início da década de 1980, e buscava trazer assuntos diversos sobre o dia a dia da comunidade negra, cobrindo a lacuna dos veículos de comunicação da época. Era uma publicação de cunho jornalístico, informativo e de “punhos fortes”, conforme seu primeiro editorial, incentivando a comunidade negra a colaborar em cada exemplar.

6 Frei Davi é um importante ativista social brasileiro e frade de ordem franciscana. Fundou o EDUCAFRO, com objetivo de garantir o acesso à educação de jovens pretos e pardos em situação de vulnerabilidade social. É uma grande referência do movimento social negro e foi integrante do GRUCON nos anos 1980.

secretária do polo e eles se aproximaram mais. Primeiro, vieram as caronas até em casa, já que moravam em bairros bem próximos e, depois, o convite, do meu pai, para irem ao bar “Trem das 11h” perto da faculdade. Foram 3 horas de conversas a fio, nem sentiram o tempo passar. Lembram do receio no início do namoro pela diferença de altura e as consequências de uma relação amorosa no grupo. Que bom que deu tudo certo. Em 1988, casaram-se e estou aqui para contar parte dessa história.

Minha mãe era integrante da Juventude Franciscana (JUFRA) e membro da Igreja de Santo Antônio. Mas, com a chegada do primeiro bispo da então criada Diocese de Duque de Caxias, foram retirados os padres da ordem franciscana para ingresso da nova comitiva. Neste período, já tinha contato com o Frei Davi e conhecimento da sua articulação aos movimentos sociais e ao GRUCON.

Pedagoga, concursada pela Secretaria de Educação do Estado do Rio de Janeiro (SEEDUC), tinha consciência de sua visão pedagógica extravasando os muros da escola, envolvendo-se nas festas do município e nas atividades da diocese. Segundo ela, a Igreja Católica abriu espaço para uma relação direta entre o GRUCON e o poder público. O fato de ser professora facilitou o ingresso nas escolas estaduais e na produção de material educativo. Assim, começou a avaliar os materiais didáticos para verificar se condiziam com os achados históricos do grupo. Havia a necessidade de contar a história como ela é.

A Frente Nacional dos Trabalhadores e o GRUCON criaram uma série de cadernos de formação intitulada *Negros* com intuito de contribuir com a discussão e reflexão social sobre situação atual e história dos brasileiros negros. O primeiro caderno apresentado na imagem abaixo aborda a história do Negro no Brasil, desde a escravidão até 1800.

Figura 9- Foto da edição de novembro de 1982



Fonte: Acervo pessoal

Em uma das reuniões, minha mãe questionou uma charge do livro da Fundação Palmares com a expressão "Aí a coisa ficou preta!". Ela enfatiza que vai muito além de representatividade, pois, quando se ocupa os lugares de poder e decisão, há uma grande pressão de cooptação por um sistema machista e misógino. Afirma que a igreja é detentora de vasta documentação histórica sobre o período escravista. Em suas palavras, "Os bispos resolveram abrir os porões da história" para uma pesquisa séria sobre a história do negro.

Apesar das opressões que viveu como mulher e negra, sempre teve uma boa autoestima, pois entendia que pelo estudo poderia chegar a qualquer lugar. Por sua percepção apurada conseguia fazer uma leitura crítica da realidade e compreender as correlações de forças que geram empecilhos ao trabalho. Com opinião firme, expressava-se bem e tinha coragem de falar em diferentes espaços institucionais. Afirma que com o tempo foi deparando-se com as nuances do racismo. Por sua liberdade sofria muito preconceito em casa, já que sempre assumiu sua identidade

racial, tanto em sua estética, como cabelo black, roupas étnicas, até a militância em movimentos sociais na pauta racial.

Hoje, percebo que o grupo tinha uma forma orgânica de organização social em torno da pauta racial em diferentes aspectos. Foi e é um espaço de formação e disseminação de pesquisa sobre a história que não foi contada e que ainda lutamos para contá-la. O núcleo de Duque de Caxias não tinha uma sede física. Assim, funcionava de acordo com a coordenação local. Por alguns anos, tinha o endereço da nossa antiga casa. Alguns núcleos da Baixada Fluminense ainda persistem, apesar do enfraquecimento do coletivo. Acredito que meus pais tenham transmitido a mim esse espírito aguerrido e de luta para continuar esse legado, agora, na esfera da saúde pública.

### **3.2 Memorial sobre minhas raízes da luta antirracista na saúde**

Terminei a graduação em 2014, ainda na faculdade realizei o estágio curricular em um centro de referência em infectologia, vinculado à FIOCRUZ. Um espaço muito bem estruturado com assistência ambulatorial e internação aos pacientes do instituto. Ao final da graduação, trabalhei em um projeto de convivência para idosos que funcionava dentro de uma unidade básica, na Zona Norte do Rio de Janeiro, e me apaixonei por esse segmento populacional. Assim, decidi me preparar para o processo de residência em saúde do idoso pela UERJ.

Mas, meus caminhos eram outros e uma querida amiga me incentivou a participar do processo seletivo da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) para a Residência Multidisciplinar em Saúde da Família. Passei nas duas seleções, no entanto, minha família me incentivou a optar pela ENSP. Iniciei a residência em 2015 e, mais uma vez, houve um alinhamento quase que imediato das minhas expectativas.

Na residência, trabalhei em um dos territórios mais vulneráveis da cidade do Rio de Janeiro, bem próximo a ENSP. Ao final do período de pós-graduação, tínhamos incursões policiais quase semanais. Presenciei bem de perto às ameaças à integridade física e saúde mental dos moradores por tamanha violência diária. Mas, esse mesmo lugar devastado pela dor tinha/tem uma pulsão de vida e resiliência

incontestáveis. Participei de várias reuniões e assembleias do conselho gestor local, organizações sociais de mães, de direitos humanos e de diversos segmentos institucionais.

Nos períodos de aula, tinha um grande incômodo sobre a forma passiva em que a academia assistia quase plácida a cada novo ato violento. Apesar da criticidade dos docentes, não indagavam sobre a cor daquela população e que tipo de assistência à saúde estava sendo ofertada nesses espaços. Como quando questionei uma pesquisa sobre história oral na região que não considerava a possibilidade daquele lugar ter sido uma possível região quilombola, apesar das pesquisas apresentarem fortes indícios.

No curso, éramos três alunas negras em uma turma de maioria branca. Apesar da discrepância racial, tínhamos um corpo discente bem crítico sobre a pauta racial e as inúmeras violências a que a população estava submetida. Assim, conseguimos fazer alguns tensionamentos teóricos para a inserção das pautas étnico-raciais em nossa formação. Isso gerou sérios desconfortos à coordenação, pois poucos professores estavam preparados para esses embates. Assim, tenho a impressão de que este cenário ainda não mudou de forma significativa.

Como sanitarista e profissional na atenção básica, ressalto o papel do agente de saúde como ator estratégico na interface entre os usuários do território de abrangência e destes com a equipe de saúde, responsável pela microárea e, por conseguinte, a equipe multidisciplinar, na perspectiva de realização da ação de acompanhamento dos diversos atores envolvidos neste processo. Essa categoria é majoritariamente negra e ainda não tem o devido reconhecimento na saúde da família.

A inserção do residente multiprofissional na equipe de saúde possibilita a educação permanente dos profissionais na identificação das situações de intervenção na área social, além disso, a dimensão da articulação intersetorial com os equipamentos da rede de serviços socioassistenciais. Entende-se que a:

Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas. Ainda nesta perspectiva a Educação Permanente é considerada como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população (MASSAROLI; SUAPE, 2016, p.3)

Lembro-me de quando realizamos uma oficina para a construção de instrumentos recicláveis com um musicista clássico que atuava no território com projetos sociais para a socialização de diferentes faixas etárias pela música e a arte.

A oficina foi uma das parcerias construídas para a estruturação de ações do grupo “Brincando e Aprendendo com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)”. Esta iniciativa tinha como diretriz a integralidade do cuidado em saúde, considerando aspectos importantes da organização do processo de trabalho, na construção de novos saberes e práticas em saúde.

Nesse aspecto, evidenciamos que as necessidades em saúde são captadas e trabalhadas em sua dimensão individual e, por vezes, se apresentam em demandas coletivas. A demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem (CECÍLIO, 2009).

No grupo, esta demanda se apresentava como um imperativo de diagnóstico e patologização de comportamentos de crianças e adolescentes que não correspondiam à expectativa da dinâmica de ensino regular. Na grande maioria dos casos acompanhados, as questões que se expressavam no comportamento desses indivíduos estavam associadas à queixas distintas de um comprometimento cognitivo e/ou mental.

Por meio da metodologia adotada pelo músico, na oficina de construção de instrumentos, buscou-se a integração entre equipe de saúde, pais e responsáveis a partir de diferentes temas, dentre eles: o resgate da história do negro, a discussão sobre ancestralidade, o sentimento de pertencimento ao território e conhecimento dele. Além disso, o fortalecimento da construção de autonomia e estímulo à afetividade. Fomentávamos a discussão e o resgate a história do negro por meio da música e a confecção de tambores artesanais feitos com galões de água e canos recicláveis.

Ligados à tradição, os tambores constituem um dos grandes livros vivos da África. Alguns são oráculos; outros, estações de transmissão; outros, gritos de guerra que fazem brotar o heroísmo; outros, ainda, cronistas que registram as etapas da vida coletiva. Sua linguagem é, fundamentalmente, uma mensagem repleta de história. A esse respeito, estabeleceu-se uma distinção entre a etnomusicologia interna ou técnica e a etnomusicologia externa, ou seja, ligada à trama social e cultural (KI-ZERBO, 2010, p. 392)

Além de trabalhar com o conhecimento do território, já que estes materiais são encontrados no caminho, um olhar mais apurado e criativo consegue vislumbrar as inúmeras possibilidades de se reutilizar materiais outrora descartados pelas obras em curso, no local. No momento da construção dos tambores e chocalhos, vemos a

interação entre crianças e seus responsáveis, além de explorar a criatividade, o trabalho compartilhado e a concentração.

O processo de construção do instrumento também proporciona a vinculação da criança com a música e o estímulo a outros sentidos, o fortalecimento da autonomia como criança-sujeito protagonista e responsável pelo produto final da obra. Os participantes da oficina têm a possibilidade de atribuir um nome ao tambor de acordo com a maneira que o enxerga ou se identifica, aproximando-se de uma cultura ancestral.

A residência foi um percurso de muitos desafios pela convivência tão próxima com profissionais de outras categorias (odontologia, enfermagem, psicologia e nutrição). Nossas atividades em cada módulo de aprendizagem eram escritas em grupo de cinco pessoas, com realidades de vida, nascimento e formação completamente diferentes. Mas, isso era uma pequena amostra dos anos que segui na saúde da família. Ao final do curso, como meu pai, fui oradora da turma e posso afirmar que esse espaço formativo foi um divisor de águas na minha vida profissional e pessoal.

Após a residência, ingressei no mestrado em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Uma universidade tradicionalmente conhecida pelo acesso da elite carioca. Recordo-me de ficar impressionada pela belíssima infraestrutura do lugar. Amava fazer minhas leituras em meio ao paisagismo de acolhedoras pracinhas no campus e a vista para o Cristo Redentor. O emblemático Pilotis da PUC-Rio, pátio do prédio central da instituição, é definido por muitos como o coração e o centro nervoso do campus. Não posso deixar de citar a magnífica biblioteca do prédio. Desde 2017, ano em que fui aprovada, já havia muitas denúncias sobre ofensas racistas sofridas pelos estudantes. A instituição tem uma grande política de cotas e amparo estudantil. No entanto, o mestrado tinha outra realidade.

O período de estudo na PUC-Rio foi de grande autoconhecimento e aprendizagem. Tínhamos uma turma majoritariamente feminina e negra. Em sua maioria, egressa da rede pública de ensino superior e de classe trabalhadora. Essas características geraram um sentimento de pertencimento e cooperação entres nós. Compreendíamos a importância de estar nesta instituição e de nossa representatividade.

Quando passei pelo estágio docência, isso ficou ainda mais latente. Tínhamos apenas uma professora negra na faculdade. Então, percebia os olhares de admiração da turma. Eram alunos do primeiro período de serviço social, em sua grande maioria, cotistas, negros e periféricos, fato que consolidou a importância de ocupar esse espaço, não apenas por mim, mas também por muitos que ainda seguiram na mesma militância. Na época, meu objeto de pesquisa era sobre o trabalho do serviço social na atenção básica.

Hoje, compreendo que dificilmente meu tema encontraria ressonância no Serviço Social, por mais que esse cenário tenha se alterado um pouco. Além disso, necessitava de um amadurecimento pessoal para lidar com questões tão dolorosas de serem tratadas. Compreendo que vestir a cor da pele da discriminação e do preconceito traz grandes reatamentos em nossa saúde física e mental, de modo que lidamos de formas distintas com esses ataques diários.

Em 2018, retomei o trabalho na saúde da família carioca em uma unidade básica na região portuária do Rio de Janeiro e me sinto realizada pelo trabalho que podemos desenvolver, na saúde pública municipal. Apesar de atuar em um território conflagrado, com grande taxa de analfabetismo entre adultos, áreas de extrema vulnerabilidade social e forte migração nordestina. Nesta região, percebi o espanto de muitos pacientes ao verem uma profissional negra. Era recorrente falas como: “Você que é a assistente social?”, “Aquela ali, moreninha?”. Digo isso porque o corpo técnico era formado em sua maioria por pessoas brancas, diferente do recorte racial dos agentes de saúde e técnicos de enfermagem.

Lembro de um atendimento bem difícil, no final de um longo dia. A paciente apresentava um quadro de depressão e síndrome do pânico, sem acompanhamento terapêutico há anos. Havia sido medicada após uma crise nervosa e, desde então, seguia com a renovação do receituário controlado. Tinha uma postura bem embotada e com olhar triste. Ao indagar sobre as possíveis causas do seu sofrimento, ela me disse, aos prantos, que o marido a questionava o motivo do filho deles ser preto, como uma suposta traição “Ele nem é negro. É bem clarinho!”, afirmando que tinha a cor da pele mais clara como a dela.

Esse estranhamento da população está diretamente relacionado à expectativa do lugar de subalternidade atribuída à pessoa negra e à falta de representatividade nos lugares de gestão. Além disso, a população ainda tem dificuldades em

autodeclarar-se negra. Outro aspecto, ainda mais grave, está na falta de letramento racial dos profissionais e o desconhecimento da PNSIPN.

Em relação à questão racial, a ABS pode ter o potencial de agente transformador do racismo institucional, na saúde. O atributo essencial de primeiro contato pode contribuir diretamente na garantia do acesso da população negra aos serviços, bem como a integralidade que assegura o atendimento de cada usuário em sua complexidade na compreensão dos processos de socialização de pessoas negras em um país que mantém valores racistas.

É preciso internalizar o debate sobre a importância do preenchimento da autodeclaração racial das pessoas, garantindo um olhar interseccional para as populações vulnerabilizadas. Portanto, para garantia do cuidado e atenção em toda rede do SUS é necessário o compromisso com a redução das iniquidades sociais, em especial, os profissionais da ABS que podem promover a atenção integral à saúde da população negra em seu território de moradia e trabalho, por meio da boa prática clínica e em oposição à qualquer discriminação e o preconceito institucional.

Nesse tempo de trabalho na ABS, testemunhei o ingresso de médicos e enfermeiros negros na Clínica da Família. Alguns destes, militantes de movimentos profissionais sobre a questão racial na saúde. Mas, todos esses profissionais compartilhavam da ausência de discussão dessa temática na graduação. Mesmo em cursos com presença majoritária de negros, como na Enfermagem, ou o Serviço social que, como já mencionamos, ainda tem forte vertente analítica na perspectiva de classe social.

Em muitos dos eventos acadêmicos e institucionais, eu era uma das poucas pessoas negras nos espaços. Inúmeras vezes, inclusive o mestrado, fui instigada a falar sobre a situação do negro em diferentes aspectos e recortes de pesquisa. Acredito que todo esse acúmulo de vida e experiência profissional me levou a ousar a escrita de um projeto decolonial e interseccional.

Retornar à UERJ, era como voltar para casa, um ambiente que já conhecia e foi muito importante para minha carreira. Mas, adentrar o universo da saúde coletiva era alçar novos voos, que não tinha condições de fazê-los sem o apoio do coletivo negro Makota Valdina. Particpei do I Curso Preparatório para Negros e Negras para o Processo Seletivo da Pós-graduação em Saúde Coletiva do IMS/UERJ. Foi um grande número de inscritos com tutoria aos candidatos, no ano de 2020. Tínhamos orientações sobre a produção do projeto e a carta de intenção, além do calendário de

aulas de preparação para a prova. Recordo como a banca formada pelos discentes foi mais criteriosa que o próprio corpo docente do instituto.

Foi por meio desse coletivo que tive a oportunidade de conhecer o Professor André Mendonça, que compartilha uma perspectiva tão democrática de ensino na universidade. Ele forneceu minha primeira carta de aceite ao programa, uma exigência descrita no edital de seleção. Fui aprovada na prova escrita e de línguas, mas na entrevista meu projeto não foi bem recepcionado. Talvez a dureza imposta pelos meus companheiros de coletivo, já fosse um prenúncio. Consegui a segunda carta de aceite com a saudosa professora Tânia França, através do ingresso pelas vagas remanescentes. Assim, André seguiu como meu coorientador.

Neste caminho, não esperávamos a declaração de uma pandemia do coronavírus. Na pandemia de Covid-19, de acordo com os dados do Boletim de Políticas Sociais, no ano de 2020, a incidência de óbitos em cada grupo racial, em relação à presença desses grupos em diferentes faixas etárias da população, indica que há uma sobrerrepresentação de negros em todas as faixas etárias. Segundo esses dados, na população adulta entre 30 e 44 anos, enquanto os negros respondiam por 64% dos óbitos por Covid-19, apesar da população negra representar reduzidos 51% desta população (IPEA,2021).

Em março de 2020, as hospitalizações por Covid-19 eram proporcionalmente maiores para brancos e populações de renda mais elevada. A partir de abril de 2020, contudo, este perfil vai se alterando e populações de baixa renda, pretos e pardos começam a se tornar predominantes. O estudo afirma que a transmissibilidade da doença tem relação com o tipo de trabalho, evidenciando como a divisão laboral (racial e sexual) influência de forma decisiva no processo de espriamento da pandemia, no Brasil (IPEA,2021).

Em pesquisa de Li et al. (2020 apud IPEA, 2021 p.374), as desigualdades raciais, no estado de São Paulo, são evidenciadas entre os pacientes que residiam nas áreas 40% mais pobres, que tiveram 60% mais chances de morrer de Covid-19 do que os residentes nas áreas 5% mais ricas. Entre as hospitalizações, as pessoas pretas e pardas tiveram mais chances de internação, quando comparadas com pessoas brancas (37% a mais para pretos e 21% para pardos) e ainda mais chances de óbito (14% e 21%, respectivamente).

Os pacientes pretos e pardos, internados em hospitais públicos, tinham 40% a mais de chance de morrer do que aqueles hospitalizados em instituições privadas,

mas a população negra apresentava maiores riscos de morte mesmo em hospitais particulares (IPEA,2021). Diante desses dados, evidencia-se a dificuldade do acesso aos serviços de saúde entre a população negra, bem como a precariedade dos meios diagnósticos e terapêuticos que produzem uma evolução e pior prognóstico neste grupo.

Segundo estudo do IPEA (2021), o risco de hospitalização foi parcialmente justificado pela possibilidade de pessoas que residem em áreas mais ricas, com número maior de indivíduos brancos, conseguirem manter as orientações de isolamento e distanciamento social por períodos maiores. Em oposição a isso, a população negra e mais pobre, submetida à precariedade de vínculos de trabalho e acesso à seguridade social, tornou-se mais vulnerável à infecção pelo coronavírus. Destaca-se, neste grupo, a prevalência de habitações inadequadas e sem saneamento básico, o que compromete as recomendações de higiene, no ambiente doméstico, bem como a necessidade de uso de transporte público, no qual evidenciou-se a permanência das aglomerações.

No processo pandêmico, houve muita desinformação e um intenso discurso negacionista. Continuei trabalhando na saúde da família e, no ano de 2021, ingressei em um hospital geral da Zona Norte do Rio de Janeiro. Foi um período de muitas mortes de pacientes e profissionais até a disseminação da vacina. Com relação à pós-graduação, tivemos apenas uma aula inaugural e, depois do encerramento das atividades presenciais, as aulas retornaram apenas de forma online. Tivemos que nos adaptar ao novo “normal”, com distanciamento social, uso de máscaras e álcool em gel. Nesse novo cenário, também desenvolvemos uma nova sociabilidade:

A melhor defesa dos humanos contra os patógenos não é o isolamento, mas a informação. A humanidade tem vencido a guerra das epidemias porque, na corrida armamentista entre patógenos e médicos, os patógenos dependem de mutações cegas, ao passo que os médicos se apoiam na análise científica da informação (HARARI,2020, p.15).

Não consegui vivenciar presencialmente o doutorado, já que até a minha qualificação as atividades permaneceram online. Enquanto aluna e trabalhadora, tive inúmeros obstáculos para cumprir as exigências do curso. Não conseguiria concluir mais essa etapa sem o apoio dos amigos do Quilombo Amefricano Lélia Gonzalez e do meu orientador, André. Após a aprovação da defesa do projeto de tese, tivemos o precoce falecimento da Professora Tânia. Tenho uma imensa gratidão pela forma com que ela acolheu a nossa pesquisa, preservando a maneira expositiva da tese.

Nesse percurso de quatro anos de pesquisa, encontrei o meu amor na militância e no ambiente de fé. Compartilhar a vida e o ativismo social com meu esposo, Kássio Vinícius, trouxe um novo significado à pesquisa. Historiador, cientista político e pesquisador sobre as questões étnico-raciais, na Educação, contribuiu partilhando livros, reflexões críticas e muitas revisões da tese.

Quando pensamos a questão racial e a espiritualidade, o Censo de 2010 já indicava que a religião mais negra do Brasil é a cristã evangélica neopentecostal (Somatório de Igrejas Pentecostais Clássicas e Neopentecostais)<sup>7</sup>. Segundo Azevedo (2019), que analisa essa temática no ambiente escolar, o crescimento dos evangélicos, na primeira década do século XXI, tem gerado mudanças nas práticas culturais escolares, considerando o conservadorismo político religioso e o fundamentalismo cristão.

No ambiente acadêmico, as convicções protestantes são rechaçadas, com uma maior tolerância aos adeptos das religiões de matrizes africanas. No entanto, concordo com Azevedo (2019) que “cada grupo discente procura defender sua cosmovisão perante conhecimentos que ameaçam as estruturas de suas ações e convicções religiosas ou políticas. Generalizações nos conduzem a erros quando tratamos de ciências humanas”. É importante considerar a diversidade ético-religiosa no país e quais são as estratégias possíveis de disseminação dos valores religiosos em consonância com os compromissos democráticos.

No final de 2024, tivemos o primeiro seminário de (Re)existência étnico racial, do município do Rio de Janeiro, coordenado por uma das áreas de planejamento em saúde. Para esse seminário, as unidades básicas foram orientadas a desenvolver atividades de promoção à saúde para enfrentamento do racismo, no ambiente de trabalho. Algumas clínicas conseguiram pautar este tema nas reuniões de equipe, salas de espera, rodas de conversa e instalações artísticas. Na minha unidade, conseguimos inserir essas ações no Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>8</sup> por meio do projeto “Identidades”, com objetivo de apresentar a história de personalidades negras, no país. Esse projeto tem o planejamento de outras ações para o próximo ano.

---

7 Segundo Azevedo, “no final dos anos 1950 e fundamentalmente nas décadas de 1960 e 1970 emergem as Igrejas Neopentecostais. O movimento também conhecido como Novo Pentecostalismo. A saber: primeiro, “Deus é Amor” fundado por David Miranda; a posteriori, Edir Macedo fundou a Universal do Reino de Deus e seu cunhado R.R. Soares abriu a Internacional da Graça de Deus. Elas surgem da ruptura com o Pentecostalismo clássico – Assembleia de Deus, Evangelho Quadrangular e Nova Vida – pois enfatizavam curas para sofrimento físico e da alma, além de defender a prosperidade financeira em um contexto social de pobreza” (AZEVEDO, 2019, p.5).

8 O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto<sup>o</sup> 6.286 de 2007 como uma política intersetorial da Saúde e da Educação com ações voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira para a promoção da saúde nas escolas.

Nesse movimento que culminou com as atividades do novembro negro, muitos profissionais de saúde surpreenderam-se ao constatar que, em anos, nunca haviam presenciado ações sobre essa temática, no serviço de saúde. Ratifico que este movimento coletivo foi possível pela organização política, com o Comitê Técnico de Saúde da População Negra<sup>9</sup>, com profissionais, com lideranças negras na coordenação de saúde municipal e técnicos com engajamento político e intelectual para pautar essa discussão, nas unidades de saúde.

Hoje, percebo que minha história se entrelaça de forma bem orgânica com todo esse trabalho. A identidade racial de qualquer pessoa negra é construída ao longo de muitos anos e da forma com que assimila toda expropriação em que foi submetida a população afrodescendente. Não nascemos em um mundo que nos aceita de braços abertos, então, temos que aprender a criar mecanismos de defesa para nossa própria sobrevivência, no entanto, essa defesa não nasce conosco. Ela é nutrida a cada novo aprendizado sobre a consciência de raça, classe e gênero em nós, como seres coletivos.

É no coletivo que fortalecemos essa consciência. Nas escolas, empresas, santuários, famílias são os locais onde precisamos construir novas narrativas em que pessoas pretas sejam protagonistas de suas histórias. O mundo do trabalho é um dos ambientes que precisa ser alcançado por essa diversidade de seres humanos, que são tão diversos, mas com uma essência singular: a vida.

Na saúde, trabalhamos com vidas, na perspectiva de humanizar corpos e mentes de que o racismo faz mal à saúde tanto em seus atos, olhares ou palavras. O presidente Nelson Mandela já afirmava que: “ninguém nasce odiando o outro pela cor de sua pele, ou por sua origem, ou sua religião. Para odiar as pessoas precisam aprender e, se elas aprendem a odiar, podem ser ensinadas a amar”. Ninguém nasce racista, então, precisamos ensinar essa consciência racial afirmativa e lutar contra o racismo e pela democracia em nossas ações diárias e de trabalho.

---

9 A PNSIPN prevê a implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares, nos Estados e Municípios. No município do Rio de Janeiro, em 26 de dezembro de 2022, foi aprovada e sancionada a Lei 7.749/22, Lei Lenora Mendes Louro, que institui o Programa Municipal de Saúde Integral da População Negra Carioca, tendo como um dos objetivos a construção de indicadores para a melhoria dos resultados em saúde da população negra, com acompanhamento do Comitê Técnico Municipal de Saúde da População Negra

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao fim da travessia deste imenso oceano, que é alimentado por muitos afluentes. Depois da experiência de banhar-se nesse mar, nenhuma pessoa pode encarar a vida da mesma forma porque ela transformou-se e o mar também. Como fechamento, apresentamos as reflexões críticas nos quais poderemos desbravar novos rios de saberes. Parafraseando Ailton Krenak, queremos recriar novos mundos possíveis dentro do campo da saúde integral da população negra a fim de reordenarmos as relações, os afetos e os espaços gerando novas epistemologias para a equidade social.

No Brasil, ainda persiste um cenário de ausência de ações efetivas para alcance da equidade racial na assistência à saúde, apesar do reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde. A aprovação da Portaria nº 992/2009 por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde, que institui a PNSIPN, é fruto das reivindicações e do protagonismo dos movimentos sociais, especialmente o Movimento de Mulheres Negras e o Movimento Negro. Nos anos 1990, esses movimentos já informam os pressupostos teóricos da saúde coletiva, os indicadores de saúde e a relação existente entre racismo e saúde (BATISTA; BARROS, 2017). Chamamos a atenção pelo número expressivo de profissionais negras que trabalham em diferentes áreas da saúde. Além disso, a presença majoritária dessa população entre os usuários do SUS.

A PNSIPN tem o objetivo de promover a saúde integral da população negra, priorizando os impactos do racismo na vida das pessoas e o enfrentamento a discriminação racial nas instituições e serviços do SUS, considerando todos os níveis de atenção à saúde na rede hierarquizada do referido sistema. Esse estudo reforça a importância da produção de indicadores étnico-raciais para análise da situação de saúde da população negra que contribuam para o desenvolvimento de políticas públicas na garantia ao direito à vida. Endossamos as palavras de Jurema Werneck (2018), que no caso da saúde, cada silêncio é uma morte e quem não morre está sofrendo muito.

Em um país que 57% da população é composta de pretos e pardos, ainda hoje, identificamos os piores indicadores sociais para essa parcela da população, uma vez

que os dados epidemiológicos desagregados por raça/cor indicam o impacto do racismo e das iniquidades raciais na condição de saúde, no adoecimento, na mortalidade, na renda e na moradia dessa população.

Esse estudo a partir da análise interseccional demonstra a dimensão racial das desigualdades em saúde como um reflexo histórico do racismo estrutural e institucional nas políticas públicas. Neste percurso, destacamos os desafios enfrentados pela população negra ao longo do Brasil Republicano (1889 – hoje), as lutas do movimento negro na implementação da PNSIPN. Além disso, destacamos as doenças, os agravos e as condições mais frequentes nesta população.

Uma das questões cruciais ao debate sobre a invisibilidade da população negra, está na negação da humanidade do outro e que legitima um modelo de opressão e exploração. A redução do sujeito ao lugar de coisa, suscetíveis a “ataques” subjetivos e concretos nas relações interpessoais, estruturam e perpetuam as desigualdades econômicas, sociais e culturais no Brasil. O autor Achille Mbembe (2018) fez uma reflexão teórico-crítica em torno do conceito de raça e da construção social do conceito de negro. Esta análise problematiza o processo de coisificação do outro, que se expressa na redução do ser humano a aparência da pele ou cor, que transforma o sujeito em coisa, objeto e mercadoria. Assim, o racismo representa uma invisibilidade discriminada pela raça, que segundo o autor se revela no contexto do exercício do biopoder. Nesta dinâmica é perceptível a seleção de quem deve ser eliminado fisicamente, até a morte política e cultural.

Reforçamos a teoria do contrato racial de Mills (2023) que nos permite situar o debate sobre raça em um “sistema político, uma estrutura particular de poder e privilégio socioeconômico na distribuição diferenciada das riquezas materiais e oportunidades” (Mills, 2023, p.35). É preciso refletir sobre as ideologias que perpetuam o racismo, mantendo a preservação de lugares de privilégio, de forma que certos grupos detêm bens materiais e poder, além de fortalecer um imaginário simbólico preconcebido. A ruptura com esses privilégios cria entraves ao fim das prerrogativas da iniquidade racial e na repactuação de uma nova ética.

O racismo é um dos elementos centrais na produção das iniquidades em saúde. Isso é um traço marcante da estratificação social da população, bem como do tratamento desigual oferecido aos grupos excluídos, no país. A política brasileira de saúde é um grande marco social na compreensão sobre o Direito. Mesmo sem as reformas estruturais necessárias para assimilação dessa concepção em seu caráter

civilizatório, temos arregimentados princípios doutrinários constitucionais – universalidade e igualdade de fundamentação à implementação de ações de caráter mais equânimes.

A crescente conscientização sobre a identidade negra brasileira é um legado dos movimentos negros com consolidação de pautas em diferentes frentes. Uma das mais expressivas apontadas nesse estudo é o campo de pesquisa de saúde da população negra. Temos um corpo de intelectuais, pesquisadores, gestores e militantes que tem avançado nessa discussão, sendo referência para o debate racial com alcance internacional.

Esse campo [saúde da população negra] ainda permanece em disputa, considerando a dimensão ideológica de como o racismo opera em nossa sociedade. Percebe-se os avanços e retrocessos na implementação dessa política. Vivemos em um momento político de radicalização do discurso político da extrema direita com o reaparecimento de pautas racistas e xenofóbicas por líderes mundiais e, por conseguinte, a reprodução de discursos de ódio e de extermínio. Nesse perigoso cenário, necessitamos fortalecer os movimentos sociais em torno de pautas que assegurem a integridade humana em todas as suas esferas. Também devemos estar atentos ao modo operante do racismo para rever as práticas de saúde implementadas até hoje.

Temos clareza que se torna urgente a ênfase em ações que equiparem a assistência à saúde aos diferentes grupos sociais. Assim, quando indagamos sobre as medidas cabíveis para dirimir esse cenário, destacamos: ações governamentais (1), ações coletivas (2), ações educativas (3) e ações de cunho interpessoal (4). No que se refere às ações governamentais, para que as novas estratégias tenham a adesão em estados e municípios é necessário incentivo financeiro para a indução das ações pactuadas, assegurando o monitoramento dessa execução pelos comitês técnicos de saúde da população negra.

A criação do Observatório de Saúde da População Negra já é uma realidade, tendo acontecido, em outubro de 2024, na cidade do Rio de Janeiro, o primeiro seminário para a estruturação de um projeto coletivo para fortalecer as ações de implementação da PNSIPN, nos estados e municípios. A aproximação do Governo Federal com as bases do movimento é de extrema importância para que não se perca a capilaridade de mobilização social e aprofundamento crítico da produção intelectual disseminada até aqui.

É notório as inflexões na implementação da política ao longo dos anos em relação aos diferentes cenários político-partidários, no país. Desta forma, necessitamos repactuar os processos de trabalho em saúde, a partir da perspectiva racializada, de modo que tenhamos instrumentos que permitam intervenções criativas dentro da execução de protocolos que já existem na rotina das equipes. Reorganizar as ações dos serviços em saúde não é tarefa fácil em um país de dimensões continentais, além disso, as decisões da gestão na saúde ainda são tomadas como se os dados epidemiológicos não indicassem essa disparidade da assistência prestada a negros e indígenas.

Nas ações coletivas, evidencia-se a importância do movimento negro no tensionamento político para que sejam implementadas essas ações. Atualmente, a mídia negra, por meio de intelectuais, de artistas e de ativistas sociais também desempenham a tarefa de disseminação de informações e denúncias sobre as condições de vida dessa população, dando notoriedade às pautas raciais e de gênero.

As ações educacionais perpassam pela articulação entre as políticas de Saúde, Assistência Social e Educação, de maneira que a produção de conhecimento intelectual chegue de forma mais acessível à população em situação de vulnerabilidade, com ações locais desenvolvidas de forma integrada às ações dessas respectivas políticas. Ainda temos uma história que não foi contada e que precisa ser desvelada para aqueles que, por muitas vezes, ainda estão excluídos desse debate. Além disso, é necessário a capacitação dos gestores e profissionais da assistência por meio de treinamentos. Nesse sentido, podemos resgatar o pensamento de Martin Luther King Jr para pensarmos a educação e a legislação para o combate do racismo nas políticas públicas.

Pela educação, buscamos mudar atitudes e sentimentos internos (preconceitos, ódio, etc.); pela legislação e por determinações dos tribunais, buscamos regulamentar o comportamento. Qualquer um que parta da convicção de que o caminho para a justiça social tem uma única via inevitavelmente criará um congestionamento e tornará a viagem infinitamente mais demorada. (KING, 2014:68)

Com relação a formação dos profissionais de saúde, a revisão dos currículos ainda é uma pauta de difícil diálogo. Disputas de poder epistemológico e corporativista silenciam perspectivas interseccionais que essa pesquisa não abordou profundamente, mas que devem ser considerados em futuros estudos. Sem uma formação adequada ocorre a manutenção de estereótipos racistas dentro SUS. Seja

no tratamento da população ou na própria falta de prioridade na atenção aos vulneráveis. Além disso, há necessidade de criação de protocolos para aqueles profissionais que sofreram a violência racial dentro do ambiente de trabalho a fim de serem devidamente acolhidas.

Por exemplo, na Educação Básica, as Leis Federais 10.639/03 e a 11.645/08 versam sobre o Ensino de História da África, dos indígenas e das relações étnico-raciais movimentaram a academia nos últimos vinte anos a fim de resgatar saberes ancestrais e na construção de novos conhecimentos a partir do sul global. Nesse sentido, precisamos aumentar o número de pesquisas científicas sobre o impacto das teorias raciais no Brasil e fomentar esse debate com o envolvimento das diferentes categorias profissionais na saúde. De modo que, tenhamos a desconstrução dos fundamentos das teorias eugênicas nas pesquisas de campo das Ciências Sociais, que está relacionada à compreensão do racismo dentre os fatores estruturais produtores de hierarquias sociais nas vulnerabilidades em saúde.

A naturalização do racismo nas práticas de saúde tem forte correlação a conservação das marcas da sociedade colonial escravista em que predomina o autoritarismo e a hierarquização das relações sociais e intersubjetivas. Historicamente, o favor é uma mediação quase que universal na sociedade brasileira com padrão particular na relação entre classes e das instituições do Estado, que disfarça a violência das relações sociais e de cuidado à saúde no Brasil até hoje. Por isso, o sonho do exercício da cidadania plena possui uma longa e esburacada estrada.

As ações de cunho interpessoal associam-se à revisão das práticas em saúde por ação ou omissão que perpetuam comportamentos de desrespeito, desconfiança e desumanização dos corpos negros. A partir da compressão que o racismo se constrói de forma relacional e que a manutenção da exclusão de grupos racialmente subordinados anda lado a lado a manutenção dos lugares de privilégio social. Ao trazer essa provocação, destacamos a necessidade de letramento racial dos brancos e de o desenvolvimento de uma autoconsciência histórico-crítica do seu lugar na sociedade e na perpetuação ou não das desigualdades. Por outro lado, o investimento em políticas de ações afirmativas que valorizem a pluralidade de gênero, de raça e de idade para criar um ambiente justo, solidário e livre inspirado na Constituição de 1988.

Por fim, para continuar a tecer novas propostas, neste campo, necessitamos de mais investimento em pesquisas e recursos humanos que disseminem novas concepções de cuidado pautadas no respeito e tratamento humanizado às diferenças

sociais e regionais. Além de estimular uma gestão participativa interracial ao longo da estrutura do Ministério da Saúde até unidades básicas. Este estudo busca fortalecer o compromisso com um sistema de saúde mais equânime e igualitário. O Boletim Epidemiológico de saúde da população negra – volumes 1 e 2 – evidenciaram os piores indicadores se comparado a outros grupos atendidos pelo SUS. Ainda é fundamental o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários da saúde e que esses dados orientem de fato políticas públicas eficazes. Isso contribuirá para a assistência mais equânime nas diferentes regiões do Brasil.

No cuidado em saúde as características socioeconômicas devem ser relacionadas aos indicadores de saúde, de modo a demarcar a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde, para a instrumentalização de políticas e programas voltados ao combate às iniquidades sociais, com vistas a busca de um Sistema Único de Saúde (SUS) equitativo no acesso e pautado na integralidade da saúde. Para isso temos que enfrentar as práticas racistas no cotidiano nos serviços, bem como pautar os processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde. Sonhamos com um país que não sejamos julgados e submetidos ao olhar desconfiado do racismo. Vislumbramos novos horizontes acadêmicos e nas políticas públicas nacionais, em especial no campo da saúde.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição Federal, 1934. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao34.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm). Acesso em 25 de março de 2022.
- \_\_\_\_\_. Constituição Federal, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 10 de julho de 2022.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 10.639 de 9 de janeiro de 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.639.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.639.htm). Acesso em: 29 de janeiro de 2025.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 12.288 de 20 de julho de 2010. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm). Acesso em: 31 de janeiro de 2023.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 12.987 de 02 de junho de 2014. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/l12987.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12987.htm). Acesso em 30 de janeiro de 2023.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 11.645 de 10 de março de 2008. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11645.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11645.htm). Acesso em: 28 de janeiro de 2025.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 14.532 de 11 de janeiro de 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/l14532.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14532.htm). Acesso em: 15 de novembro de 2024.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 7.716 de 5 de janeiro de 1989. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7716.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7716.htm). Acesso em 20 de janeiro de 2024.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 7.749 de 26 de dezembro de 2022. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rj/r/rio-de-janeiro/lei-ordinaria/2022/775/7749/lei-ordinaria-n-7749-2022-institui-o-programa-municipal-de-saude-integral-para-a-populacao-negra-e-da-outras-providencias>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 9.623 de 1996. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9263](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263). Acesso em 20 de setembro de 2023.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Saúde da População Negra Volume Especial 1 e 2: Brasília, 2023.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html).

Acesso em 10 de janeiro de 2020

\_\_\_\_\_. Portaria nº2.632 de 15 de dezembro de 2004. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2632\\_15\\_12\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2632_15_12_2004.html).

Acesso em 24 de abril de 2024.

\_\_\_\_\_. Portaria nº344 de 01 fevereiro de 2017. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html).

Acesso em 24 de abril de 2024.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. Racismo Estrutural. São Paulo: Pólen, 2019.

AZEVÊDO, Eliane. Raça: conceito e preconceito. Ed Ática: São Paulo, 1987

AZEVEDO, Kássio Vinicius Fontes. Neopentecostalismo, Raça e Ensino de História da África: disputas de narrativas no ensino básico do Rio de Janeiro / Kássio Vinicius Fontes de Azevedo. -- Rio de Janeiro, 2019. 135 f.

BATISTA, Luís Eduardo; BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2017

BATISTA, Luís Eduardo; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; PEREIRA, Júlio Cesar Rodrigues. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. Revista de saúde Pública, v. 38, p. 630-636, 2004.

BENCHIMOL, Jaime. "Reforma urbana e Revolta da Vacina na cidade do Rio de Janeiro." O Brasil republicano: o tempo do liberalismo excludente-da Proclamação da República à revolução de 1930/ Organização Jorge Ferreira e Lucilia de Almeida Neves Delgado. 4ªed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira,2010.

BENTO, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e Branquitude no Brasil. In: Iray Carone e Maria Aparecida Silva Bento (Org.). Psicologia Social do Racismo.6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014, p. 25-57.

BIRMAN, J. O negro no discurso psiquiátrico. In: Birman, P; Silva, J; Wanderley, R. (org.). Cativo e Liberdade. Rio de Janeiro: UERJ, 1989 p. 44-78

CARNEIRO, Sueli. Dispositivo de racialidade: A construção do outro como não ser como fundamento do ser. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2023

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em Movimento. Estudos Avançados 17 (49), 2003.

CARVALHO, José Murilo de. Cidadania no Brasil: o longo caminho. 17ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

CECILIO, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2009. p.117-30.

COLLINS, Patrícia Hill. Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica; tradução Bruna Barros e Jess Oliveira. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2022.

COLLINS, Patrícia Hill; BILGE, Sirma. Interseccionalidade. Boitempo Editorial, 2021. D'SANTIAGO, Dino. Tribeca Festival Lisboa 2024. Disponível em: <https://tribecalisboa.sic.pt/artists/dino-dsantiago>. Acesso em: 20 de dezembro de 2024.

DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, feminismo negro: raça, feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993) no Brasil (1975-1993) no Brasil (1975-1993) Estudos Feministas, Florianópolis, 20(1): 133-151, janeiro-abril/2012 de 1990." Brasília, 1990.

DIWAN, Pietra. Raça pura: uma história da eugenia no Brasil e no mundo. 2. ed., 3ª reimpressão. – São Paulo: Contexto, 2020.

DUARTE, Constância Lima; NUNES, Isabella Rosado. Escrivência: a escrita de nós: reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo 1.ed Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte, 2020.

FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo). Imagem de grupo de indígenas que integrou a Exposição Antropológica Brasileira, no Rio de Janeiro, 1882. Disponível em: [revistapesquisa.fapesp.br/olhando-para-o-outro](http://revistapesquisa.fapesp.br/olhando-para-o-outro). Acesso em 20 de janeiro de 2025.

FBN (Fundação Biblioteca Nacional). Disponível em: <https://bndigital.bn.gov.br/dossies/coordenacao-de-publicacoes-seriadas/mostras/a-imprensa-negra-no-acervo-da-fbn>. Acesso em novembro de 2024.

FRANÇA, Michael; PORTELLA, Alysson (Ed.). Números da discriminação racial: desenvolvimento humano, equidade e políticas públicas. Editora Jandaíra, 2023.

GEMAA (Grupo de Estudos Multidisciplinar da Ação Afirmativa). Disponível em <https://gemaa.iesp.uerj.br/infografico/desigualdades-raciais-na-ciencia-brasileira/>. Acesso em 25 de agosto de 2024.

GILROY, Paul. "O Atlântico Negro: modernidade e dupla consciência, Trad." Cid Knipel Moreira, São Paulo, Editora 34, 2012.

GOBINEAU, Arthur de. Ensaio da Desigualdade das Raças Humanas. Tradução e Adaptação de Antônio Fontoura. Curitiba, 2021.

GOMES, Flávio dos Santos; LAURIANO, Jaime; SCHWARCZ, Lilia Moritz. Enciclopédia negra: biografias afro-brasileiras. Companhia das Letras, 2021.

GOMES, Nilma Lino. O movimento negro educador: saberes construídos nas lutas por emancipação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano. Flávia Rios e Marcia Lima (orgs). 1ªed. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. In: Lélia Gonzáles (Org.: União dos Coletivos Pan-Africanistas). Primavera para as Rosas Negras. São Paulo: Diáspora Africana, 2018, p. 190-214.

HARARI, Yuval Noah. Notas sobre a pandemia: e breves lições para o mundo pós-coronavírus. Tradução Odorico Leal. - 1ª edição-São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

HENRIQUES, Isabel Castro. Desconstruir o colonialismo, descolonizar o imaginário. O colonialismo português em África: mitos e realidades. Portugal: Edições Colibri, 2024.

HOOKS, Bell. Olhares Negros: raça e representação. Trad. Stephanie Borges. São Paulo: Editora Elefante, 2019.

IMS (Instituto Moreira Salles). Negros fotografados por Alberto Henschel em Pernambuco, no ano de 1869. Disponível em: <https://brasilianafotografica.bn.gov.br/brasiliana/discover?query=Alberto+Henschel>. Acesso em 20 de janeiro de 2025.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Perfil dos municípios brasileiros: 2021 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2022

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Políticas Sociais: acompanhamento e análise. BPS. n. 28, 2021.

JESUS, Carolina Maria de. Quarto de despejo: diário de uma favelada. 10ª ed. São Paulo: Ática, 2014

JORNAL NEXO. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/opiniao/2023/12/13/as-cotas-na-uerj-desafios-de-um-caso-pioneiro>. Acesso em dezembro de 2023.

KING, Martin Luther. A autobiografia de Martin Luther King. Org. Clayborne Carson; Tradução Carlos Alberto Medeiros. – 1ed. - Rio de Janeiro: Zahar Editor, 2014.

KI-ZERBO, Joseph. *História Geral da África*. Vol. I. Metodologia e pré-história da África. 2ªed. Brasília: Unesco, 2010.

KRENAK, Ailton. *Ideias para adiar o fim do mundo*. Ailton Krenak. – 2ª ed. – São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

MBEMBE, Achille. *Crítica da razão negra*. Portugal: Antígona, 2014.

MBEMBE, Achille. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*; traduzido por Renata Santini. - São Paulo: n-1 edições, 2018.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual*. Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92

MILLS, Charles W. *O contrato racial: Edição comemorativa de 25 anos*. Tradução: Teófilo Reis e Breno Santos. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

MOURA, Clóvis. *Sociologia do negro brasileiro*. 2 ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

OLIVEIRA, Fátima. *Engenharia Genética: o sétimo dia da criação*. 2 ed reform. São Paulo: Moderna, 2004.

PAIM, J. “Reforma Sanitária Brasileira: Avanços, limites e perspectivas.” Em *Estado, Sociedade e Formação em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*, por G C Matta e J C F Lima, 91-122. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. *Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores*. Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35

PEREIRA, Amilcar Araújo. *O mundo negro: relações raciais e a constituição do movimento negro contemporâneo no Brasil*. Rio de Janeiro: Pallas: FAPERJ, 2013.

RIBEIRO, Ediene. *Os tesouros que deixamos pelo caminho*. São Paulo: Planeta do Brasil, 2024.

SANDEL, Michael J. *Contra a perfeição: ética na era da engenharia genética*. Tradução Ana Carolina Mesquita - 4ªed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2021.

SANTOS, G. A. dos. *A eugenia no trato das expressões da questão social e no Serviço Social brasileiro*. Em *Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro - set/dez 2024, n. 56, v. 22, p. 92.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil do século XIX*. Editora Companhia das Letras, 1993.

SCHWARCZ, Lilia Moritz; STARLING, Heloisa Murgel. *Brasil: uma biografia: Com novo pós-escrito*. Editora Companhia das Letras, 2015.

SERVO, Luciana Mendes Santos. "Perfil epidemiológico da população brasileira e o espaço das políticas sociais." Cap. 16 em *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Ana Amélia Camarano, 658. Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

SILVA, Letícia Batista; BICUDO, Valéria. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. Santos TVC, Silva LB, Machado TO, organizadores. *Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises*. Rio de Janeiro: Mórula, p. 115-131, 2022.

SOUZA, Neusa Santos. *Tornar-se negro: ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

STEPAN, NL. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: HOCHMAN, G., and ARMUS, D., orgs. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

VILHENA, Cynthia Pereira de Sousa. Práticas eugênicas, medicina social e família no Brasil republicano. *Rev. Fac. Educ*, p. 79-96, 1993.

VISCARDI, Claudia; PERLATTO, Fernando. *Cidadania no tempo presente*. FERREIRA, J.; DELGADO, L. de AN (Org.) *O Brasil Republicano. O tempo da Nova República*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc*. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016