



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL
Linha de Pesquisa: Clínica, Subjetividade e Política

**ENCONTRANDO MEU CORPO:
DIÁLOGOS ENTRE NEGRITUDE, SAÚDE E DESCOLONIZAÇÃO**

Gabriel Alves Godoi

Dissertação de Mestrado

Porto Alegre
2023

Gabriel Alves Godoi

**ENCONTRANDO MEU CORPO:
DIÁLOGOS ENTRE NEGRITUDE, SAÚDE E DESCOLONIZAÇÃO**

Dissertação de mestrado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGpsi-UFRGS) como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientação: Prof^a Dr^a Míriam Cristiane Alves

Porto Alegre
2023

Gabriel Alves Godoi

**ENCONTRANDO MEU CORPO:
DIÁLOGOS ENTRE NEGRITUDE, SAÚDE E DESCOLONIZAÇÃO**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Míriam Cristiane Alves (UFRGS, orientadora)

Prof. Dr. Tadeu de Paula (PPGpsi/UFRGS)

Prof^a Dr^a Eliane Silvia Costa (UFBA)

Prof^a Dr^a Cecília Maria Izidoro Pinto (UFRJ)

Prof. Dr. Marcos Queiroz (IDP)

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Núcleo de Estudos e Pesquisas E'léékò por todas as conversas e ideias formuladas, também agradeço pela aceitação e por mudarem a minha visão do que era um grupo de pesquisa. Certamente minha saúde mental se deve ao fato de estar junto e pesquisando com tanta gente preta ao meu lado.

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Míriam Cristiane Alves por ter acreditado no meu trabalho, por sua leitura sempre atenta e por sua dedicação ao meu processo de aprendizagem.

Agradeço à minha companheira Eduarda Sommer, pela difícil missão de suportar todas as minhas inseguranças.

Por fim, agradeço a minha avó Maria Helena Alves, que sempre está comigo, uma das pessoas mais doces de todo o sempre, dedico este trabalho a ti.



Da esquerda para a direita: Meu irmão, Pedro Alves Godoi, minha avó, Maria Helena Alves e Eu. Acervo pessoal. 2005.

RESUMO

Trabalhamos desde cedo, temos filhos cedo e morremos cedo. Será que a vida é determinada a ser apenas isso? Trabalhar até uma morte muitas vezes evitável? Porque morremos assim, sem pensar e, muitas vezes, sem nada desejar? A presente escrita é a minha autoafirmação enquanto sujeito desejante. Para isso, apresento uma ampla visão acerca dos conceitos de branquitude, direitos humanos, universalismo, meritocracia, capitalismo, metodologia de pesquisa, políticas de inimizade e saúde. A compreensão e articulação desses processos se deu a partir dos conceitos de negritude, determinação social da saúde e descolonização. Não basta reconhecer as particularidades da saúde da população negra, mas entender como a própria noção de saúde se constrói. Dessa forma, essa dissertação teve como objetivo problematizar o acesso e o cuidado em saúde a partir de memórias e narrativas de pessoas negras sobre serviços do Sistema Único de Saúde, propondo um tensionamento crítico do conceito de saúde com base na perspectiva da negritude, na determinação social em saúde e no pensamento negro descolonial. Como metodologia, realizei conversações com pessoas autodeclaradas pretas ou pardas, que responderam ao questionário on-line da pesquisa “Necropolítica e População Negra: problematizações sobre racismo e antirracismo e seus desdobramentos em tempos de pandemia e pós-pandemia da Covid-19”, do Núcleo de Estudos e Pesquisas E’léékò. As narrativas concedidas foram lidas em sua totalidade e, posteriormente, selecionadas aquelas que, por alguma circunstância, tornaram-se relevantes. Inicialmente, as pessoas selecionadas foram convidadas a relatarem as suas experiências com o SUS através do método horizontal e circulante da conversação. Também utilizei um diário de campo, no qual anotei pensamentos, divagações, sentimentos e gestos que fiz durante as conversações. Os dados obtidos foram trabalhados através da Análise Episódica, por meio da qual foram encontrados episódios dentro das conversas para que sejam expostos e articulados com os conceitos de negritude, descolonização e determinação social da saúde. Esse percurso metodológico encontra amparo e afeto no diálogo com outros sujeitos que também buscam o encontro e a centralidade de sua racialidade. Encontrar a nós mesmos significa, em grande parte, tocar naquilo que há de mais doloroso produzido pelo racismo e pelo epistemicídio, aquilo que no fundo procuramos tanto matar, mas que nunca morre, e que, ao não morrer, nos traz força. Essa potência de vida que procuro introduzir no diálogo com a saúde e sua determinação social.

Palavras-Chave: saúde pública; racismo; determinação social da saúde; descolonização; negritude.

ABSTRACT

We work since early. We have children early and we die early too. Would our life be determined to be just that? Working until death, too many times, avoidable? Why do we die like that, without thinking and, too many times, without desire for anything? The present write is my self-affirmation as a desiring person. For that, I show a large view about the concepts of whiteness, human rights, universalism, meritocracy, capitalism, research methodologies, enmity policies and health. Comprehension and articulation of this process will be based on the concepts of negritude, social determination of health and decolonization. It's not enough recognition of the particularities of black population's health, but understanding how the notion of health is constructed. In this way, this dissertation had as objective problematize the access and the care in health based on memories and narratives from black people about services from the Brazilian Public Health System, proposing a critic tensioning in the concept of health based on the negritude perspective, the social determination of health and on the black decolonial thought. As methodology, i intend to realize conversations with person self declared as black or brown who answered the online questionnaire from the research "Necropolitics and black population: problematizations about racism and antiracism and its unfoldings on times of Covid-19 pandemic and post-pandemic". Conducted by the group of research and studies E'léékò. The narratives were read in its totality and, after, were selected the ones which, by some circumstance, became relevant. Initially, the selected people were invited to tell their experiences with the public health system through the horizontal and floating method of conversation. I also used a field diary in which I wrote my thoughts, divagations, feelings and gestures that I made over the conversations. The data were analyzed through the Episodic Analysis, from which were found episodes inside the conversations to be exposed and articulated with the concepts of negritude, decolonization and social determination of health. This methodologic path finds support and affection in the dialogue with other people which too search for the encounter and the centralization of his raciality. Find ourselves mean, in the most, touch the biggest pain produced by racism and epistemicide. That pain we tried so hard to kill but never dies and, dont dying, brings us strength. This life potencial i try to introduce on the dialogue with health and its social determination.

Keywords: Public Health; Racism; Social Determination of Health, Decolonization; Negritude.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CEP - Comissão de Ética em Pesquisa

CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho

ENEMEC - Encontro Nacional de Medicina Comunitária

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FNB - Frente Negra Brasileira

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

MINUSTAH - Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti

MNU - Movimento Negro Unificado

MOPS - Movimento Popular de Saúde

MRSB - Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro

NASF - Núcleo de Atendimento à Saúde da Família

ONU - Organização das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Interamericana de Saúde

PCB - Partido Comunista Brasileiro

PCF - Partido Comunista Francês

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNISPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

PT - Partido dos Trabalhadores

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEN - Teatro Experimental do Negro

UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFPel - Universidade Federal de Pelotas

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
PARTE I	12
Primeira Fábula	13
1. Aproximações com o campo problemático	15
Segunda Fábula	29
2. Direitos Humanos: universalismo, branqueamento e falsa simetria	31
Terceira Fábula	43
3. Raça: história, política e crítica	45
3.1. Racismo, capitalismo e meritocracia: É como pedir para o peixe que voe!	46
3.2. Políticas de inimizade: medo e paranoia branca	52
Quarta Fábula	56
4. Negritude: Um conceito que emana	58
4.1. A Negritude no Brasil	70
4.2. Negritude(s) e descolonização	75
Quinta Fábula	80
5. Mais do que um sistema de saúde, um modelo para a sociabilidade: O SUS e sua história	82
Sexta Fábula	113
6. Determinação social da saúde: um conceito em disputa	115
PARTE II	125
Sétima Fábula	126
7. “Te vira aí, nego”: viração, ética e política metodológica	128
7.1. Lá e de volta outra vez: Caminhando, conversando e construindo um método	133
7.2. Considerações Éticas	142
Oitava Fábula	145
8. Nina	147

8.1. Um projeto necroliberal de genocídio: Ou ainda sobre armas e gatilhos	152
8.2. Diferentes facetas de um racismo cotidiano	158
8.3. Duas nações, dois SUS, uma negritude: deslocando o Humano Universal	161
9. Opará	166
9.1. Ela não é homossexual, ela é lésbica! Notas de uma possível determinação sócio racial da saúde	170
9.2. As nossas vidas e as nossas emoções: por uma leitura protagonista do medo, da raiva, e da dor.	175
10. Carolina	179
10.1. Acesso em saúde: um perfil dos/as usuárias a partir da determinação sócio-racial da saúde	183
10.2. Ratos no labirinto: O acesso em saúde no limite da necropolítica	186
10.3. Negritude e formação em saúde	191
11. Conversas que curam: dando tchau a um bonito percurso	196
12. Referências	199

APRESENTAÇÃO

Segundo o dicionário de Oxford, o conceito de fábula dá conta de duas formas de escrita. A primeira trata da narrativa curta na qual personagens animais representam características humanas em uma história com uma mensagem moral. A segunda diz respeito a uma narrativa fantástica de aventuras ou de fatos (imaginados ou não). As narrativas aqui presentes dão conta dos dois significados.

Esta dissertação se complementa em duas partes. Na primeira, estão expostos os capítulos teóricos que fundamentaram a pesquisa. O Capítulo 1, “Aproximações com o campo problemático”, traz as minhas primeiras imersões no campo da saúde pública interseccionada com as relações raciais. O Capítulo 2, “Direitos Humanos: universalismo, branqueamento e falsa simetria”, discute os limites sócio históricos do conceito de direitos humanos a partir da crítica a sua fundação liberal e eurocêntrica. O Capítulo 3, “Raça: história, política e crítica”, repensa as fundações do Brasil e de suas políticas a partir da centralidade da raça. O Capítulo 4, “Negritude: Um conceito que emana”, faz uma retomada da história do conceito de Negritude e sua importância para diversos movimentos de pessoas negras pelo mundo. O Capítulo 5, “Mais do que um sistema de saúde, um modelo para a sociabilidade: O SUS e sua história”, reconta a história do SUS a partir da discussão radical de que saúde é o aspecto fundamental da democracia. E o Capítulo 6, “Determinação social da saúde: um conceito em disputa”, discute o conceito de determinação social da saúde, problematizando seus atuais usos.

A segunda parte desta dissertação é composta pelos aspectos metodológicos, resultados e discussões que foram realizadas neste percurso. Ela inicia pelo Capítulo 7, ““Te vira aí, nego”: viração, ética e política metodológica”, trata da metodologia utilizada para a pesquisa e abre caminho para a apresentação das participantes e suas discussões, apresentadas no Capítulos 8, “Nina”, no Capítulo 9, “Opará”, e no Capítulo 10, “Carolina”. O Capítulo 11, “Conversas que curam: dando tchau a um bonito percurso”, são apresentadas as considerações finais em meio a um último “tchau”.

PARTE I

Primeira Fábula

Todo mundo tem uma história de furto pra contar. Teve uma época em que eu não era preto, que eu não entendia nada. Sempre fui certinho, mas quando se tem 13 anos isso não é mais tão legal. Uma vez, vi meu melhor amigo, um menino branco, pegando um chocolate da prateleira do mercado e colocando no bolso. Em seguida, ele pegou outra coisa e foi para o caixa com o chocolate furtado. Eu fiquei em choque com aquilo, não por achar errado ou certo, mas por nunca ter me passado pela cabeça essa possibilidade. Era um mundo novo, aquele mundo de crime, de ilegalidade. Algo doido!

Na outra semana, eu fui ao mercado. Suei o caminho todo, passava pelos corredores apavorado, a adrenalina pulsando pelas minhas veias, deixando a minha visão turva e o meu pensamento nebuloso. Quando achei que ninguém veria, eu fiz. Coloquei um chocolate no bolso e saí do mercado, ninguém me seguiu. Comi o chocolate voltando pra casa: era de uma marca que eu nunca tinha comido, um chocolate caro que eu jamais sonharia em comprar. Um crime de adolescente: eu estava excitado e feliz pela minha transgressão.

Outra semana se passou, fui no mercado novamente, dessa vez por ordem da minha mãe. Eu estava confiante, era o próprio Al Capone dos furtos de chocolate, eu estava com a bola toda, era o rei do pedaço! Foi aí que me pegaram. Dois seguranças me cercaram no corredor dos biscoitos, não havia o que fazer, minha vida de crimes se encerrou ali mesmo. Eu não estava preocupado, todo mundo furta no mercado! Meu amigo branco fez, eu sabia que meus tios brancos também faziam e já ouvi muitas histórias de gente decente roubando balinhas nas lojas Americanas. Eu fui pego, tudo bem, devolveria a mercadoria. Quando eu mostrei o chocolate e devolvi ao segurança ele não quis nem pegar, só me olhou com nojo. Me seguraram pelos braços e me levaram até um canto da loja. Gritaram comigo, ameaçaram chamar a polícia, a minha família, disseram que eu ia direto pra cadeia. O mercado todo passava por mim e me olhava naquela situação. Eu, apavorado, chorava copiosamente, envergonhado, humilhado...

Nisso, uma mulher de meia idade, branca, roupas bonitas de gente que tem dinheiro, apareceu para deixar seu carrinho de compras e me viu chorando e cercado de

seguranças. Desconfiada, ela perguntou o que estava acontecendo e por que estavam gritando com um menino. Um dos dois, muito calmamente, respondeu: - “Esse moleque tava roubando aqui. Ele mora ali na vila, é um daqueles vileiros, lá”.

Ao saber da minha procedência, todo o desconforto sumiu da cara da mulher e ela passou a esboçar apenas indiferença, talvez até um pouco de raiva. Ela me olhou de cima a baixo e deu um resmungo afirmativo em direção do segurança, virou-se e foi embora, esquecendo-se de mim imediatamente . Seu olhar me penetrou muito mais do que qualquer palavra daqueles seguranças, e eu entendi no momento que eu não tinha um nome, nem uma história, eu não era uma pessoa, era um vileiro e isso bastava para aquela mulher. Os seguranças me liberaram depois de mais alguns minutos de humilhação. Demorei meses até conseguir entrar em outro mercado novamente. Meu melhor amigo branco nunca foi pego.

- Todo mundo rouba no mercado.

1. Aproximações com o campo problemático

Minha história é curta. Eu não conheci os meus bisavôs e bisavós, não conheci os meus avôs por abandono e a minha avó materna por morte precoce. Permanece a minha avó paterna, então, eu ainda tenho algum conhecimento da história dos italianos no Rio Grande do Sul. Mas, embora me seja muito interessante conhecer a história dos meus antepassados paternos, nunca consegui me ver nestas narrativas que a minha avó conta. Veja bem, mesmo quando eu era muito pequeno e fantasiava brincadeiras de super-heróis ou de antigos guerreiros a cavalo, não era eu mesmo quem via em minha pele: nas minhas brincadeiras, eu era branco. Não apenas embranquecido, mas branco, um outro menino branco que atendia por meu nome e pelos olhos de quem eu via e vivia a fantasia. Em minha pele negra, eu me considerava muito feio, muito fraco, muito defeituoso, sempre inadequado e sempre deslocado.

O meu pai é um homem branco e, a minha mãe, uma mulher negra. Ambos foram abandonados pelos próprios pais – um branco e o outro negro – e suas mães firmaram novos relacionamentos com homens brancos. A família da minha mãe foi constituída por ex-escravizados que trabalhavam em uma fazenda em algum lugar no Rio de Janeiro. Foram expulsos da fazenda quando os donos a venderam e retiraram todas aquelas pessoas diaspóricas que permaneciam na terra. A família de minha mãe, então, mudou-se para a capital de São Paulo. A partir daí, a história sempre foi um tabu. O pouco que sei são excertos que minha mãe lembra da sua avó ou que ouviu falar de sua própria mãe. Só sei que a minha bisavó teve muita dificuldade em se adaptar à mudança da vida no campo para a vida na cidade, e ter de viver em cubículos, barracos e pensões. Falaram-me que ela tinha nojo da cidade, odiava o cheiro, o barulho, as pessoas mal-educadas e a extrema pobreza. Acima de tudo, ela odiava o Negro.

Apesar da aparente contradição, este ódio direcionado ao negro e, automaticamente, a si próprio, é comum em pessoas negras em contato com o mundo branco. O conhecimento do corpo se torna uma atividade unicamente de negação, um não-conhecimento, ou, como propõe Fanon, um “conhecimento em terceira pessoa”, no qual reina uma atmosfera densa de incertezas (FANON, 2008, p. 104). A pessoa negra tentará a todo o custo embranquecer ou embranquecer o mundo à sua volta. Este

particular não se trata de uma “neurose do Negro¹”, algo que Fanon considera impossível, mas, sim, de uma patologia do tecido social, para a qual precisa recorrer a uma análise da sociogenética:

Em toda a sociedade, em toda a coletividade, existe, deve existir um canal, uma porta de saída através da qual as energias acumuladas, sob a forma de agressividade, possam ser liberadas. É a isso que tendem os jogos nas instituições para crianças, os psicodramas nas terapias coletivas e, de modo mais geral, as revistas ilustradas para os jovens, - cada tipo de sociedade exigindo, naturalmente, uma forma de catarse determinada. As histórias de Tarzan, dos exploradores de doze anos, de Mickey e de todos os jornais ilustrados tendem a um verdadeiro desafio da agressividade coletiva. São jornais escritos pelos brancos, destinados às crianças brancas. Ora, o drama está justamente aí. Nas Antilhas – e podemos pensar que a situação é análoga nas outras colônias – os mesmos periódicos ilustrados são devorados pelos jovens nativos. E o Lobo, o Diabo, o Gênio do mal, o Mal, o Selvagem, são sempre representados por um preto ou um índio, e como sempre há uma identificação com o vencedor, o menino preto torna-se explorador, aventureiro, missionário “que corre o risco de ser comido pelos pretos malvados”, tão facilmente quanto o menino branco” (FANON, 2008, p. 130).

A cultura é central nas análises de Fanon. É no campo da cultura e da linguagem que se constrói o branco e o negro como “Outro” do branco e, ainda, a mulher negra como o “Outro” do “Outro” do branco (KILOMBA, 2020). Esses processos básicos de identificação e formação do *self* e do inconsciente conduzem, inevitavelmente, ao branco no tempo de poder das colônias e, ainda hoje, no tempo da colonialidade do poder (QUIJANO, 2000). Fanon se manifesta quando eu brincava de ser branco e mais, brincava de não ser eu, mas o menino branco. Minha avó, como eu, também brincava de ser branca? Sei apenas que ela herdou esse ódio pelo Negro e tudo que vinha do Negro: “Os negros são violentos, vocês não são negros, não quero ouvir essa palavra na minha casa!” – ela dizia à minha mãe, que tinha de alisar o cabelo crespo diariamente.

De fato, as experiências de desvalorização das características negras são comuns a quase todos os povos da diáspora. Assim, “ser obrigado a alisar constantemente o cabelo” é recorrente em diversos relatos de mulheres negras, como nos conta Grada Kilomba:

Historicamente, o cabelo único das pessoas negras foi desvalorizado como o mais visível estigma da negritude² e usado para justificar a subordinação de

¹ Aqui a palavra Negro utilizada com letra maiúscula para fazer referência ao “substantivo Negro” produzido pelo colonialismo, discutido por Mbembe (2018).

² O termo negritude utilizado não tem relação com o conceito de Negritude estabelecido por este trabalho. Em Grada, negritude é usado como um termo genérico para denotar símbolos, comportamentos e fenótipos diretamente ligados aos corpos da diáspora africana.

africanas e africanos [...]. [O] cabelo tornou-se a mais poderosa marca de servidão durante o período da escravização. Uma vez escravizadas/os, a cor da pele de africanas/os passou a ser tolerada pelos senhores *brancos*, mas o cabelo não, que acabou se tornando um símbolo de “primitividade”, desordem inferioridade, não-civilização. **O cabelo africano foi então classificado como “cabelo ruim”.** Ao mesmo tempo, *negros e negras* foram pressionadas/os a alisar o “cabelo ruim” com produtos químicos apropriados, produzidos por indústrias europeias [*grifo meu*]. Essas eram as formas de controle e apagamento dos chamados sinais repulsivos da *negritude*” (KILOMBA, 2020, p. 126-127).

Retirar de si as marcas da negritude – nos termos de Grada Kilomba – não é apenas uma função simbólica de auto-apagamento subjetivo, mas, também, uma questão de sobrevivência. Observem que minha mãe era criança durante os anos 1980, auge da ditadura militar e do mito da “democracia racial”. Quando tocamos neste assunto, é impossível não sermos guiados pelas palavras de Lélia Gonzalez (2020), que nos explica muito bem o que se passava. As barreiras que eram impostas pelo racismo e sexismo contra as mulheres negras impediam que a maioria obtivesse um alto grau de escolaridade e mesmo quando obtinham, ainda encontravam dificuldades para se colocar no mercado de trabalho:

Quando nos anúncios de jornais, na seção de ofertas de empregos, surgem expressões tais que “boa aparência”, “ótima aparência” etc., já se sabe seu significado: que não se apresentem candidatas negras, não serão admitidas (GONZALEZ, 2020, p. 56-57).

Eu apenas posso imaginar todas as ansiedades de uma mãe negra que precisa criar uma filha igualmente negra em tais condições. A que tipos de degradações não nos submetemos para tentar proteger quem amamos? Em nome dessa proteção, quais mutilações - simbólicas e objetivas- não impomos ao alvo de nosso carinho? Independente de qualquer julgamento, o fato é que na casa da minha avó materna era proibido falar do Negro. Relacionar-se com pessoas negras só traz problemas, o Negro é cachaceiro, o Negro é macumbeiro. Mas a avó, não! Ela era católica fervorosa, muito bem educada e versada nas coisas do senhor.

Minha avó enxergava as pessoas negras com as lentes da branquitude, tendo como foco o exotismo, a malandragem e a violência. Há uma política escondida aí. A afirmativa “o Negro é violento” esconde as violências que as pessoas negras sofrem do Estado; “o Negro cachaceiro” esconde as formas de escapar das mazelas do dia-a-dia impostas pelas desigualdades raciais; “o Negro é macumbeiro” esconde todas as religiões de matriz africana sob um aspecto herético e demoníaco; a própria palavra

“Negro” esconde a existência do homem e da mulher negra. Assim, “de um ponto de vista histórico, a palavra negro remete, em primeiro lugar, a uma fantasmagoria” (MBEMBE, 2018, p. 81).

Esse “poço de fantasmas” que é esse Negro criado pela colonização, Mbembe (2018) denominará como um “processo de efabulação”, ou seja, um processo pelo qual a branquitude cria uma “essência mística” para o negro que, de sujeito, passa a ser substantivo, e todas as suas práticas culturais, condições sociais, linguagens e formas de existência ganham essa conotação exótica, primitiva e, principalmente, diferenciada do branco que se esconde atrás do universalismo do Humano. É necessário primeiro desconstruir essa ideia de que existe o Negro e uma Razão Negra. Neste sentido, atemo-nos ao pensamento do autor:

O substantivo “negro” é, além disso, o nome que se dá o produto restante do processo pelo qual as pessoas de origem africana são transformadas em *mineral* vivo de onde se extrai o *metal*. [...] ao fazer passar pelo laminador e ao pressioná-lo para dele extrair o máximo de lucro não se convertia simplesmente um ser humano em objeto. Não se deixava nele apenas uma marca indelével. Produzia-se o negro, isto é, no caso que nos mobilizará durante todo este livro, o sujeito racial, ou ainda a própria figura daquele que pode ser mantido a uma certa distância – do qual é possível se desembaraçar quando aquilo deixar de ser útil (MBEMBE, 2018, p. 82).

Observo, a partir de tais leituras, que existe todo um projeto macabro que fundamenta o processo de subjetivação de minha bisavó e de minha avó. Processos que se ligam diretamente à produção, expropriação e exploração do capital a partir da produção, expropriação e exploração de sujeitos. A perversidade de tais políticas precisa, e será, analisada adiante. Mas, então, algo houve, não sei o quê, e vieram para minha avó dois filhos de um homem que foi embora sem nunca mais dar notícia. Sem problema, este foi substituído por um gaúcho, loiro e de olhos azuis, que também odiava o negro, como a minha avó negra, com quem casou. Um alemão bem alemão, *como-se-diz*, foi o avô que conheci.

Podemos, novamente, aludir a Fanon, que analisa esta problemática nos romances escritos em sua terra natal, a Martinica, e nos diz o seguinte sobre a relação da mulher negra e o homem branco:

Pois, afinal de contas, é preciso embranquecer a raça, salvar a raça, mas não no sentido que poderíamos supor: não para preservar “a originalidade da porção do mundo onde elas cresceram”, mas para assegurar sua brancura.

Cada vez que tentamos analisar certos comportamentos, não podemos evitar o aparecimento de fenômenos nauseabundos. O número de frases, de provérbios, de pequenas linhas de conduta que regem a escolha de um namorado é extraordinário nas Antilhas. O importante é não sombrear de novo o meio da negrada e qualquer antilhana se esforçará em escolher, nos seus flertes ou relações, o menos negro (FANON 2008, p. 57).

Contudo, não podemos nos ater somente às opiniões de um homem sobre as opções e desejos das mulheres (cis ou transgêneros). Cabe-nos a crítica de que a análise de Fanon sobre a questão do desejo da mulher negra pelo homem branco, embora toque em detalhes que nos parecem fazer sentido, limita-se a uma relação muito específica, a heterossexual cisgênero, e, também, de uma forma muito simplificada de análise do desejo. Lélia Gonzalez já debochou deste tipo de análise em outros autores. Nos atemos às suas palavras: “[...] [E]ssa coisa *simplérrima* que é o desejo. Tão simples que Freud passou a vida toda escrevendo sobre ela” (GONZALEZ, 2020, p. 87).

O desejo é muito complexo; ele corre por diferentes veios em diferentes veias. Pois veja, se não é o desejo, de certa forma, atuando em minha relação com a minha avó. Com ela, eu tinha uma relação diferente de todas as outras em minha família. Tristeza, que apenas hoje reconheço, porque se devia à nossa herança em comum. Eu, filho de sua filha negra, também sou um homem negro. Eu me senti sujo, feio e deslocado assim como ela também deve ter se sentido por toda a vida e, agora que não me sinto mais assim, gostaria de poder lhe mostrar como era bonito o seu sorriso, seu cabelo e de como eram quentes os dias com ela. Seu nome é Maria Helena Alves e ela foi a pessoa mais doce que conheci. Infelizmente, a minha avó se foi cedo, levada por uma doença controlável, e faleceu sem que pudesse saber tudo o que sei. Na época, sua morte não foi uma surpresa para mim, nossa história era curta e, de onde venho, vivemos vidas curtas – largamos a escola e trabalhamos cedo, casamos cedo, temos filhos cedo e morremos cedo.

Como explicar essa conexão tão profunda que, quase duas décadas após a sua morte, seja a sua história aquela que eu conto para esta dissertação de mestrado? Na sua relação comigo é onde eu encontro potência, onde eu descubro a negritude. Não me parece que o marxismo e a relação de determinação social possam adentrar totalmente na carne do desejo, pois se deseja muito mais do que se quer, às vezes sem saber. Mesmo querendo ser branco, eu encontrava mais conforto no colo daquela que era igual a mim, mesmo que ela nos impedisse de falar sobre Negros, sobre as suas sujeiras e

violências. O que nos unia, além do sangue, era a negritude, a diáspora. Não foram poucas as lágrimas derramadas neste texto; embora não possam ser “lidas”, falam mais do que as palavras. O desejo, essa coisa *simplérrima*, habitava em nós sem nos darmos conta.

Qual não foi a minha surpresa, ao entrar na universidade, quando me deparei com pessoas que ainda conviviam com suas bisavós! E não era uma exceção, mas, sim, a maioria, era corriqueiro! Eu fiquei perplexo: até então, eu nunca havia conhecido qualquer pessoa que tivesse vivido além dos setenta anos. Primeiro, a perplexidade se tornou uma dor lancinante e extensa. Depois, tornou-se extremo e profundo ódio para que, hoje, possam se tornar palavras, texto, pesquisa, poesia. Por que nós, pessoas que foram marcadas a ferro com esse substantivo Negro, temos vivido tão pouco enquanto outros vivem tanto? Depois de olhar com rancor para as novas condições de vida que me eram apresentadas por aquelas pessoas brancas universitárias, eu comecei a olhar para as condições de onde fui criado.

A minha infância se passou na ocupação Mangue Seco, no Extremo Sul de Porto Alegre. Um lugar onde ninguém se arriscava a entrar por medo de *sei-lá-o-quê*, pois era um ótimo lar segundo o meu romantismo infantil. As crianças corriam e se divertiam nos esgotos a céu aberto, víamos filmes quando a fiação precária permitia, andávamos de balanço e íamos à escola em grupos. As únicas pessoas de fora desse território que eu conheci na minha infância foram os freis, que faziam trabalho social, e os agentes de saúde. Invariavelmente, todos brancos. O agente comunitário de saúde que atendia a minha região ia de casa em casa ver como estávamos e era um moço muito atencioso. A minha mãe servia café e os dois conversavam sobre o que estava se passando. Foi ele que me ensinou a “regra de 3”. Então, através dele, passamos a ter contato com o posto de saúde da região, onde começaram a me encucar desejos.

Eu ia no posto com minha mãe ou minha avó paterna, uma mulher branca, e elas sempre me falavam sobre como era bonita a letra dos atendentes, como eram bem cuidadas as roupas dos médicos e enfermeiros, como tudo funcionava e de como eles viviam em boas casas e tinham muito dinheiro. O SUS, durante a minha formação, não se configurou unicamente enquanto um serviço de prevenção e promoção de saúde, mas também como depósito de desejo e de esperança, ou mesmo de projeto e projeção para

um futuro que eu não tinha nem ideia do que poderia ser. Tornou-se algo nítido em minha mente: eu trabalharia na área da saúde, escreveria com letra bonita e usaria um jaleco.

O jaleco ocupa duas funções simbólicas que, hoje, são perceptíveis para mim. A primeira é a sua brancura, sem manchas ou sujeira, um alvo quase reluzente, de uma brancura apaixonante. Algo intocado pelo chão sujo ou pelas ruas de terra batida, aqueles jalecos não eram lavados à mão ou deixados em um varal qualquer. Deviam usar produtos da mais alta qualidade para mantê-los tão alvos. Certamente, a brancura do jaleco contrastava com a negridão em que eu habitava, aquela que revestia meu corpo, da qual eu não gostava sem sequer saber que não gostava. Quando se inicia o desejo, inicia-se por aquilo que é branco (a pele, o jaleco), talvez para atingir aquilo que o branco tomou para si (status social, reconhecimento, emprego). Qual motivo nos leva a esse desejo tão profundo pelo que é branco, quando ainda estamos alienados até mesmo do que é o racismo? A configuração da sociedade determina o nosso desejo pelo que é branco?

A segunda questão que se levanta a partir do jaleco é a sua proteção simbólica. Quem usa o jaleco não é o Gabriel: quem usa o jaleco é o profissional da saúde, mas isso já é uma visão posterior, pois, na minha cabeça infantil, todo mundo que usava jaleco era médico (assim mesmo, no masculino). O posto de saúde era um local ocupado por médicos de jaleco, que tinham diferentes nomes e diferentes funções, porém, quando falavam, não eram as suas vozes que eu ouvia, mas as palavras da medicina: “Tome este remédio”, “está sentindo dor?”, “acho que sua carteira de vacinação está errada, infelizmente terá de tomar essas três injeções agora mesmo”. Todas elas palavras que não poderiam ser questionadas, pois vinham de um lugar superior para o qual se deveria baixar a cabeça. O jaleco é uma armadura que nos protege de questionamentos exteriores. Será que também serve como uma máscara, por meio da qual podemos atuar a branquitude?

É notável, em minha breve história de vida, que se expressam dois SUS diferentes: um que negligencia, que não acompanha uma grave doença e que permite a morte prematura de uma mulher negra; outro que ensaja, que busca ativamente o diálogo com populações com as quais ninguém quer falar, que trata da saúde por seu

corpo profissional, mas que também enseja projeto de futuro e organiza a possibilidade de pensar possibilidades. Cabe acentuarmos nossa colocação no tempo-espaço: minha avó morreu em decorrência do descontrole da diabetes na segunda metade dos anos 2000, enquanto eu me descobri na saúde na primeira metade da mesma década. Nós dois separados por cerca de 1.200km de distância - eu em Porto Alegre, ela, ainda em São Paulo.

O SUS foi criado em 1990, através da Lei Nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), mas as discussões que permeiam a sua criação se mantêm fortes desde a década de 1970, concentrando-se em torno da criação de uma nova sociedade após a ditadura civil-militar no Brasil (PAIM, 2008). Apesar das suas próprias especificidades, o SUS era uma política de Estado ainda em estabelecimento durante os anos 2000. Diversas políticas para o combate de iniquidades ainda estavam começando, como o programa Farmácia Popular - de 2004 -, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – de 2008 - e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNISPN) – de 2009 (ALENCAR; PAIM, 2017). Além disso tudo, o financiamento da saúde se mantinha em uma crescente, ampliando programas de atendimento em diversas cidades do país (SANTOS, 2020).

Mesmo assim, minha avó nunca recebeu a visita de um agente comunitário de saúde, nunca teve contato com um profissional que lhe desse indicações que ela pudesse realmente entender e, ao fim, tanto ela quanto minha mãe – que dela cuidou em seus últimos momentos – relatavam a frieza do hospital e seus profissionais. Pessoas que lhe diziam agressivamente que precisava tomar seus remédios, às quais ela respondia: “Mais um docinho só! Eu já passei por tanta coisa, minha filha, pra não me deixarem comer um docinho!”. Então, ela comia escondido, um pouco de desobediência de uma mulher que sempre foi obediente a Deus, ao Marido, ao Estado e à Branquitude. O que aquela pequena transgressão poderia significar? Quem sabe se alguém tivesse lhe perguntado como era ser uma mulher negra em relação à diabetes, o que significava um simples doce para ela? Se alguém tivesse lhe explicado em seus termos, se alguém estivesse disposto a um atendimento que a tocasse, que a olhasse, que a ouvisse, então, aí quem sabe não poderia ter sido diferente? Em 2011, foi estabelecido o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (BRASIL, 2011). Tal programa poderia tê-la ajudado, mas já era tarde. Minha avó,

Maria Helena, reclamou do atendimento e não cumpriu as regras: ela desobedeceu e foi ficando fraca, cega, seus cabelos foram embranquecendo, perdeu uma perna, mas se recusou a morrer até que sua filha pudesse vê-la uma última vez. Só então partiu, desobediente, finalmente, a alguma coisa. A Dona Maria Helena Alves, cujo nome resiste nas minhas palavras.

Paralelamente a ela, eu conheci todas as políticas descritas, exceto a Atenção à Saúde Integral da População Negra. Meus pais usufruíram de quase todos os programas criados e obtinham apoio daqueles profissionais, de onde surge o meu desejo. Como pode haver tanta discrepância em um mesmo período de tempo? Em uma mesma política? Sinceramente, a minha única hipótese é a sorte. Encontrei os profissionais certos, nas datas certas e nos locais certos. A sorte é receber uma lição sobre a regra de 3 e não uma avaliação de inteligência; de ser recebido com sorrisos e portas abertas, ao invés de medo e desconfiança. Uma *baita duma sorte*, da qual, às vezes, sinto até raiva. Há tantos de nós por aí que não têm sorte, por que eu a teria? O que fazer com ela? Como não se envergonhar ao conhecer tantas crianças iguais a mim e tantas histórias como a da minha avó? Também por isso escrevo esta dissertação.

Além disso, também percebo duas formas diferentes de vida: uma em que se vive pouco e se vive mal, ou que nem se vive; outra que vive muito, que estuda bem e que planeja a vida. Formas habitadas por corpos que se antagonizam, a morte de um – quase sempre – significa a segurança do outro. Colocados em constante estado de desconfiança e atrito, sempre apavorados com quem se aproxima do outro lado da rua, uma sociedade que se sustenta através de políticas de inimizade (MBEMBE, 2021). Conheci todas essas formas parciais e eu mesmo, dividido entre pai branco e mãe negra, sou a corporificação de uma forma parcial. Me coloco entre dois SUS, entre duas formas de viver, entre formas parciais de racialização, entre África, Europa e América Latina, tudo isso fervilhando em minha mente enquanto eu ouvia conversas corriqueiras a respeito do octogésimo sexto aniversário da avó de alguma colega universitária branca, que de nada sabia. É de enlouquecer! Ou desenlouquecer?

O que a minha história me ensina é que existe algo que determina quem vive muito e quem vive pouco, e que reduzir tal questão a simples fatores econômicos ou meritocráticos seria completamente improdutivo. Pois veja, não apenas se vive pouco,

mas deseja-se pouco. Eu não desejava ser “doutor” e nem embranquecer. Eu desejava ser outro! Deixar de ser para virar outra coisa. Em brincadeira se coloca a morbidez de uma vida curta. Minha vida deixou de ser curta quando passei a desejar e isso, também, faz parte da saúde. Por outro lado, na parte nobre da vida, as pessoas viajam para outros países e conhecem uma infinidade de profissões das quais eu nunca ouvi falar antes de ser um universitário. Se vive muito, também, por que se deseja muito? Ou as formas econômico-sociais regulam o desejo de viver e de viver muito?

Outra questão que pode ser colocada é que, por conhecer pouco da minha própria história e por não ter como me reconhecer branco nem negro, a minha vida sem passado também não tinha futuro. Sem saber de onde vim, sem identificação, não tinha como desejar algo além da minha situação presente. Ao me encontrar alienado pela ideologia da branquitude, eu estava amarrado de costas para a vida. Como o problema do racismo, a lógica da branquitude e as diferenças raciais adentram nesta questão social da saúde? É óbvio que há aí algo, pois a população negra vive menos, morre cedo e convive mais com doenças crônicas! Seria possível pensar que há certas condições prévias sociais, estruturais, institucionais e regulatórias que determinam a saúde da população? Se sim, em ordem de quê?

Essas perguntas me levam a questionar a saúde, primeiro da população negra, mas em diálogo com a saúde coletiva enquanto um campo de políticas representado pelo SUS. Como eu, o SUS tem história curta, mas a história das discussões em saúde é extensa. Talvez, conhecendo de onde viemos, possamos entender como chegamos aqui e como podemos melhorar? As idas-e-vindas da negritude são deveras tocantes e, quando adicionamos a saúde, falamos de comédias e tragédias, ainda que em quantidades bastante díspares.

Diferente de minha avó, que viveu a vida inteira mergulhada em ideais brancos do que seria bom e do que seria ruim, eu dei a sorte de me deparar com um livro peculiar. Esse livro não me foi indicado em nenhuma das aulas da faculdade de psicologia, não ouvi falar dele por meio de nenhum professor ou colega. Tropecei nele sem querer e achei deveras interessante - um tal de Frantz Fanon do qual eu nunca tinha ouvido falar, que dizia coisas muito diferentes em torno da Psicologia. *Pele negra, máscaras brancas* foi o meu *hall* de entrada nessa delícia que é a Negritude. Logo em

sua introdução, Fanon já alerta que não pretende que seu livro seja lido por pessoas brancas europeias, pois não deseja as suas opiniões. O que ele pretende é falar para as pessoas negras africanas, pois estas são as que importam. Sem querer, ele também fala a todos os homens e mulheres negras da diáspora, e com o mesmo impacto. E eu, que era tão pobre perto daquela gente rica, tão pequeno perto daquela gente alta, tão feio perto daquela gente bonita, com os dentes tortos de quem nunca usou aparelho, comecei a sentir a força da ousadia daquele homem negro que não estava nem aí para os brancos.

A Negritude poderia ser utilizada como uma forma de descolonizar o pensamento no campo da saúde? Que articulações precisariam ser feitas entre negritude e saúde para possibilitar tal diálogo? Ainda mais além, como atuar na práxis para que a negritude não acabe caindo em um universalismo falho (“não há negros nem brancos, somos todos humanos”)? Certamente tais perguntas transbordam dos limites da academia e ainda estão em disputa por diferentes projetos de sociedade. O SUS é um interessante meio para essas discussões. Afinal, não foi a minha negritude que abriu meu apetite para o desejo, mas o contato com aquele mundo fantástico de médicas/os, enfermeiras/os, agentes comunitárias/os de saúde, pessoas que escreviam bonito, falavam bonito e me tratavam bem. Era um mundo de brancos e jalecos brancos, um mundo no qual eu aprendi a desejar e a desejar viver. O que me fazia querer mais naquele espaço?

Se verificarmos o início do SUS, veremos que se estabeleceu através do lema “saúde é democracia e democracia é saúde”, proposto pelo movimento sanitário, que se articulava, principalmente, a partir da determinação social da saúde (PAIM, 2008). Ou seja, que os processos de saúde e doença não eram estáticos, mas relacionais de acordo com a posição de determinado sujeito na divisão internacional do trabalho. A saúde seria determinada pelos processos de produção, exploração e expropriação do capital em determinada sociedade, processos esses que poderiam ser mais ou menos perversos. Para que fosse possível promover a saúde, seria necessário um intenso trabalho sociológico, capaz de desvelar esses processos do capital e que, assim, fossem construídas políticas públicas em diferentes âmbitos para que a saúde das populações pudesse ser “melhorada” (DONNANGELO, 1979). A saúde, neste viés, é integralista e não enclausurada no corpo adoecido.

Quando um agente comunitário de saúde vai a uma comunidade na qual ninguém mais quer ir, e ensina a “regra de 3” para uma criança que corre entre os esgotos, ele permite que este trabalho seja escrito muitos anos depois. Seria essa uma política de saúde ou apenas um acaso da vida? Quando este mesmo agente se senta em um sofá e toma café com uma família que não tem quase nada, ele estaria de alguma forma trabalhando sob a ótica da negritude? Da descolonização? Da saúde integral? Mesmo que seja apenas um empirismo, uma noção intrínseca de que o ser humano, esteja onde estiver, tem valor e dignidade e que não tem muita elaboração acadêmico-científica, ora, não é isso a negritude? Não é isso a descolonização? Essa é uma análise superficial da práxis e não da teoria, mas nos percamos um pouco da teoria. No final, não é a dignidade humana que permite o desejo de desejar?

Se entendemos que os processos de produção, exploração e expropriação do capital determinam a saúde das populações, entendemos, também, que o estabelecimento do eurocentrismo e da ideologia da branquitude são essenciais para a manutenção desses processos do capital por um determinado período de tempo. Assim, formam-se sujeitos marcados pela raça e determinados a trabalhar ou a lucrar, a viver pouco ou a viver muito e, alguns, a sequer viver. A saída desta situação é a decomposição do eurocentrismo científico, destruir as teorias eugenistas, desmontar as análises econométricas essencialistas e desobedecer ao método de modo a abrir espaço para que a cosmopercepção³ dos povos marginalizados venham à tona, ganhando projeção no mundo.

Por outro lado, devemos valorar a arte, a cultura e a beleza dos corpos negros e indígenas de forma a expandir, também, para um conjunto de vida valorativa em comunhão da diversidade - o que chamamos de Negritude. Esta seria a fórmula da saúde integral no Brasil? Parece simples, tão simples que ainda falta algo à análise. Onde está o *x* da questão? Por que não estabelecemos ainda o SUS por meio destes conceitos já estabelecidos há muito tempo? Por que a práxis da saúde integral não impediu o genocídio que ocorreu no Brasil a partir de 2020? Por que não colocou mais homens e

³ A filósofa Nigeriana Oyèrónkẹ Oyěwùmí problematiza o conceito de Cosmovisão ao rever que a sua etimologia tem fortes relações com a modernidade clássica europeia e a divisão da realidade entre mente-corpo, proposições muito comuns nos trabalhos de Immanuel Kant. Para a autora, o conceito de cosmopercepção seria mais inclusivo, pois também diria respeito a formas outras de entrar em contato com o mundo que não apenas às Europeias (OYĒWŪMÍ, 2004).

mulheres negras desejosas e desejantes rumo à construção de um país diferente? Se é tão simples a fórmula...

Talvez não existam formulismos, talvez tenha sido apenas um golpe de sorte como já comentei, uma vida sortuda que eu tive, uma grande, imensa sorte... Ou, talvez, falte algo à fórmula. Preciso ver de perto, preciso do empirismo aqui, preciso falar com gente que acessa a saúde e analisar as suas histórias através dos conceitos aqui apresentados. Mais do que isso, é preciso analisar o Brasil enquanto um país inimigo de si mesmo. Um país cuja política é a “política da inimizade”, como argumenta Achille Mbembe (2021). Um país que se odeia e se esconde através de muros altos para se proteger dos próprios cidadãos. Estes, por sua vez, vivem por aí, mudando-se, ocupando e sendo desapropriados. Cidadãos que marcham por cidades e estados em busca de trabalho e comida; que saem por aí e se odeiam, escondendo armas e facas uns dos outros, que temem a qualquer momento um assalto ou ser confundido com um assaltante, ou que descubram que já foi assaltante ou que tenha em si a marca do futuro assaltante (MBEMBE, 2018).

Morrer nesse país é fácil demais, viver e desejar é difícil. Por quê? Esse porquê que me atormenta e me impele a pesquisar, a conversar, a encontrar mais negros e negras, pessoas empobrecidas, em situação de rua, em situação de violência, crianças em abrigos, gente que luta e se doa para a luta, gente que trabalha doze, dezesseis horas por dia, gente que cria filhos sozinha, gente que sonha muito e que nem sonha, gente que odeia o Negro e que tem medo do Negro, gentes minha vó, gentes meu vô, gentes meu pai e gentes minha mãe. Não seria isso, também, negritude? Não seria isso também descolonização? Não seria isso também, saúde integral? Esta tríade que permanece, sempre voltando, sempre se atualizando em novas discussões. Não tenho as respostas que proponho aqui e temo não chegar a tê-las, por isso, tenho receio do que escrevo e me sinto impelido à pesquisa. E, mesmo diante da incerteza quanto aonde irei chegar, tenho como objetivo problematizar o acesso e o cuidado em saúde a partir de memórias e narrativas de pessoas negras sobre serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), propondo um tensionamento crítico do conceito de saúde desde a perspectiva da negritude, da determinação social em saúde e do pensamento negro descolonial. Uma aposta que se desdobra em: escutar e visibilizar memórias e narrativas de pessoas negras sobre acesso e cuidado em serviços do SUS; identificar, descrever e problematizar os

efeitos do racismo e da branquitude no acesso e cuidado em saúde no SUS; problematizar o campo dos Direitos Humanos no SUS quanto ao acesso e o cuidado nos serviços; pôr em discussão e tensionar o conceito de saúde a partir das ideias-conceito de negritude, descolonialidade e determinação social da saúde.

Segunda Fábula

Denner andava só de terno ou camisa social, mesmo no calor de São Paulo. Por impulso, uns anos atrás, quando era adolescente, ele decidiu junto com uns outros amigos que fecharia o braço com tatuagens. Ficou foda, todo mundo curtiu, ele era o cara. Até que tirou carteira de motorista. As coisas em São Paulo em 1990 não eram tão simples. A polícia usava o mesmo uniforme da S.S. e matava preto só por diversão. Naquele ano, Denner tinha o prazer de morar na cidade mais violenta do mundo. Ele saiu com os colegas pra dar um rolê e foi parado na primeira blitz. O guarda não gostou do olhar dele, tiraram do carro, e ele voltou mancando e com o olho roxo. Um mês depois, outra blitz. Teve que descer de novo e, outra vez, voltou retorcido, agora com a costela quebrada. Na terceira vez, ele pensou em fugir, mas foi esperto - melhor apanhar do que morrer de bobeira. Na quarta, ele passou direto. Ué? Que que houve? Na quarta, ele estava voltando da igreja e de camisa social, tampando as tatuagens. Ai, ele entendeu. Denner passou os anos 1990 de camisa social ou terno, faça frio ou faça sol. Melhor passar calor do que levar uma joelhada nas costelas. Isso faz uns trinta anos, e o Denner tá vivo até hoje, mas a maioria dos amigos morreu. Ficaram as pessoas brancas, as pretas vão rápido. Também, a maioria dos amigos brancos era de classe, tinha pai e mãe, o que, naquela época era até motivo de chacota: “O que tu quer falando mano, tu tem até pai!”. Era sinônimo de playboy. Hoje, o Denner tem uma empresa de pintura social, ele contrata uns mano do grafite, um pessoal que era de facção, dá CLT, dá o que ele pode. Não ganham muito, mas vivem da arte. Ele deu uma boa vida pra mãe dele, Clarice, filha da dona Clara. Às vezes, ele vê uns branco daquele tempo falando que antigamente era melhor ou, então, ouve no rádio falando das crianças de hoje, ouvindo funk, dando rolêzinho em shopping, que isso é coisa de marginal. Tem mano que virou uber e que vota em quem diz que tem que matar mesmo. Denner se pergunta onde é que eles estavam, não viviam na mesma São Paulo dos anos 1990? O mundo gira pra caramba, Denner pensa, enquanto caminha pra casa, levando pão fresco e queijo pra tomar café com os filhos e a esposa. Do outro lado vêm um policial, Denner atravessa a rua, não dá pra dar bobeira, preto morre a troco de nada, ainda mais pra quem vive da arte. No bar, alguém chamou ele de coxinha, andando

todo arrumado pra comprar pão, tudo bem. Eles não entendem o que os pretos têm que fazer pra sobreviver em São Paulo.

- Tutorial de sobrevivência

2. Direitos Humanos: universalismo, branqueamento e falsa simetria

É necessário aumentar o escopo do nosso diálogo. Embora trate da saúde pública, do racismo, da negritude e da determinação social da saúde enquanto pontos focais para essa pesquisa, é impossível articular tais perspectivas sem antes abrir um debate mais ampliado acerca dos Direitos Humanos. Em primeiro lugar, porque os direitos humanos são a base da constituição brasileira de 1988 que estabelece o SUS com seus princípios e diretrizes, portanto, ela é a pedra fundamental de todas as políticas públicas; em segundo lugar, porque correntes de pensamento cada vez mais fortes vem questionando a fundamentação e a função dos direitos humanos na atualidade. Esse não é um debate localizado, específico do Sul global, mas é trazido por seus povos e problematizado no mundo inteiro.

Podemos observar as excelentes pontuações que faz Edward Said (2007) acerca do racismo e da mistificação contra os povos do oriente médio, como meio de justificar diversas formas de submissão altamente lucrativas. O início do século XXI nos apresentou diversos novos exemplos desse debate acerca da validade dos Direitos Humanos em sua atual formulação. Falo do período conhecido como “Guerra ao Terror”, quando os Estados Unidos, sob aval da ONU e da União Europeia, em nome da defesa da liberdade e da democracia, invadiram diversos países do Oriente Médio, entre os quais, alguns sortudos empresários lucraram bilhões de dólares em várias áreas da guerra ou do pós-guerra. Tal invasão foi amplamente propagandeada como uma intervenção em nome da defesa dos direitos humanos, da democracia e da liberdade, como uma necessária defesa dos interesses mundiais. Contudo, diversos trabalhos apontam a extrema diminuição da qualidade de vida e mesmo da democracia nos países que sofrem este tipo de intervenção, como no triste caso iraniano (KOKABISAGHI, 2018). O mesmo se pode falar acerca da situação envolvendo Israel e Palestina, a qual Said tem chamado de “Apartheid moderno” e que, mesmo assim, recebe pouquíssima atenção midiática ou mesmo dos grandes debates sobre Direitos Humanos (SAID, 2007).

Quais as relações destas situações de política internacional com a negritude, a saúde pública e a descolonização no Brasil? Este capítulo se dedica a pavimentar estes

caminhos. A princípio, podemos dizer que há determinada linearidade nessas intervenções: países ocidentais, com maior poderio financeiro e militar se utilizam do discurso dos direitos humanos para cometer crimes de guerra ou lucrar em cima de um conflito localizado em territórios marginalizados. Isto é óbvio, mas o que não é óbvio é como o discurso dos direitos humanos pode ser utilizado dessa forma, sem causar grandes comoções. A declaração universal de direitos humanos de 1948 é muito nítida ao informar que aqueles direitos representam toda a humanidade, e não apenas uma parcela privilegiada. Tristemente, não é isso o que ocorre na prática e, de fato, nunca ocorreu. Há um apelo para a defesa de determinados corpos, enquanto outros podem morrer de formas atrozés sem gerar qualquer comoção. A denúncia dessa hipocrisia, que se coloca no centro dos discursos eurocêntricos em direitos humanos, pode ser remontada ao célebre texto *Discurso sobre o colonialismo*, de Aimé Césaire, e que será muito caro para a minha própria construção de pensamento.

Neste trabalho, o autor discorre acerca de como a existência de um modelo colonialista - que, por si só, já implica uma série de atrocidades e crimes contra a humanidade - deu as bases de fundamentação lógica para modos de pensamento racistas e xenofóbicos, que se tornaram “problemas”, justamente, por se voltarem para a Europa ao invés das margens do mundo. O que é o nazismo? O que é o fascismo? O que é o holocausto? Tratam-se dos mesmos processos que ocorreram com incontáveis povos colonizados. Césaire nos explica que a colonização não poderia ser realizada apenas por sua justificativa mais direta: a exploração de muitos para o enriquecimento de poucos. Era necessário uma justificativa moral, ética e científica para que os moinhos do trabalho pudessem ter plena eficiência no moer dos ossos colonizados. Daí deriva toda uma formação epistemológica e sociocultural calcada no “fardo do homem branco”, ou seja, na ideia de que seria o destino das populações europeias “civilizar os selvagens”, levando “desenvolvimento” a locais tão “atrasados e exóticos”. Na base dessa linha de pensamento está, invariavelmente, Hitler e o hitlerismo. Essa ideia de superioridade racial que envenena, destrói e condena. Mas, também nesta linha, está o pensamento europeu de Direitos do Homem e, posteriormente, os Direitos Humanos (CÉSAIRE, 2020).

O cerne da questão de Césaire está para além do já famoso “paradoxo dos direitos humanos” - se a alimentação é um direito universal, por que ainda há tanta

fome no mundo? Não basta discutir a razão para a existência da fome, mas *para quem* a fome existe. Sem pensar muito, poderíamos dizer que a fome existe para qualquer povo não-europeu, para qualquer um não-branco, para qualquer trabalhador ou trabalhadora descartável. Desvelam-se de tal deslocamento algumas das problemáticas sobre as quais iremos nos debruçar a partir de agora. Pessoas para as quais o próprio arcabouço dos direitos humanos permanece alienado. A história clássica da formação dos direitos humanos está cheia disso.

O tema dos direitos humanos, enquanto um campo formal de estudos, está intrinsecamente ligado à formação da modernidade capitalista e das lutas anticoloniais do século XX, uma formação de pensamento fortemente influenciada pelo pós-segunda guerra. Essa reflexão europeia acerca das atrocidades cometidas pelos regimes nazista e fascista são a base fundamental de todo esse terreno que habitamos hoje, mas essa mesma reflexão merece uma análise ao detalhe feita por Césaire:

[S]im, valeria a pena estudar, clinicamente, em detalhes, os passos de Hitler e do hitlerismo e revelar ao burguês muito distinto, muito humanista e muito cristão do século XX que ele carrega consigo um Hitler sem saber [...] e, no fundo, o que ele não perdoa em Hitler não é o crime em si, o *crime contra o homem*, não é a *humilhação do homem em si*, é o crime contra o *homem branco*, é de haver aplicado à Europa os procedimentos colonialistas que atingiam até então apenas os árabes da Argélia, os *coolies* da Índia e os negros da África.

Essa é a grande acusação que eu dirijo ao pseudo-humanismo: ter por muito tempo reduzido os direitos humanos, ter ainda uma concepção estreita e fragmentada deles, parcial e tendenciosa, e considerando tudo, sordidamente racista (CÉSAIRE, 2020, p. 18).

Adiciono, também, os povos indígenas das Américas como complementação aos exemplos que Césaire nos traz, mas, seguindo seu pensamento, esse medo de se tornar o colonizado seria a força motriz por trás dessa reflexão de não permitir que “tais atrocidades nunca mais aconteçam”, pois, de fato, atrocidades equivalentes continuaram acontecendo – com maior ou menor grau de repercussão. Pensando a partir de Césaire, o que se desloca é a noção de atrocidade. Do ato, para quem é acometido pelo ato. Ou seja, a atrocidade não é a morte de milhares de pessoas de forma completamente desumana e irracional. A atrocidade está na morte de milhares de *europeus brancos* de forma completamente irracional e desumana. Assim, o que existe no cerne dessa ideia de Direitos Universais do Homem está, o que poderíamos chamar, de salário psicológico do homem branco. É preciso colocar barreiras entre os colonizadores e os

colonizados. Obviamente, entre os colonizadores ainda há divisões entre quem explora e quem será explorado, mas ser explorado é uma coisa muito diferente de ser colonizado, ou, mais fielmente à Du Bois, “muito diferente de ser um negro” (BOIS, 2021).

Diga-se, já, que estou tratando como iguais dois sujeitos sociais que possuem suas diferenciações: Negro e Colonizado. Césaire também assim os trata no texto no qual estamos nos embasando e, posteriormente, irá complexificar seu pensamento acerca dessa identidade Negritude, mas não entraremos neste ponto ainda. Tal aproximação incorrerá em diversas omissões e possíveis pontos cegos para o meu pensamento. No entanto, eu me embaso nesta ideia disposta tanto pelos intelectuais da negritude quanto pelas diversas escolas do pensamento descolonial, de que existe um eixo de opressões interligadas que formam um poder colonial ou uma “colonialidade do poder” (QUIJANO, 2005). Sendo que trabalho este eixo de opressões através da intersecção entre raça, classe e gênero, tendo como perspectiva o feminismo negro e latinoamericano, os movimentos e lutas pela descolonização (ANZALDÚA, 2000; CÉSAIRE, 2020; FANON, 1968; MEMMI, 2007; GONZALEZ, 2020; JAMES, 2020). Esse eixo de opressões não está apenas ligado historicamente, mas também permite a formação da atual estrutura macroeconômica mundial no sentido da divisão internacional do trabalho e dos recursos (MBEMBE, 2018). Entretanto, as vicissitudes dos modos de vida precisam ser entendidas, também, em sua singularidade para que não sejam engolidas por pautas mais facilmente aceitas. Dedicarei uma parte separada deste trabalho para tentar tocar nestas complexidades da teoria e da práxis, mas, por enquanto, é preciso que fique expresso este eixo de opressões que são interligadas.

Cabe analisarmos uma das frases mais debatidas quando entramos na problemática dos “Humanos” dos direitos humanos:

Consideramos estas verdades como autoevidentes, que todos os homens são criados iguais, dotados pelo Criador de certos direitos inalienáveis, que entre estes estão a vida, a liberdade e a procura da felicidade (FRANÇA, 2017, p. 1).

Muito se debate sobre o que seria a autoevidência, que é implícita em todas as declarações posteriores. À luz de Césaire, poderíamos dizer que, para os iluministas estadunidenses escravocratas, a autoevidência residia no fato de serem todos homens e brancos? Aqui está algo pouco abordado nas vertentes clássicas do pensamento em Direitos Humanos, quando falamos sobre essa autoevidência, mas está no centro de

nosso questionamento sobre branqueamento. Por mais que a história clássica dos direitos humanos sempre nos leve a esta frase do cabeçalho da declaração de independência estadunidense, as discussões sobre o direito das pessoas e dos cidadãos precede, em muito, as revoluções aqui descritas e sequer nasce do pensamento europeu ou do problema da colonização.

De fato, civilizações anteriores já possuíam em sua cosmologia concepções acerca da dignidade humana muito mais abrangentes do que as propostas no século XVIII. Fábio Comparato (2010) faz uma breve revisão do surgimento desses conceitos em seu livro *A afirmação dos direitos humanos* e nos mostra resultados valiosos para a discussão, como a democracia grega, o advento da escrita como forma de secularizar as regras sociais, o pensamento persa, judaico e indiano, a cosmologia cristã e o direito romano como formas diretas e anteriores do pensamento acerca da dignidade humana. Entretanto, as contribuições de Comparato seguem a linha de pensamento eurocêntrico dos Direitos humanos. Essa linha pressupõe um avanço linear, por meio do qual a palavra escrita teria dado as bases para a progressão de pensamento, do qual teria surgido o berço da “civilização” europeia, a Grécia antiga. Portanto, todas as formas anteriores de direitos humanos seriam “proto-direitos”, inacabados e rudimentares:

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada unanimemente pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, **condensou toda a riqueza dessa longa elaboração teórica** [grifo nosso], ao proclamar, em seu art. VI, que todo o homem tem direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa (COMPARATO, 2010, p. 44).

Entretanto, em nenhum momento de *Afirmção dos Direitos Humanos*, Comparato dialoga com povos africanos ou americanos. Uma omissão gravíssima se dá sobre a função do império egípcio enquanto grande nação política e social da época antiga, na qual muitos pensadores da Grécia passavam anos estudando com os filósofos negros para constituir os seus próprios pensamentos filosóficos (GILROY, 2001). Também, não há qualquer citação às civilizações indígenas mesoamericanas ou às civilizações africanas que não utilizavam a língua escrita, não por falta de conhecimento ou inteligência, mas pela função de educação e cuidado que a língua falada exercia nas suas comunidades por suas cosmopercepções, algumas das quais sequer eram antropocêntricas.

Se levarmos em conta que, mais de 4.000 anos antes disso, as civilizações egípcia e chinesa já tinham fortes bases filosóficas, que se diversificaram em diferentes vertentes e se preocupavam com o ser humano, o seu destino e a natureza do seu propósito, é quase inacreditável que alguém levante a hipótese de que os direitos humanos se iniciaram apenas a partir do século XVII, sem levar em conta todo o histórico das civilizações não-europeias. Mas, quando falamos de direitos humanos, os marcos anteriores às declarações que encontraremos são usualmente Grécia e Roma, com algumas citações aos babilônicos e outras civilizações judaico-cristãs.

A crítica aos autores que trabalham sobre essas bases precisa ir além de uma simples inclinação ideológica eurocêntrica, uma espécie de “alienação branca”, uma forma de dissociação intrinsecamente ligada às formas de racialização modernas. Permito-me utilizar esse termo a partir do livro *Ensaio sobre a cegueira* de José Saramago, que acredito representar bem a forma como essas omissões operam não apenas no campo da semântica e da política, mas também no campo da formação de subjetividades. No seguinte trecho, o autor diferencia a deficiência visual da “cegueira branca” que acomete os personagens da sua história:

Como toda a gente provavelmente o fez, jogara algumas vezes consigo mesmo, na adolescência, ao jogo do E se eu fosse cego, e chegara à conclusão, ao cabo de cinco minutos com os olhos fechados, de que a cegueira, sem dúvida alguma era uma terrível desgraça, poderia, ainda assim, ser relativamente suportável se a vítima de tal infelicidade tivesse conservado uma lembrança suficiente, não só das cores, mas também das formas e dos planos, das superfícies e dos contornos, supondo, claro está, que a dita cegueira não fosse de nascença. Chegara mesmo ao ponto de pensar que a escuridão em que os cegos viviam não era, afinal, senão a simples ausência da luz, que o que chamamos cegueira era algo que se limitava a cobrir a aparência dos seres e das coisas, deixando-os intactos por trás do seu véu negro. Agora, pelo contrário, ei-lo que se encontrava mergulhado numa brancura tão luminosa, tão total, que devorava, mais do que absorvia, não só as cores, mas as próprias coisas e seres, tornando-os, por essa maneira, duplamente invisíveis (SARAMAGO, 2020, p. 5).

Após ter sido alertado acerca dos capacitismos inerentes desta minha análise, procurei escutar e ler sobre o tema. Com isso, decidi alterar o conceito de “cegueira branca” – que Saramago utiliza como algo literal em sua narrativa - para “alienação branca”. Embora os textos com os quais eu tenha me deparado não pautem o desuso das palavras “cego/a” ou “cegueira”, estas palavras designam conceitos que abrangem formas muito específicas da deficiência visual e que não cabem neste texto. Para além

disso, a utilização da palavra “cegueira” que faço neste texto denota, sim, algo pejorativo, ou seja, um desconhecimento, uma ignorância sobre determinado assunto – aqui falamos especificamente da invisibilização da discussão racial e colonial em direitos humanos, o que pode causar mal-estar em pessoas cegas que venham a se deparar com este trabalho. Assim, a metáfora não é necessária, pois o conceito de alienação já possui este exato significado. Não abordarei o histórico do conceito de alienação na tradição marxista e na tradição cristã, preferindo o uso comum do termo, cuja definição mais prática daria conta de uma “dissociação do sujeito com algum aspecto de sua realidade ou da sociedade” (GIDDENS; SUTTON, 2017). Como tratamos da especificidade racial e colonial destas possíveis dissociações, chegamos ao conceito de alienação branca, com o qual pretendo trabalhar.

Esta alienação branca que torna os objetos e os seres – e por que não, os objetos de pesquisa e os temas? – duplamente invisíveis, me parece mais adequado para tratar do que ocorre com a história dos direitos humanos. Esta alienação, que produz a inexistência ficcional – no sentido de ser necessário construir uma ficção da história que possibilite tais ausências – de cosmopercepções que se diferenciam da cosmovisão ocidental eurocêntrica, tem uma função que me parece muito evidente: o branqueamento da história (OYĚWÙMÍ, 2004). Quanto a isso, me parece incompleto que não citemos o conceito de *Ubuntu*, como uma das principais formulações em direitos humanos anteriores à Europa e à Grécia. Kanshidi (2019) nos dá uma breve explicação do conceito logo em sua introdução:

O conceito *ubuntu* é considerado como a base da filosofia africana, da ética africana ou globalmente como cosmovisão africana; esse conceito se embasa em uma visão incluyente de humanidade e numa interdependência vital. Nesta visão se incluem não apenas os seres humanos, mas também outros seres não humanos (animados e inanimados), dos quais uma comunidade depende para existir ou para viver. Isto permite evocar uma comunidade cósmica interdependente, centrada na vida. Com essa perspectiva nenhuma pessoa pode ser considerada inútil, ou nenhum humano pode ser visto como não humano; todo mundo possui ou deve possuir seu lugar e sua função, visando fortalecer sua própria vida e a vida dos demais, o que acarreta em benefício para toda a sociedade (KANSHIDI, 2019, p. 2).

O conceito de *Ubuntu*, então, expande-se a todo o ser humano e, também, a toda a natureza. Não há qualquer ser, animado ou inanimado, que não possua dignidade ou que não mereça respeito. Podemos traçar paralelos entre o *Ubuntu* e outras formas de

filosofia indígenas mesoamericanas e, para isso, observamos o trabalho cartográfico realizado por Fleuri (2017) quanto à questão da educação indígena. O autor comenta sobre um conceito que conecta os sujeitos a uma dimensão compartilhada por tantos outros povos: a do cuidado com a terra, claramente entendida como extensão da própria vida, como uma mãe, conceito este que é dividido entre muitas civilizações originárias americanas:

[...] os indígenas estão conectados. Esta visão de mundo fundamenta a concepção de “bemviver”: “buen vivir”, em espanhol, “Sumak Kawsai” em Quéchua; “Suma Qa-maña” em Aymara; “Kvme Felen”, em Mapuche, “Tekó Porã”, em Guarani. De modo geral, significa “a boa maneira de ser e viver”, ou seja, viver em aprendizado e convivência com a natureza. Esta sabedoria, presente em todas as culturas ameríndias, nos leva a compreender que a relação entre todos os seres do planeta tem que ser encarada como uma relação social, entre sujeitos, em que cultura e natureza se fundem em humanidade (FLEURI, 2017, p. 285).

Quando cruzamos essas noções com aquelas que precedem os direitos humanos na visão de Comparato, podemos observar que a filosofia africana e dos povos indígenas americanos possuem pontos mais abrangentes que a Grécia, sua contemporânea; que as revoluções burguesas e, em determinados pontos, mais abrangentes que o atual arcabouço de direitos humanos adquiridos e defendidos pela Organização das Nações Unidas na Declaração Universal de Direitos humanos. Destaco o fato de ainda ser pauta das militâncias por direitos humanos a inclusão dos direitos dos animais e dos vegetais entre os direitos fundamentais e, nesse sentido, faço uma menção especial aos movimentos ecossocialistas.

As formas de direitos positivos que temos atualmente, em direção dos conceitos de *Ubuntu* e *Buen Vivir*, são as escolas do novo constitucionalismo latino-americano, que repensam a ideia de Estado nacional e se aproximam de um “Estado composto por várias nações” (BELLO, 2015). Essa é a forma como se compreende, hoje em dia, os Estados plurinacionais do Peru, da Bolívia e do Equador (PRÉCOMA, FERREIRA; PORTANOVA, 2019). Dessa forma, discutir os direitos humanos em suas bases eurocêntricas (grega, romana, estadunidense e francesa) se mostra insuficiente frente às diferentes filosofias que foram marginalizadas, expulsas das discussões acadêmicas e das construções do direito positivo e, portanto, insuficiente para a nossa discussão

enquanto sujeitos colonizados e habitantes do Sul global para pensarmos a saúde pública.

Por agora, o que realmente nos interessa nessa “história” branca e europeia dos direitos humanos são as brigas ideológicas que influenciaram a declaração, e que combinaram os preceitos das revoluções burguesas estadunidense e francesa com a revolução socialista russa de 1917 e diversas outras revoluções que ocorriam em África, América do Sul e Ásia. Esses movimentos sócio-históricos possuíam características completamente opostas, o que criou dois grandes polos nas discussões em direitos humanos: os direitos civis, individuais ou liberais e os direitos sociais ou comunitários (HUNT, 2009).

Embora se faça uma crítica necessária aos direitos humanos provenientes das revoluções burguesas, é importante ressaltar que eles criaram um forte arcabouço de proteção social das pessoas frente à opressão do Estado, em qualquer nível que se proponha. Dessa forma, os direitos civis formam as bases para que movimentos sociais possam promover rupturas e descontinuidades no *status quo* das nações (CAVALCANTI, 2004). Entretanto, não é isso que observamos na prática das comunidades e ainda de muitas nações, onde sujeitos são criminalizados, torturados e mortos pela forma como pensam, pela sua cor, sua etnia, sua origem, pelo seu gênero ou por qualquer outra ideia de marcador social culturalmente estigmatizado. Para isso, os direitos sociais vão criar um outro arcabouço teórico de valorização da criação de instituições controladas pelo Estado, que possam proporcionar à população essa dignidade humana inviolável do sujeito. Desse pensamento, nasce o direito à saúde, ao lazer, ao trabalho, à educação, entre outros.

A dicotomia entre as duas modalidades de se pensar direitos humanos (liberal x comunista), que se estabeleceu algumas décadas após o fim da segunda guerra mundial, encontrou alguma pacificação pela a Declaração de Direitos Humanos de Viena, de 1993, que reitera a concepção da Declaração de 1948, quando, em seu parágrafo 5º, afirma que:

Todos os direitos humanos são universais, interdependentes e interrelacionados. A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos globalmente de forma justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase (PIOVESAN, 2004).

Assim, definiu-se a indivisibilidade e indissociabilidade dos direitos humanos através da ideia de que o ser humano é mais que a sua singularidade e sua cultura, configurando-se em um intrínseco e complexo esquema de diferentes formas de subjetivação biopsicossocial e espiritual, sendo que nenhum desses campos pode ser negligenciado sem haver a negligência completa do ser humano e dos seus direitos. Dessa forma, nenhum Estado pode se comprometer com esse ou aquele direito específico, mas assumir compromisso com a sua completude.

Dentro de um pensamento positivista da história e das sociedades, a Declaração de Viena tornou possível estender, renovar e ampliar o consenso sobre a universalidade e a indivisibilidade dos direitos humanos, reafirmando a interdependência entre os valores dos direitos humanos, da democracia e do “desenvolvimento”, como nos afirma Flávia Piovesan (2004). No entanto, parece-me óbvio que tratamos aqui de uma conjuntura de textos, cuja prática ainda é incipiente dentro das comunidades e, devido a isso, vinculamo-nos às ideias de Alysson Mascaro (2017), para quem a:

Afirmção e negação dos direitos humanos se dão numa mesma sociabilidade. É defendendo os direitos do indivíduo que os proprietários do capital do mundo dormem tranquilos, sem medo do saque ou da divisão compulsória do que é seu com os pobres. Os Estados, ao operarem a partir de construções como as da legalidade, ensejam apenas um movimento de distribuição dentro dos termos do *suum cuique tribuere* capitalista. As tensões e lutas sociais fazem avançar garantias políticas e jurídicas, mas, quando Estados e direito ameaçam arranhar determinadas distribuições da riqueza ou do poder, direitos humanos são varridos do cenário da própria sociabilidade burguesa (MASCARO, 2017, p. 110-111).

A sociabilidade burguesa, a qual Mascaro se refere como mantenedora do *status quo*, não permite que a reverberação dos direitos humanos se realize em sua totalidade prática. Assim, entendo que a função principal dos autores que trabalham no campo dos direitos humanos seria a criação de modelos e estruturas para que a prática desses direitos pudesse se dar no campo, sem que fossem “varridos do cenário” da sociabilidade. Neste ponto, alinhamo-nos à Comparato quando este diz que:

Se se admite que o Estado nacional pode criar direitos humanos, e não apenas reconhecer a sua existência, é irrecusável admitir que o mesmo Estado também pode suprimi-los, ou alterar de tal maneira seu conteúdo a ponto de torná-los irreconhecíveis. Ademais, a criação dos direitos humanos pelo Estado Nacional conduziria à impossibilidade de se lhes atribuir o caráter de

exigências postas por normas universais, sem as quais, como salientou Kant, não há ética racionalmente justificável. Não se trataria, logicamente falando, de atributos inerentes à condição humana, mas unicamente a determinada nacionalidade (COMPARATO, 2010 p. 72).

Não se trata apenas de uma prática de resistência e denúncia que possui um forte histórico no Brasil e na América Latina, mas, também, da proposição ativa de modos diferentes de pensar a história e as práticas do direito, da saúde, da educação e do trabalho. Não podemos permitir que o pensamento universal dos direitos humanos se torne um universalismo homogeneizante e que a alienação branca também nos atinja. Os seres humanos não são todos iguais e o Homem (com H maiúsculo) não é, nem nunca deve ser, sinônimo de Humanidade. Quando tratamos de direitos humanos a partir de tais perspectivas, podemos cair no erro de tratar igualmente os desiguais, promovendo uma falsa simetria entre os sujeitos de direito. Tal erro ocorre constantemente no campo da saúde pública: Onde instalar uma unidade básica de saúde? Como comunicar com os diferentes sujeitos e diferentes comunidades dentro de um mesmo território? Qual a política pública adotada para a prevenção e promoção de saúde? Quais os marcadores, indicadores ou pistas sociais são necessárias se tomar em conta para o desenho de uma política pública ou de uma ação específica na ponta? Qual a implicação da ideia de raça e do racismo na produção de saúde da população? São questões que influenciam diretamente a prática profissional.

Se, ao falarmos de direitos humanos, não podemos cair na falácia do universalismo, o caminho inverso também é igualmente complexo. Por muitos anos, diversos movimentos sociais tiveram alas fortemente separatistas, tanto no movimento negro, quanto no movimento feminista. Por vezes, embasando o discurso por um viés sociocultural ou mesmo biológico, o argumento nos parece bastante razoável: é necessário que as pessoas possam se reunir em grupos compostos “só pelos seus” para que, assim, possam constituir redes de confiança e empoderamento. Tais redes fortaleceriam politicamente os movimentos, a ponto de permitir mudanças estruturais na sociedade vigente. Não seria possível o diálogo com “o outro lado” sob o forte risco de assimilação, como nos fala bell hooks sobre a diferença entre a educação que recebia quando estudava em uma escola apenas para pessoas negras de outras escolas universais (hooks, 2017). Ou, então, que o capital político e social angariado para determinada pauta seja deturpado para fins de outro grupo com maior mobilidade social. Os

exemplos chovem, como o caso da disputa entre o sufrágio para mulheres brancas, negras ou homens negros nos Estados Unidos (LORDE, 2019); a invisibilização das mulheres lésbicas e bissexuais dentro do movimento LGBTI+ (hooks, 2019); e as disputas constantes entre as pautas identitárias e classistas dentro de correntes partidárias de esquerda (HAIDER, 2019). Esse debate sequer é recente. Podemos retornar a Césaire, quando pergunta sobre os milhares de corpos negros violados diariamente pelos mesmos países que, após a segunda guerra, passaram a defender que a vida humana era inviolável (CÉSAIRE, 2020).

Por mais que o tema seja recorrente, nenhum dos autores e autoras citados acredita ser possível construir uma sociedade separada. Seria realmente para isso que lutamos? Pessoalmente, eu não acredito em um mundo que seja completamente coerente. Como o próprio arcabouço estabelecido dos direitos humanos, a vida deve se encavalar, deve disputar e ser composta por pessoas de diferentes pensamentos e de diferentes origens. Aproximo-me aqui do que Fanon nos diria sobre um processo necessário de “desracialização” e por onde, também, falará Mbembe ao tratar do Negro enquanto um símbolo, um poço de fantasmas da modernidade (FANON, 1968; MBEMBE, 2018). Essa ideia de união crítica, de somar movimentos e dialogar com aliados, é melhor desenvolvida historicamente pelas pensadoras do movimento feminista negro. Certamente, há um risco associado nesta proposição: como unir sem ser assimilado? Como não perder a voz entre uma multidão de vozes? É possível?

Terceira Fábula

“Tudo o que esses africanos afrancesados escrevem pode ser jogado no lixo! Eles não compreendem que, por mais que critiquem o capitalismo, o pensamento deles contribui para a manutenção da exploração!” – disse o professor. Fernando Osório era um grande professor, reconhecido nacional e internacionalmente, respeitado em seu partido. Ele já teria tentado concorrer a presidente, mas foi vencido por um outro professorzinho ligado ao movimento sem-terra, que havia contribuído pouco para o materialismo histórico-dialético, cientificamente falando. Os militantes escutavam com atenção. Embora não fossem uma sala de aula, as plenárias mais pareciam escolas quando Fernando participava. Ele falava e os outros o escutavam, ele interrompia as camaradas, resmungava ;se a fala deveria ser de 10 minutos no máximo, ele falava 30 ou 40; quando o mediador lhe interrompia para que finalizasse, ele educadamente dizia que estava se encaminhando, mas continuava falando sem parar. Mas era o Fernando Osório, ele podia, era o seu jeito, assim como o de muitos brancos do partido.

O camarada Erivelton havia levantado a questão da necropolítica como tema importante para se discutir naquela reunião, e agora sentia suas bochechas pegando fogo, como se tivesse jogado pedra no próprio Marx. Erivelton concordava com quase tudo o que Fernando falava, na verdade entrou no partido por causa dele, mas o comportamento do professor o incomodava cada dia mais. Um dia, Erivelton descobriu vários autores negros marxistas e, pesquisando mais a fundo, ele se interessou pelas problematizações que esses autores e autoras faziam do trabalho de Marx. Ele se sentiu profundamente intrigado e desafiado. Propôs, imediatamente, que “raça” fosse um dos temas da plenária. Ele estava radiante, havia feito uma descoberta e tanto para auxiliar no projeto do partido, mas quando ele falou sobre necropolítica, que nem era o foco de sua fala - ele mesmo iria criticar o uso do conceito - mas foi logo interrompido e já fazia 5 minutos que o professor falava sem parar.

Quando o professor terminou a sua argumentação, todos/as os/as camaradas brancos/as aplaudiram longamente. Erivelton achou que poderia continuar a sua explanação, mas a contribuição do professor havia comido todo o seu tempo e o mediador pediu para que finalizasse em 1 minuto. Erivelton não pôde falar de Amilcar

Cabral ou de Samora Machel, ficou entalado na garganta o coletivo Combahee River e o Haiti, que aprendeu com o professor Marcos Queiroz. A plenária seguiu do jeito deles, com a fala deles, com os autores deles, tudo muito confortável e intragável. Erivelton desligou a câmera, saiu da reunião on-line e ficou pensativo. Ele não percebeu que uma das camaradas, também negra, saiu da reunião dois minutos antes, talvez pelo mesmo motivo. Neste momento, Erivelton pensa se essa tristeza e a vergonha que sente devem ser reprimidas ou postas para fora, em forma de raiva e de crítica, mas qualquer uma das decisões lhe custarão muito caro, já que é impossível ser pelo jeito deles.

- É o jeito deles.

3. Raça: história, política e crítica

Por vezes, parece que nós, estudantes pretos/as⁴, nos vemos obrigados/as a responder todas as questões resultantes de cinco séculos de exploração capitalista e colonial. Há, de certa maneira, uma fome por dar essas respostas, por se posicionar, por falar exatamente aquilo que está entalado na garganta e que faz corar as bochechas dos/as nossos camaradas pesquisadores/as e militantes brancos e brancas. Camaradas muito queridos/as indicaram a focar: a determinação social da saúde da população negra e suas articulações com a negritude e com a descolonização. No entanto, como focar se o problema tem origem, exatamente, em cinco séculos de apagamento e está intrinsecamente ligado à própria constituição do nosso Estado Nacional? Como focar nas políticas de saúde, tendo em vista que existem políticas de morticínio vigentes?

Não pretendo desfocar, mas, sim, complexificar a questão. Se iremos discutir a determinação social da saúde, um conceito marxista que irá analisar os processos de saúde e doença a partir da corrente internacional do trabalho, é necessário que possamos traçar a relação histórica entre racismo e capitalismo. Portanto, neste capítulo conheceremos um pouco da história da revolução haitiana, suas influências para a constituição nacional e como a composição racismo e meritocracia atuam na sociedade; se iremos falar sobre o SUS e as políticas públicas de saúde da população negra, precisamos ter em vista que existem outras políticas que pretendem a nossa morte, e que também estão em curso, portanto, a seguir apresento uma breve passagem pelas políticas de inimizade e o conceito de necropolítica.

Para mim, são questões fundamentais para o estabelecimento da proposta inicial: articular determinação social da saúde, descolonização e negritude. Se os/as estudantes pretos/as se vêem obrigados/as a dar todas as respostas aos problemas de cinco séculos de capitalismo, é justamente porque as nossas questões principais derivam de toda a história da diáspora. Existe gente que acha que devemos falar pouco e só o que for permitido falar, mas quem determina o que devemos ou não falar? Tem gente que acha que devemos escrever pouco, afinal, quem vai ler um/a preto/a que escreve muito?

⁴ Nessa dissertação utilizo a categoria preto ou preta como um dispositivo de posicionamento político no mesmo nível em que a categoria negro ou negra foi ressignificado pelo movimento na negritude no mundo e movimentos sociais negros no Brasil. Quando a intenção for me referir a categorização do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), farei referência a pessoas autodeclaradas pretas e pardas.

Ainda mais que divaga sobre o que não é o estrito foco! Quem achar ruim, infelizmente, terá de se acostumar.

3.1. Racismo, capitalismo e meritocracia: É como pedir para o peixe que voe!

Por vezes, eu penso em quando a minha avó alisava incansavelmente o cabelo crespo de minha mãe e se, de certa forma, ela também não havia compreendido o Brasil. Quando ela dizia que não aceitava falar sobre as pessoas negras, e que nem ela e nem seus filhos eram negros, se o seu diagnóstico é tão diferente daquele que faço nesta seção. Obviamente, discordamos, eu e minha avó, da práxis. Mas, no fundo, a nossa conclusão será a mesma: O Brasil odeia o Negro. E, ao odiar o Negro, deixa-nos presos em ciclos de esquecimentos e falsas compreensões. Embora eu tenha falado sobre revoluções bem conhecidas, para que possamos compreender quem é o Brasil precisamos falar de outra, cujas reverberações são ainda mais fortes e sentidas. Trata-se da Revolução Haitiana (1791 - 1804), uma revolução de caráter diaspórico na qual foram levados os ideais da *Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão*⁵ até o seu máximo (JAMES, 2020).

É latente o caráter revolucionário já em sua declaração de independência que, entre outras questões, foi o primeiro documento da história moderna a abolir a escravidão e a criminalizar a discriminação racial sob qualquer forma. Além disso, também pretendeu a desracialização total dos povos, passando a tratar todos os seus cidadãos como “negros”, independentemente da tonalidade de suas peles (QUEIROZ; JUPY, 2021). Trata-se de um grito de mudança do povo diaspórico, um grito de esperança para uns e de medo para outros.

O temor que causou aos letrados burgueses do Brasil foi tremendo, pois havia a possibilidade de que os escravizados desse território conseguissem se organizar e tomar

⁵ Nos diz James (2020) que T’oussaint L’ouverture, líder político e militar do povo escravizado que se revoltou na ilha de Santo Domingo, era um escravizado letrado e que a propriedade a qual era vinculado possuía cópias da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, sendo esta declaração uma das principais influências do pensamento de T’oussaint. Os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade foram o fundamento que levou T’oussaint a unir a revolução e a posterior libertação do povo escravizado de suas próprias correntes. A defesa radical destes ideais foi apresentada por James em cartas que T’oussaint enviou para Napoleão e também em diálogos relatados por oficiais brancos enviados pela França para lidar com a revolta. A radicalidade pela qual T’oussaint e seus companheiros revolucionários defendiam estes ideais os fez ficarem conhecidos como os “Jacobinos Negros”, em alusão ao mesmo grupo político francês.

o poder dos brancos colonialistas, acabar com a escravidão e puni-los pelos séculos de desapropriação e exploração (AZEVEDO, 2004). Isso não era descabido, já que foram várias as revoltas de escravizados e pobres que traziam consigo a similaridade com os Jacobinos Negros, tanto em sua organização, como pelas bandeiras que se erguiam (MOURA, 1990). Segundo Queiroz (2017), foi esse temor cada vez mais palatável para os brancos da burguesia brasileira que acelerou o movimento de libertação das pessoas escravizadas, por meio de uma transição paulatina que pudesse causar pouca, ou nenhuma, modificação na estrutura social do país.

De fato, até hoje os Jacobinos Negros parecem ser figuras demasiadamente perturbadoras, pois como demonstram ainda Queiroz e Jupy (2021), não existe praticamente nenhuma referência à influência da Revolução haitiana para o fim do período escravagista no Brasil e em suas subsequentes influências sociojurídicas na política internacional do período nos cursos de direito constitucional. Parece ser mais fácil acreditar que uma bondosa princesa branca, um dia, resolveu acabar com uma estrutura social de cinco séculos – ou que alguns nobres ingleses forçaram os selvagens colonialistas portugueses a isso – do que compreender que a população negra diaspórica não era apenas um corpo sem vontades, mas uma classe cuja organização política exitosa, em uma única ilha, pôde forçar o mundo inteiro a temer movimentos revoltosos subsequentes.

O fim do período escravagista no Brasil não resultou na alteração da estrutura social posta, assim como não levou a qualquer responsabilização dos culpados e ressarcimento das vítimas. São incontáveis os autores e autoras que já demonstraram como o fim da escravidão não resultou de forma alguma em uma melhora nas condições sociais da população negra, abrindo espaço para diferentes políticas de extermínio (NASCIMENTO, 2016). Essas políticas seguem os mesmos moldes até hoje: vemos o racismo e suas práticas nas polícias, na educação – em qualquer de seus níveis – no planejamento urbano, no mercado de trabalho e na saúde.

Se nos pautamos por uma visão liberal da história, deveríamos acreditar que o racismo é apenas uma ideia ultrapassada de sociedades cujo pensamento ainda não havia se “desenvolvido” o suficiente e que, a partir do advento da revolução industrial, o modelo de produção se modificou de tal forma a não necessitar mais do trabalho

escravo, mas do trabalho assalariado. Ou seja, o capitalismo seria diretamente responsável pelo fim da escravização. A lógica parece linear: as pessoas escravizadas não faziam parte do mercado de troca de mercadorias. Assim, terminar com a escravidão inseria milhões de pessoas nesse novo mercado de consumo - aumentando o lucro, diminuindo os custos e o tempo de produção.

Além disso, para o liberalismo, a nova formação social permite, também, que a sociedade se autorregule através da *meritocracia*, que ajudaria a estabilizar o sistema inteiro. As pessoas mais “capacitadas” acabariam por ocupar as funções mais adaptadas a essas capacidades, conduzindo as empresas – públicas ou privadas - para um crescimento maior que as suas concorrentes e, assim, puxando toda a cadeia de produção em busca das pessoas com as maiores capacidades para os cargos. O mérito seria legítimo o suficiente para impedir qualquer desagravo para as pessoas menos capacitadas e que, por consequência, estariam ocupando os menores cargos. Assim sendo, as chances de revoltas populares aos moldes das antigas revoltas de escravizados seriam permanentemente neutralizadas, pois, quem está abaixo na pirâmide financeira, estaria em constante corrida em busca de melhorar as suas aptidões para atingir novos patamares através do próprio esforço.

Idealmente, o sistema meritocrático seria estável o suficiente para sustentar sozinho a estrutura do capitalismo moderno. Entretanto, como argumentam Ballibar e Wallerstein (2021), o que ocorre com o sistema é o exato oposto. Se observarmos novamente o parágrafo acima, já poderemos realizar diversas problematizações: O que seriam “capacidades”? São as pessoas que devem se adaptar aos cargos ou o inverso não é mais adequado para uma verdadeira meritocracia? Como estabelecer um sistema meritocrático a partir de uma sociedade extremamente estratificada, na qual alguns têm tudo e outros não têm nada? Qual mérito tem uma pessoa de família rica, que sempre estudou nos melhores colégios, e que sempre teve o tempo necessário para se desenvolver, em relação à outra pessoa que mora em uma ocupação ou favela, cuja família nunca recebeu qualquer tipo de incentivo ao estudo ou ao trabalho, cujas condições de renda forçaram uma vida sempre em busca do próximo prato de comida?

Ainda mais a fundo, a nossa estrutura colonial compôs uma relação na qual o rico e o colonialista branco são intrinsecamente o mesmo sujeito, enquanto o pobre é o

nativo indígena ou o diaspórico negro. Não há como dividir raça e classe nestas sociedades colonizadas (FANON, 1968). Tal proposta conduz não apenas a opressões concretas, mas também subjetivas, já que não há uma distinção delimitada entre raça e classe. Assim, como um sujeito negro, mesmo que possua dinheiro, pode competir em pé de igualdade com o mesmo sujeito branco? O mesmo raciocínio podemos fazer em relação ao gênero! Enfim, em pouco tempo é possível estabelecer perguntas demais para aceitar o argumento de que o sistema meritocrático seria autossuficiente. Existe algo a mais que o ajuda a manter a estrutura na prática, enquanto a meritocracia seria a sua ideologia. É nesta problemática que adentram o racismo e o sexismo (BALIBAR; WALLERSTEIN, 2021).

Rejeito que o racismo seja uma ideia ultrapassada, na verdade “O racismo é sempre estrutural”, como nos diz Silvio Almeida (2020, p. 15), isto é, não é algo que possa ser cometido unicamente pelo sujeito racista – um sujeito cujas ideologias seriam “atrasadas”. O racismo é parte do eixo que faz com que a roda gire, permitindo a existência do capitalismo desde sua origem. Portanto, não pode haver, também, qualquer citação às revoltas diaspóricas, mesmo sendo uma delas um dos acontecimentos mais importantes da modernidade. Dessa maneira, não há qualquer “atraso” ou “ignorância” no pensamento do sujeito que efetiva o racismo na prática – aquele que xinga, que mata, que paga um salário menor – pois a prática do racismo está acima do sujeito que o pratica, derivando, na verdade, de uma série histórica de políticas e epistemologias que tornaram o racismo a saída mais lógica.

Silvio Almeida demonstra tal situação em termos práticos do trabalho. Vou no mesmo sentido e pego aqui os dados históricos dos estudos de Lélia Gonzalez (2020) sobre o mercado de trabalho para a mulher negra. Lélia denunciou que a mulher negra recebia um salário menor que a mulher branca e que os homens negros e brancos, assim como recebia menos oportunidade de estudo e menos vagas de emprego. Utilizaremos as mesmas argumentações de Lélia, tendo em vista que a desigualdade racial do salário pouco se modificou desde então (OSÓRIO, 2021). Silvio argumenta que, para o empresário comum, o pensamento vai no sentido de conseguir o maior lucro possível, no menor tempo e com menor custo. Ora, o custo é determinado pelas flutuações do próprio mercado, ou seja, a valia de determinado produto, meio de produção ou

trabalhador é a média da valia geral de tais “mercadorias” (ALMEIDA, 2020; MARX; ENGELS, 2015).

Com tais observações, qual seria o sentido de se pagar a mulher negra o mesmo salário da mulher branca? Estritamente em termos de mercado, o valor médio do salário de uma trabalhadora negra é menor que o de uma trabalhadora branca, e tal fato está disposto independentemente do pensamento “mais ou menos progressista” do empregador. Assim, ilógico seria se o empresário pensasse o contrário! Pagar a uma trabalhadora negra o mesmo que a uma trabalhadora branca significa, para o empresário, um custo acima do necessário para um lucro igual. É como pedir para um peixe que voe! A escolha que o empresário faz não é necessariamente uma escolha racista, mas, sim, regulada por uma estrutura racista. Prender ou multar o empresário ajuda a diminuir o problema no curto e médio prazo, mas não extermina o racismo. Apenas altera a forma como se apresenta a regulação do mercado.

Como diriam Balibar e Wallerstein (2021):

Desdém e medo do outro (xenofobia) são secundários em relação ao que define a prática do racismo [...] aspectos que envolvem contradição [...] Sempre que expulsamos fisicamente o outro, ganhamos “pureza” do ambiente que provavelmente buscamos, mas é inevitável, ao mesmo tempo, perdermos algo. Perdemos força de trabalho da pessoa expulsa e, portanto, sua contribuição para criar um excedente de que poderíamos nos apropriar diversas vezes [...] Mas se quisermos maximizar a acumulação de capital, é preciso minimizar os custos de produção [...] e, ao mesmo tempo, os custos da agitação política [...] o racismo é a fórmula mágica para isso (BALIBAR; WALLERSTEIN, 2021 p. 69-70).

Precisamente porque o racismo é anti-universalista é que ele ajuda a manter o capitalismo como sistema em termos operacionais. O racismo e o sexismo atuam como estabilizadores do sistema através da racialização e da generificação da força de trabalho. Ele permite uma remuneração, a um maior segmento da força de trabalho, bem mais baixa que aquela que poderia, em qualquer ocasião, ser justificada com base no mérito. Dessa forma, estabiliza um sistema no qual os donos do capital seguem sendo as mesmas pessoas e as mesmas famílias, havendo uma ínfima fluidez entre as classes sociais (BALIBAR; WALLERSTEIN, 2021; FANON, 2008; MBEMBE, 2018).

Com todas as questões estabelecidas, é interessante perceber como qualquer tentativa de terminar com o racismo estrutural é facilmente desconsiderada por meio da

atribuição da ideia de “racismo reverso”. Exemplos são vários e em diferentes contextos: pode ser apenas trocar a raça de uma personagem em um filme ou, então, a criação de políticas afirmativas de cotas raciais; qualquer tentativa de construir uma sociedade que seja menos desigual e, assim, mais equânime, é rapidamente descartada para a manutenção de um *status quo* no qual a lógica é a meritocracia e o próprio racismo. Dessa forma, é impossível dismantelar o racismo sem acabar desfigurando completamente a ideologia meritocrática. Portanto, é impossível um movimento antirracista que não seja, também, anticapitalista.

Se não há política antirracista que possa combater o racismo sem mexer nas próprias bases da sociedade, como podemos pensar em uma política de saúde pública que seja antirracista? Isso sequer é possível dentro dos termos da democracia burguesa? O SUS é um sistema que defende a universalidade, mas e quanto ao universalismo? Esse que discutimos tanto? A exposição dessas questões traz a importância de pensarmos a determinação social da saúde, a qual entraremos mais à frente.

No Brasil, essas contradições causam uma enorme desfiguração da identidade nacional. Um país que rejeita a si mesmo, a sua história e que vive através de ciclos de autoesquecimento (da colonização, da escravidão, da ditadura civil-militar, etc...). Será impossível pensarmos o Brasil com um futuro próprio, sem antes desatarmos as amarras que nos prendem ao esquecimento. Assim, para pensar na efetividade das políticas públicas nesse país, é fundamental retomarmos as relações raciais e coloniais como primordiais dessa nossa construção social. Até o momento, conversamos sobre a história e a estrutura do capitalismo intrinsecamente ligada ao racismo, mas precisamos adentrar as especificidades das políticas públicas que se constroem nesse sistema - racista, capitalista, sexista e colonial - para que seja possível demonstrar a irrealdade de um antirracismo nas nossas atuais bases. Tais políticas se configuram em políticas de assassinato em massa, políticas de roubo, políticas de desconfiança e políticas nas quais o nosso primeiro inimigo é o nosso vizinho, a partir das quais estabelecemos laços não mais com nossos territórios, mas com ideais de marcadores sociais que nada dialogam com a nossa existência, em suma, políticas da inimizade, como assevera Mbembe (2021).

3.2. Políticas de inimizade: medo e paranoia branca

Tendo em vista que nos encontramos diante de um país que constantemente lança mão de políticas de extermínio, principalmente da população negra e indígena, cabe-nos criar modos de resistência que sejam efetivos o suficiente para que, pelo menos, a nossa morte não seja em vão. Não me engano ao dizer que nos encontramos em guerra, e nessa guerra podemos ser mortos de várias formas: fome, doença, iniquidade, omissão, apagamento, branqueamento, invisibilização, extrema pobreza, desvalorização, despejo, etc... São mortes para além do nosso corpo. Então, se quisermos nos manter vivos e vivendo, precisamos compreender, também, qual é esse jogo da política que tanto nos afeta e que tanto nos mata. Precisamos, mais do que tudo, conhecer os mecanismos e os macetes que envolvem tudo isso.

Quando tentamos pensar nos processos políticos violentos que nos envolvem, não é raro que muitos colegas iniciem o debate a partir das problematizações de Michel Foucault. O método genealógico proposto por Foucault é, até hoje, uma das formas mais caras de estudo do poder e da política nos programas de pós-graduação, principalmente quando tratamos das políticas de extermínio (GALANTIN, 2019). Para a nossa discussão, é difícil não levarmos em conta que existem mecanismos instituídos de “deixar morrer” e “fazer viver” na sociedade, sendo esses mecanismos estratificados por raça, gênero e classe (QUIJANO, 2000).

A biopolítica, como controle social total, seria a delicada balança entre uma população que merece cuidado e outra que não merece nada (FOUCAULT; SENELLART; EWALD, 2010). A população merecedora o seria por fatores externos, principalmente relacionados à falácia da meritocracia. Por outro lado, há um povo outro, uma gente outra, que fala diferente, que age de forma sorrateira, misteriosa, com olhares perigosos que espreitam as senhoras sozinhas nas ruas escuras da noite na cidade; não são crianças, são menores; não são homens, são criminosos; não somos nós, são eles (FOUCAULT, 2011).

Essa escolha social por uma população que deve ser protegida, e outra que deve ser desprotegida, é o foco das análises de Mbembe (2021) nos países colonizados. São “Eles” que roubam, matam e estupram; eles que colocam os filhos para dormir nas

próprias camas, sem se importar em dar um quarto individual para cada criança; eles que fazem vários filhos para se aproveitar dos benefícios sociais, que não trabalham, que sugam a vida do trabalhador “de bem” e que, depois, surgem de suas vielas e becos, das suas favelas, como monstros para nos atacar. A morte deles, de cada um deles, é uma chance a menos da minha própria morte, a minha segurança deriva diretamente da insegurança deles. Quanto menos tiverem, mais eu terei.

Assim, os serviços de saúde devem ser instalados nos centros, e não nas periferias; as delegacias de polícia devem responder mais rapidamente as chamadas nos bairros nobres; as escolas mais próximas da burguesia também devem receber o maior financiamento e os/as melhores profissionais, pois ali estudantes têm mais chance, mais potencial. Enfim, todo o tipo de cuidado, lazer, infraestrutura e segurança devem ser posicionadas próximas ou dentro de bairros nobres, sob qualquer justificativa que seja. Nos bairros pobres, sem tais investimentos, muitas vezes, o povo morre à míngua sem ninguém nem saber. As mulheres grávidas caminham quilômetros em trabalho de parto e morrem antes de chegar no hospital do centro, que pena! As crianças crescem sem qualquer incentivo e viram mão-de-obra barata para a casa-grande de alguém, “é o jeito que a vida é, não é mesmo?”. É assim que o Estado Moderno mantém as relações sociais estáveis dentro de um território.

Entretanto, nos deparamos com críticas cada vez mais justas à composição foucaultiana. Não podemos nos esquivar do trabalho clássico de Spivak (2018) no qual a autora pensa sobre a prática do *Sati*⁶ e se pergunta até que ponto os povos marginalizados do Sul global, as mulheres, os indígenas, os pretos e as pretas do mundo podem falar. Ao observar Foucault, Spivak enxerga um homem branco, cisgênero, europeu que escreve a partir de seus próprios estudos da sociedade. Não há espaço para a fala do subalterno no trabalho composto por Foucault e, assim, não há saída e nem projeto. Spivak se preocupa mais em pensar de que forma o subalterno tomará palavra se quem a traduz são os hegemônicos, os pesquisadores, os europeus. O europeu usa a

⁶ Prática *hindu* na qual as mulheres viúvas queimam na pira funerária do esposo. O caso mais famoso ocorreu em 1987 com Roop Kanwar, que tinha 18 anos na época. O sogro e o cunhado da mulher foram acusados de tê-la forçado a se sentar na pira funerária para queimar até a morte, a jovem não resistiu às queimaduras e morreu no local, mas os homens foram inocentados em 1996. *Satis* são raros, mas ainda ocorrem na Índia, embora seja proibido pelo Estado.

palavra do subalterno como máscara, mas não é a fala subalterna que ele reproduz, pois a fala subalterna não se diz só com palavras, mas também se diz com o corpo (SPIVAK, 2018).

Quando leio autores e autoras negras e do Sul global, observo cada vez mais problemas com o pensamento de Foucault. Me é estranho que o autor enxergue tão concisamente a biopolítica, mas que não consiga propor um projeto de escapatória desta realidade. Não existe utopia em Foucault e, se não existe uma maneira de nos conduzirmos para fora do panóptico, então a própria escrita se torna o panóptico. Observamos profissionais muito bem treinados para enxergar as formações do panóptico, mas sem qualquer instrução do que fazer com essa observação, de modo que nos serviços de saúde, por exemplo, sentem-se sem ferramentas para trabalhar. Sem um projeto de libertação, a teoria de nada serve, ou melhor, “os filósofos já interpretaram o mundo de maneiras diferentes; o que importa, contudo, é transformá-lo” (MARX; ENGELS, 2021 p. 91).

Achille Mbembe (2021) não abandona os conceitos, mas compõe o que ele chama de políticas de inimizade. Ou seja, formas pelas quais o Estado exerce ainda o controle social, mas não apenas através de uma disputa binária entre dois diferentes “povos” em um mesmo território, e, sim, em uma disputa de todos-contra-todos. As políticas de inimizade se referem a esses processos de inoculação de paranoia na sociedade. A paranoia é o centro da ideia de inimizade de Mbembe: ela gera uma população que não apenas deixa morrer, mas cada vez implora por mais morte. Sobre esse povo desprovido de tudo, é lançado todo o tipo de psicopata homicida fardado. Depois, joga-se a luz sobre os corpos mortos, os corpos deteriorados, os corpos decapitados e desmembrados. As imagens vão até as televisões, passam por grupos de WhatsApp, são transportadas por páginas de Facebook e grupos secretos no Telegram, os mercedores regozijam! A biopolítica como gozo do mais forte. Existe nessa degradação social um intenso fervor sexual, no qual o fazer viver parece muito menos importante do que o fazer morrer e esse manifesto em favor da morte como forma de controle é o que Mbembe entenderá como a necropolítica manifesta (MBEMBE, 2021).

A necropolítica não precisa de dados ou porcentagens: ela se dá fora do juspositivismo, é a sistematização da bala perdida, da loucura do Estado, é a libertação

de toda a insanidade sanguinolenta da sociedade em locais determinados, nos quais a legislação é apenas uma máscara social. Toda essa violência é retransmitida pelos meios de comunicação e a inimizade, então, tem a sua catarse no corpo de um preto atirado numa vala. Não nos enganemos, também há a catarse no corpo de uma criança preta morta por bala perdida, também há o gozo sobre a mãe que morre voltando da padaria na vila, tudo (re)transmitido, lubrificado e muito bem dotado de todo o tipo imagem e sentimento falso.

O pensamento de Mbembe nos ajuda na composição de estratégias que seriam impossíveis para Foucault. O panóptico nos observa de longe e, por isso, não olha por debaixo da máscara. É necessário que não olhe, e se não olha, não é total. Dessa forma, onde age a necropolítica também agem as estratégias de escapatória dessa sociedade: as formas de violência do opressor e do oprimido se encontram em uma guerra constante (FANON, 1968; MBEMBE, 2021). As armas e o poderio militar vão aumentando, mas também vão aumentando as consciências e as lideranças que emergem dessas condições. As forças se contrapõem no íntimo da necropolítica, escondidas nas políticas de inimizade.

Haveremos ainda de entender melhor as possibilidades de pesquisa que as ferramentas de Mbembe nos proporcionam, mas, por hora, ficamos apenas com o entendimento de que a violência não é somente o morticínio insano do Estado, mas também uma arma de libertação do povo oprimido (FANON, 1968). Não podemos esquecer que libertação e saúde eram conceitos muito próximos para Fanon em seus trabalhos, tanto no exército revolucionário quanto no hospital-dia Saint Alban (FANON, 1968; 2021). Dessa maneira, fazer uma compreensão dinâmica das políticas de inimizade poderão me ajudar a pensar as políticas de saúde para além do que é determinado por saúde. Aí, já podemos pensar em um fio de articulação entre determinação social da saúde e negritude. Enquanto pesquisa, significa desestabilizar o olhar do gozo pela inimizade, significa parar de desconfiar e observar o que há por debaixo da desconfiança para, a partir daí, tentar tecer relações outras que, possivelmente, levarão também a dados, hipóteses e conclusões outras.

Quarta Fábula

Na noite passada caiu um temporal e inundou a casa de Jéssica. A família toda passou a madrugada levantando os móveis, tentando salvar o que era possível, depois dormiram todos os cinco juntos na única cama que não estava molhada. Mas Jéssica não dormiu muito. Às 5h da manhã, seu filho mais velho a acordou e pediu ajuda: “mãe, tô com medo, vem comigo?”. Jéssica morava na última casa de um beco, o vizinho da frente estava tendo um surto psicótico e chutava a porta de sua casa com toda a força, tentando entrar, e não era a primeira vez que acontecia. O filho de Jéssica precisava sair para trabalhar, mas temia ser atacado. A mãe abriu a porta para ele, segurando uma vassoura, e ele saiu a passos rápidos. Jéssica não dormiu mais, tomou café e se preparou para o dia: “Graças ao bom Deus, a chuva parou”. Quando deu o horário, ela pegou a melhor roupa e foi até o CRAS do seu bairro, deu bom dia a todos e entrou na sala da assistente social, e já havia alguém lá: “Bom dia, como vai, posso te ajudar?”, “Bom dia Dona...” Jéssica fez o atendimento, depois fez outro e outro. No café, um dos colegas reclamava da farra das EADs: “Eu não confio em profissional formado à distância, não se tem critério nenhum com essa gente, são formados e se formam só pra ganhar o dinheiro público”. Ela assentiu afirmativamente, não falava nada, apenas lembrava de como havia sido difícil se formar em serviço social na EAD que fez, enquanto trabalhava como auxiliar de limpeza. Passava o intervalo e ela voltava a atender, todo mundo gostava dela. Jéssica conhecia cada centímetro da cidade, cada lei, cada benefício, cada atalho no sistema que pudesse auxiliar. Uma vez, uma colega lhe perguntou onde ela morava, mas Jéssica desconversou, não gostaria que soubessem que morava na comunidade, que sua casa era pequena e que, por vezes, chovia dentro. O que iriam dizer?! Era comum que as outras colegas do CRAS reclamassem: “Hoje em dia não dá mais pra diferenciar o profissional do usuário, não se tem postura! Não se tem ciência!”. Ou, então, indignavam-se porque as famílias não dividiam os quartos dos filhos em seus barracos. Elas riam da forma como as pessoas falavam e de como se vestiam, mas riam com tristeza, pois sabiam que era devido à condição de vida precária. Jéssica nunca falou de seu TCC, que defendia que os usuários tinham estratégias inteligentes de enfrentamento ao preferirem a rua à casa, o barraco ao apartamento abusivo, Jéssica fazia seu trabalho.

Passaram-se dez anos .Jéssica é uma das assistentes sociais mais reconhecidas de sua instituição. Algumas coisas melhoraram, outras seguem as mesmas. Ela, que foi a primeira mulher de sua família a ter um diploma, colocou os três filhos na universidade (um até faz mestrado!). Ela sabe que os novos profissionais do CRAS são melhores que os antigos, mas ela ainda não teve coragem de confessar o seu segredo: que ela era pobre e de origem pobre, mas veja só, ela já aprendeu que é negra. Ontem foi domingo e ela falou para o filho mais velho que se inscreveu na prova do mestrado. Ele ficou muito feliz por ela e já mandou um monte de livros para ajudar. Às vezes, ela pensa na mãe dela e gostaria que estivesse viva para ver que na sua casa já não chove mais dentro, que ela assiste Netflix e trabalha só 30 horas por semana; às vezes, ela se vê ou vê a mãe, ou um dos filhos nos usuários que atende e ela não sente mais vergonha, mas, sim, muito amor e muito respeito. “Bom dia, Dona Jéssica”, “Bom dia, em que posso te ajudar?”.

- Jéssica tem um segredo.

4. Negritude: Um conceito que emana

Eu sou preto, eu penso e sinto assim, como já disse Beatriz Nascimento (2021). Mas o que isso significa? Há no corpo preto algo diferente do corpo branco? Se há, esse algo também não seria diferente no corpo indígena, no corpo nordestino ou no corpo do pobre, mesmo que branco? Ou então há na singularidade da vivência preta uma conjuntura sócio-histórica que propicia essa identidade negra que, de certa forma, diferencia-se da simples tonalidade da pele, da etnia, da religião ou região de nascimento? Nesse sentido, seria possível fazer uma torção na frase de Beatriz? Eu penso e sinto assim, portanto, sou preto?

São questões perigosas de se fazer em um momento como esse, de revisão das políticas afirmativas de cotas raciais, no qual brancos e brancas intelectuais travam combate contra um (im)possível “identitarismo”, em um país em que a população preta foi constantemente tema de pesquisa, problema de pesquisa, questão a ser resolvida ou atraso ao desenvolvimento nacional. Ao mesmo tempo, muitos desses/as intelectuais defendem não existir isso de “pensar preto”, que não existem raças, mas humanos e que qualquer menção à diferenciação epistemológica seria um “racismo reverso”, uma tentativa de segregação (MOURA, 1990). Mas, se eu penso e sinto assim, preto, são questões das quais não posso fugir, sob risco de fugir do meu próprio pensamento e proposta de pesquisa.

Muitos autores e autoras se debruçaram sobre as mesmas questões que eu. Por suas diferentes vertentes e caminhos, tentaram articular uma política, um entendimento, uma ética da/para a população negra. Certamente, como preto/a não é tudo a mesma coisa, nem todos esses caminhos serão retomados. A minha escolha é a de uma caminhada já traçada e que se pretendeu superada. Esse capítulo pretende uma revisão acerca do conceito de *Negritude*, suas influências e como ele impacta a formulação da identidade da população negra no Brasil.

Embora o movimento de Negritude e o próprio termo tenham surgido na língua francesa, idealizados pelo poeta e ativista político Aimé Césaire, no final da década de 1930, a ideia de uma identidade negra e suas formas tem raízes muito anteriores. Sobre isso, há pouca concordância entre os autores e parecem surgir cada vez mais

anteriores, conforme a história da diáspora negra é recontada. Por exemplo, Domingues (2009) afirma que o movimento da negritude provavelmente teria se originado nos Estados Unidos, então, passado pelas Antilhas e, enfim, chegado à França, onde o termo Negritude surgiu e o movimento foi, então, batizado, articulado e sistematizado pelos estudantes negros e africanos Aimé Césaire, Leopold Senghor e Leon Damas.

Essa herança estadunidense se dá muito por conta da grande influência que o escritor W.E.B. Du Bois tem para a luta antirracista em todo o mundo. Embora o movimento mais próximo do autor seja o pan-africanismo – que não abordarei com a profundidade necessária neste texto - pelo fato de Du Bois ser uma das primeiras lideranças a adotar uma política discursiva de orgulho racial e de volta às origens negras, muitos o consideram o “pai simbólico” do movimento de tomada de consciência de ser negro (DOMINGUES, 2009).

Outra luta empreendida em território estadunidense e citado por Césaire (2010) como precursor da Negritude foi o *New Negro* (ou “*Negro Renaissance*”), movimento literário e artístico que surgiu no *Harlem*, por volta de 1920, cuja proposta cultural se baseou em combater as imagens estereotipadas da população negra, assim como o racismo propagado por essas imagens no imaginário social. Para isso, o *New Negro*, ao invés de se ocupar em responder as acusações racistas, enaltecia em todas as suas obras a cor e as características físicas do povo negro.

O *New Negro* foi um movimento extremamente influente pelas Américas e Caribe, e suas ramificações são bastante abrangentes. Nas mesmas bases, Nicolás Guillén criou em Cuba o negrismo cubano e, no Haiti, Jean Price-Mars promoveu um movimento de reabilitação da herança cultural africana, valorizando as línguas crioulas e a religião vodu. De fato, até mesmo Césaire compreende que Price-Mars foi “precursor e mestre da liderança negra independentista da luta nacional africana” e que “contribuiu muito para a formação do importante movimento da negritude”, sendo que “o Haiti foi o país em que a negritude se ergueu pela primeira vez” (BERND, 1984, p. 30). Embora Césaire esteja aqui falando especificamente do movimento puxado por Mars, o Haiti é o berço de muitas das maiores contribuições para o antirracismo, como a própria revolução haitiana (QUEIROZ; JUPY, 2021).

Mas, também, houve outras referências fora dos Estados Unidos que merecem atenção. Soares (2020), em uma excelente revisão da história da negritude no Brasil, afirma que, muito antes do *Harlem*, houve poetas e poetisas da diáspora brasileira que devem ser citados nesses antecedentes. Um marco histórico seria a publicação da antologia *Primeiras Trovas Burlescas de Getulino*, do poeta, líder abolicionista e advogado, Luiz Gama, publicada pela primeira vez em 1859, já reconhecida desde 1940 por Abdias Nascimento (1982) por ter articulado questões da identidade negra, assim como o romancista Lima Barreto. Outro marco é a lembrança fundamental que Stênio Soares (2020) traz de Maria Firmina dos Reis e seu romance *Úrsula*, publicado em 1859, além de seu conto *A Escrava*, de 1887. A autora é considerada a primeira romancista negra do Brasil e trazia em seus textos a mesma luta empreendida por Gama, pelos estadunidenses e pelos autores da Negritude.

Interessante é pontuar que, embora Abdias cite Luiz Gama e Lima Barreto como antecessores da Negritude, demonstrando que a população negra brasileira reconhece o movimento e luta feita neste território, o nome de Maria Firmina dos Reis será reconhecido muitas décadas depois por outros autores, como Stênio José Soares. Longe de conclusões, é importante neste texto, como também trato de uma revisão, lembrar de dois pontos a partir disto: a) a importância de tomar o gênero como questão central da Negritude; e b) o entendimento de que ainda existem muitos autores e autoras que esperam, em nosso passado, para serem redescobertos em nosso futuro. Esses dois pontos tornam fluida a discussão da negritude, um conceito em movimento e ainda em construção, por mais que alguns o considerem ultrapassado. Conforme Stênio Soares (2020):

Alguns estudiosos acreditavam que, no Brasil, o movimento de negritude foi um ideário que emergiu como expressão de protesto de um pequeno grupo de intelectuais negros em resposta à supremacia branca. Entretanto, ao identificar a presença de Maria Firmina do Reis, uma mulher negra, operária e *outsider* do seletivo grupo de intelectuais contemporâneos, percebe-se que as raízes do movimento de negritude têm historicidades que ainda merecem atenção e revisão histórica. Muitos intelectuais negros figuram como protagonistas na história do movimento de negritude no Brasil, entretanto, também existe um esforço de promover a visibilidade à sujeitos e ações que demonstram o protagonismo de artistas de classes populares (SOARES, 2020).

O que me parece bastante consolidado é que, em diversos pontos da diáspora, pessoas pretas estavam pensando nas vicissitudes de ser preto, em como combater o

racismo e, principalmente, como fazer isso a partir de formas diferentes do que se convencionou tratar por ciência. Aquela neutra, dita imparcial, disposta por uma lógica bastante eurocêntrica do pensamento. Observo o quanto a arte, a poesia e a literatura estão historicamente ligadas a algumas lutas antirracistas na diáspora, independentemente de sua posição nacional. A forma como essa influência se dá pode ser pelo contato, mas também poderia ser pela própria vivência? Afinal, a estrutura do racismo é tanto cultural quanto globalizada (MUNANGA, 2019).

De outra forma, como poderíamos ter como tão atual a fala de Césaire sobre a sua construção do conceito de negritude? Conta-nos o poeta que, certa vez, caminhando pelas ruas de Paris, ouviu alguém xingá-lo: - Neguinho! – ao que teria respondido: - Neguinho é o cacete! - e comenta:

No dia seguinte, eu propus a Senghor de redigir junto com Damas um jornal, O Estudante Negro. Leopold: “eu suprimiria isso. Nós deveríamos chamar Os Estudantes Pretos. Entendeu? Isso nos foi lançado como um insulto. Então, eu o pego e encaro”. Foi assim que nasceu a “Negritude”, em resposta a uma provocação (CÉSAIRE, 2010 p. 101).

Em uma entrevista concedida a René Despreste (1980), Césaire detalha um pouco mais como a palavra *nègre*⁷ (negro) impacta e constrói subjetividades subalternizadas em sua terra natal, e como pretendeu torcer o conceito, sugerindo uma negritude:

Como os antilhanos se envergonhavam de serem negros, buscavam todo o tipo de sinônimo para denominar negros. Se falava do “homem de pele curtida” e outras estupidezes desse estilo[...] Então adotamos a palavra negro como uma palavra-desafio. Este era um nome de desafio. Era um pouco da reação de jovens com raiva. Já que envergonhavam da palavra negro, pois bem, nós empregariamos negro (DESPRESTE, p. 32).

A história de vida de Césaire é ainda mais próxima de pretos e pretas que, como eu, escapam da extrema pobreza, mas não do racismo. O jovem, neto de pessoas escravizadas, era considerado já um excelente aluno em sua terra natal, o que lhe rendeu uma bolsa de estudos para o Lycée Louis-Le-Grand, aos dezoito anos de idade. No Lycée, ele se inscreveu em um dos cursos preparatórios mais conceituados da França (*hypokhâgne*, depois na *khâgne*), cujo objetivo era a preparação para entrar na École

⁷ “A palavra *négritude*, em francês, deriva de *nègre*, termo que no início do século XX tinha um caráter pejorativo, utilizado, normalmente, para ofender ou desqualificar o negro, em contraposição a *noir*, outra palavra para designar negro, mas que tinha um sentido respeitoso (DOMINGUES, 2009, p. 196).

Normale Supérieure. Nesse período – entre 1931 e 1939 - o jovem martinicano compartilharia aulas com várias pessoas da elite intelectual do país (MARTINS, 2020).

Porém, o período na *Khâgne* deslocou Césaire do lugar de “excelente aluno” na Martinica para um “excelente aluno preto” na França (FONKOUA, 2013). Esse deslocamento que sofremos quando deixamos nossos espaços seguros de convívio é bastante conhecido e ainda atual. Podemos fazer uma breve menção aqui ao encontro que Fanon tem com uma criança francesa que acha que o negro irá comê-la (FANON, 2008); mais recentes são as histórias de bell hooks sobre a mudança de um colégio segregado para pessoas pretas para um colégio misto (hooks, 2017). Eu mesmo, nesse texto, já falei sobre o choque da desumanização racista.

Pouco depois de chegar ao curso, o jovem martinicano encontra Léopold Sédar Senghor, do Senegal, que na época estava na *hypokhâgne* e Leon Damas, que estudava na Escola de línguas orientais. A amizade dos três se coloca não apenas enquanto coleguismo de pessoas advindas de uma mesma cultura em uma cultura diferente, mas como forma de resistência dos processos de alterização vivenciados diariamente. Alguém mais inteligente do que eu poderia dizer que se formava ali, no Lycée, um quilombo?

Segundo Domingues (2009), havia na época uma política de maior abertura para os estudantes africanos e das colônias americanas nas escolas superiores da Europa, sobretudo em Paris e Londres. Não nos conta o autor se essa abertura tinha relação com a política internacional do período, haja vista o papel preponderante do continente africano nas disputas da primeira guerra mundial. Devo lembrar que o período entre a primeira e a segunda guerra mundial é marcado por tensões coloniais, facilitadas pelo fim de vários impérios e crise geral da Europa. De qualquer forma, isso iniciou um processo de mobilização cultural. Pois, quando esses estudantes começaram a frequentar as universidades europeias, constataram que a civilização ocidental simplesmente não tinha as condições perfeitas que se propagavam nas colônias. A partir da vivência do racismo e da irracionalidade branca, despertou-se nesses jovens a consciência racial e, com ela, a necessidade de lutar pela identidade cultural do povo negro.

Essas manifestações podem ser vistas a partir das publicações que esses estudantes procuram fazer desde então. Em junho de 1932, é publicada a revista *Légitime Défense* (Legítima Defesa). Em tom de manifesto, estudantes pretos denunciavam o racismo e assimilacionismo, propunham que os intelectuais deveriam assumir a sua raça e defendiam uma quebra com o estilo e a forma dos modelos literários franceses, em suma, uma libertação da própria imaginação dos/as intelectuais pretos (DOMINGUES, 2009). Em 1934, Césaire, Senghor e Damas, além de outros estudantes, fundaram a revista *L'Étudiant noir* (O Estudante Preto) em Paris, com as mesmas intenções e, para isso, defendiam o comunismo, o surrealismo e o retorno às raízes africanas (MARTINS, 2020).

Embora já estivesse fervilhando nessas publicações, Césaire lança o termo negritude pela primeira vez apenas em 1939, na ocasião de seu retorno à Martinica, na poesia clássica *Caderno de um regresso ao país natal*. Segundo Fabrício Silva (2018), já neste primeiro momento podemos ter a compreensão de Césaire sobre o que ele considera a Negritude, algo que será melhor delineado pelo poeta apenas no final dos anos 1970. Mas, já aqui nesta obra, podemos compreender que a Negritude não se refere à caracterização de um determinado povo por sua origem étnica, mas de uma identidade dinâmica que não se formula como resposta ao racismo, e, sim, como tensão ao “Humano”. Nessa obra, o poeta afirma que:

A determinação da minha biologia, não prisioneira de um ângulo facial, de uma forma de cabelo, de um nariz suficientemente achatado, de uma tez suficientemente melânica, e a negritude, não mais índice cefálico, ou um plasma, ou uma soma, medindo-se agora ao compasso do sofrimento (...) aceito, aceito tudo isso (CÉSAIRE, 2012, p. 79).

Ao mesmo tempo em que nascia o movimento de negritude, também nascia uma de suas principais críticas. A partir do texto de Senghor, *Ce que l'Homme noir apporte*, que tentava delimitar de forma mais clássica sobre do que se tratava o conceito de Negritude. Fabrício Silva (2018), em um trabalho que comenta a vida e obra do autor, traz-nos que Senghor, basicamente, defendeu a existência de um “espírito da civilização negra” que sobreviveu na África e na diáspora. A cultura seria derivada “da raça, da tradição e do meio”. Se na diáspora a mestiçagem enfraqueceu o primeiro elemento e o meio mudou, o elemento da escravidão atuou como garantidor da manutenção daquela unidade (SILVA, 2018). Ao tentar delimitar as características dessa cultura negra,

Senghor apresentou o/a negro/a como sensual, sensível e emotivo, enquanto o branco seria o oposto, culminando na frase: “a emoção é negra, como a razão helênica” (SENGHOR, 2011, p. 75).

Poderíamos dizer que Senghor tenta fazer a mesma torção que Césaire faz com a palavra *nègre*? Parece ser a opinião de Silva (2018):

De todo modo, o que o autor faz é um elogio do negro, entre outros motivos exatamente porque não é tão racional, na medida em que o racionalismo seria um dos males da modernidade, considerada desumanizada, artificial. Trata-se de uma inversão de caracteres considerados negativos, que aqui são lidos como positivos. Trata-se sobretudo de uma crítica romântica à modernidade (SILVA, 2018, p. 8).

Aparentemente, a maioria das leituras da época não seguiram por esse caminho, já que Senghor passou o resto da vida respondendo por essa frase. O que não só tornou muito mais delicada a sua trajetória como intelectual da negritude, como também marcou grande parte das críticas – e até das opiniões favoráveis – quanto ao movimento. Outra crítica bastante imediata é ao fato de os poetas escreverem em francês, língua vista como colonizadora por muitos críticos (RODRIGUES, 2007).

Em 1947, Césaire, Senghor e Damas fundam outra revista, a *Présence Africaine*, que foi a culminação das discussões anteriores sobre as angústias e formas de luta da diáspora africana, na qual se pudesse expressar uma visão positiva da população negra e de sua identidade (BARBOSA, 2013). A *Présence Africaine* se tornou uma das publicações mais respeitadas do século XX, espalhou-se por todo o globo e, décadas mais tarde, tornou-se também uma editora especializada nas contribuições negras para a cultura e o conhecimento, tendo publicado vários trabalhos fundamentais como os do egiptólogo Cheikh Anta Diop (SOULA, 2021).

Sobre esse processo de evolução das revistas conduzidas pelos poetas negros francófonos, o antropólogo Kabengele Munanga (2019, p. 42-43) já afirma vários elementos fundamentais que conduzem o movimento de negritude até a sua atualidade, entre eles: a) uma visão diaspórica das pessoas negras; b) necessidade do negro se colocar como ser autêntico, sujeito de sua ação social; c) reivindicação da liberdade criadora do negro; d) volta às raízes africanas.

A Negritude passa a ser uma das formas pelas quais a população negra pode se inserir nas discussões de humanidade e também, como ferramenta de busca pela

autodeterminação, o que na época significava descolonização e combate ao assimilacionismo. A influência desse movimento é gigantesca nas lutas pela libertação dos povos colonizados em África. Pensar o “Negro” sempre foi o lugar dos brancos, e a Negritude conclama negros e negras a pensarem em si próprios. Mas podemos concluir que a Negritude é uma identidade? Interpõem-se, daí, algumas críticas iniciais.

Há de se pontuar que os locais de raça e classe estão bastante posicionados na composição do movimento de negritude a partir de tais sujeitos. Para Domingues (2009 p. 199-200), a negritude em sua fase inicial era: “a ideologia de uma elite negra letrada, na medida em que congregava os estudantes oriundos de famílias ‘remediadas’ dos países colonizados”. Realmente, não é qualquer um/a que estuda nessas escolas. Senghor, por exemplo, foi colega de Georges Pompidou, que se tornou presidente da França em 1969. Quais as implicações que uma vivência tão elitizada traz para essa composição inicial do movimento? Na sequência de seu argumento, Domingues (2009) realiza uma breve retomada da construção de uma pequena burguesia negra colonial, que se coloca entre as massas completamente subalternizadas e os colonizadores brancos, sem, de fato, poder acessar uma ou outra. O autor conclui que o discurso de afirmação racial teria sido ,então, uma resposta burguesa a esse sentimento de “marginalização racial” e “frustração existencial”, para revalorizar a sua identidade no “mundo dos brancos”. Afirmando ,então, a negritude e a volta às raízes da cultura africana.

Há muito perigo em tal afirmação, não apenas em entender a negritude a partir de um olhar também “dos brancos” – o que já deixaria escapar o principal – mas, também, em relegar as questões de identidade como secundárias às questões da burguesia. Essa mesma crítica também conduzirá outros/as autores/as a considerar o pensamento de Césaire como reacionário, tradicionalista e contribuinte para a exotização dos povos africanos, mas não levarei a problematização muito longe. Também não me escapa problematizar a posição de classe e de local desses poetas. Pois, enquanto os pretos de *New Harlem* morriam nos ataques policiais, Lima Barreto era posto em um hospício e Maria Firmina era relegada à invisibilidade, Senghor opta pela Sorbonne e Césaire vai pela École normale supérieure (MARTINS, 2020). Estaria imbricada, nessa posição, uma aceitação mais favorável da elite branca, mesmo que crítica, em algum nível?

Certamente, o filósofo Jean-Paul Sartre teve mais facilidade em ter contato com a *Présence Africaine* do que com *Úrsula*, e, por isso, o seu texto *Orfeu Negro*, de 1948, trata sobre o primeiro caso e não sobre o segundo. *Orfeu Negro* serve como introdução para a obra *Anthologie de la nouvelle poésie nègre et malgache de langue française*, editada por Senghor. O apoio de Sartre é considerado por Silva (2018) como a principal divulgação do conceito e do movimento, e sua leitura é bastante interessante. Para o filósofo, a Negritude é a antítese do racismo, ou seja, um “racismo antirracista”. Com o advento da Negritude, haveria um processo dialético do conflito racial no qual, de um lado se põe o racismo do branco e, de outro, o “racismo” de afirmação das pessoas negras. Provocando um conflito cuja síntese seria a superação tanto do racismo quanto da negritude, em direção à uma sociedade sem nenhuma forma de racismo (SARTRE, 1960).

Há então, uma discussão bastante ampla sobre a posição dúbia de Sartre, pois, ao mesmo tempo em que ele apresenta as poéticas da negritude como a única poesia revolucionária naquele momento, já que o proletariado europeu estaria incapacitado dada sua reificação e embrutecimento (SARTRE, 1960; SILVA, 2018). A posição antitética em que o filósofo coloca a Negritude acaba por retirar essa radicalidade do movimento, e “conceder-lhe” um papel temporário e reformista da sociedade francesa (DOMINGUES, 2009). Críticas que serão muito próximas às que Fanon também produzirá (FANON, 2008).

Após *Orfeu Negro*, o movimento de Negritude tornou-se cada vez mais forte nas discussões sobre racismo em toda a Europa. Assim como também as críticas, que seguiram basicamente os mesmos pontos: de que haveria na Negritude um “racismo reverso” ou, então, de que não seria possível abranger toda a população negra em um mesmo movimento, pois “Negro” não é tudo uma coisa só e nem vem tudo do mesmo lugar! O crescimento do movimento pode ser medido com base nos congressos de intelectuais negros ocorridos na segunda metade dos anos 1950: O Primeiro Congresso Internacional dos Escritores Negros, realizado em 1956, na Sorbonne - para debater os rumos da poesia. Entre apoiadores e críticos, Zilda Martins (2020) destaca nomes como Cheik Anta Diop, Frantz Fanon, Alioune Diop, Aimé Césaire, Léopold Sédar Senghor, Jean Paul Sartre, André Guide, Claude Levi-Strauss, Richard Wright, Pablo Picasso, Joséphine Baker, e Louis Armstrong, entre outros; e em 1959, o Segundo Congresso dos

Escritores e Artistas Negros, dessa vez em Roma e, também, muito bem frequentado (FONKOUA, 2010, p. 187).

Neste primeiro congresso, há uma passagem do trabalho de Romuald Fonkoua (2013) que me chama muito a atenção:

[...] desde o início do congresso, os discursos sobre a cultura não podem esquecer que a política não consiste apenas em elaborar projetos. Ela consiste também em afrontar o real [grifo nosso]. Césaire chamou a atenção do auditório para esta realidade concreta de imbricação do político e do cultural, da relação profunda, íntima, de um e de outro; uma relação que poderia ser harmoniosa, mas também conflitiva (FONKOUA, 2013, p. 199).

Poderíamos pensar que Césaire não falava necessariamente de uma unidade do “Negro”, mas de um movimento da população negra por autodescoberta e autodeterminação. Se a política não consiste necessariamente na elaboração de projetos, mas na afronta da realidade, o que ele estaria considerando por realidade? O racismo? A estrutura colonialista? A luta de classes? De qualquer forma, parece se instaurar aqui a ideia de que a Negritude não trata da mesma etnização de todos os pretos e pretas, mas de que a Negritude emana enquanto confronto com a realidade a partir das relações sociais e políticas.

De fato, a partir desses congressos o objetivo principal do movimento de Negritude passou a ser a libertação das colônias africanas do domínio europeu. Na década seguinte, a luta por emancipação dos povos africanos atingiu o seu ápice, o movimento se internacionalizou e ajudou a alavancar a luta das organizações políticas e sindicatos em África. Essa internacionalização também atingiu o Brasil, chegando em território nacional a partir dos líderes do Teatro Experimental do Negro (TEN) (DOMINGUES, 2009).

Como diversos outros intelectuais da Negritude, Césaire também entrou para a vida política institucional. Nesse período, ele já era deputado da Martinica e membro do PCF (Partido Comunista Francês), mas se desligou do partido por conta das políticas da União Soviética stalinista. Sua carta de desligamento termina dizendo que: “O que eu quero é que o marxismo e o comunismo sejam colocados a serviço dos povos negros, e não os povos negros a serviço do marxismo e do comunismo” (MOORE, 2010, p. 29).

O que haveria de afronta da realidade na Negritude que ele deixou de enxergar nas práticas do Partido Comunista?

Não acredito que Césaire tenha rompido completamente com o marxismo, mas talvez com algumas de suas práticas que insistiam em entender as relações raciais como secundária às relações de classe. A união soviética era gerida por Joseph Stalin e suas políticas, certamente, estão em terreno muito nebuloso para que possamos concordar facilmente que a saída de Césaire do PCF se deu unicamente por conta do stalinismo, e não pelas dificuldades encontradas dentro do próprio PCF e suas práxis. Haverá alguém para olhar essa questão com mais detalhe do que eu. O que nos basta é entender que, apesar da sua crítica ao marxismo e ao comunismo soviético, é impossível desvincular o seu trabalho mais célebre dessa tradição.

Em *Discurso sobre o colonialismo*, escrito em 1950, o poeta disserta sobre a hipocrisia europeia colonialista do século XX, dos discursos universalizantes acerca dos direitos da pessoa humana, enquanto pilham, matam, estupram e massacram nas colônias. Tudo sob a égide de uma ciência construída para dizer que o Negro é inferior, que não tem alma, que não é gente. E se o Negro não é gente, os massacres e os crimes odiosos que ocorrem contra pessoas negras não se configuram enquanto crimes, mas processos. O holocausto foi um crime horrível e odioso, mas o colonialismo, que matou milhões de vezes mais por centenas de anos mais, não (CÉSAIRE, 2020).

De fato, Césaire procura desconstruir essa ideia de que o holocausto seria um fato único na história, e de que a perseguição promovida por Hitler seria um ponto fora da curva na história da Europa moderna. Ao contrário, Césaire nos diz que no coração de cada europeu existe um Hitler e que cada colonialista promove e cultua o seu próprio nazismo. Ora, o que é o nazismo senão a repetição dos processos realizados em África expandidos para a Europa? Para os nazistas, não eram crimes, apenas processos de colonização. E essa redução do Europeu branco a um ser menos que humano é que é odioso demais para se aceitar, como se o Europeu fosse um Negro! Assim, é preciso que o holocausto e que o nazismo sejam pontos fora da curva, assim os holocaustos e os nazistas podem continuar a exercer o seu poder de ódio tranquilamente nas colônias e trazer lucros para Europa.

O contra remédio para isso não é mais ódio, mais morte e mais crime. O contra remédio é estabelecido por Césaire muitos anos depois, em sua fala transcrita para o livro *Discurso da Negritude*. Vemos neste momento um Césaire mais velho, mais comedido, talvez até um pouco mais cansado da luta, mas também muito mais perigoso para os brancos. Isso porque Césaire rejeita esta ideia de que negritude se configura enquanto a essência do sujeito negro. Césaire passou a falar abertamente que a negritude é mais uma identidade do que uma etnicidade, isso quer dizer, pode ser habitada por diferentes sujeitos, não está enclausurada na pessoa negra, mas se expande desta para o mundo. A negritude é um devir de igualdade e de humanidade, mas não é um universalismo (CÉSAIRE, 2010). Segundo a compreensão de Kabengele Munanga (2019), a Negritude passa a significar o “simples” ato de assumir ser negro e ter consciência de que tal identidade possui história(s), culturas(s) e religiosidade(s). O Autor faz uma interessante sistematização desse ato de assunção. Para ele, a Negritude se subdivide em três aspectos:

[...] identidade, fidelidade e solidariedade. A identidade consiste em ter orgulho da condição racial, expressando-se, por exemplo, na atitude de proferir com altivez: sou negro! A fidelidade é a relação de vínculo indelével com a terra-mãe, com a herança ancestral africana. A solidariedade é o sentimento que une, involuntariamente, todos os “irmãos de cor” do mundo, é o sentimento de solidariedade e de preservação de uma identidade comum (MUNANGA, 2019, p. 44).

Na opinião de Martins (2020), a partir do conceito de negritude se obtém três grandes ganhos: em primeiro lugar, uma perspectiva outra de ver o mundo, questionando a “verdade” dos valores europeus e ocidentais, considerando que o estar no mundo tem responsabilidade individual, mas também coletiva e de Estado. A Negritude nos convida a desnaturalizar essas verdades e “assumir uma postura ativa de combate ao racismo, um *ethos* político” (MARTINS, 2020, p. 378). Em segundo lugar, ao delinear os fundamentos da Negritude, Césaire fornece aos movimentos e líderes negros e negras uma ferramenta para refletir sobre o seu futuro, estudar e elaborar projetos de vida baseados em valores originais até então negados, seja pela escravidão, colonização ou pelo racismo. Em terceiro lugar, abre todo um novo campo de estudo das relações raciais e, a partir delas, o próprio estudo da ciência.

Ao meu ver a negritude é uma delícia, para todo mundo ser feliz junto. Mas, primeiro, é preciso que as pessoas negras de todos os cantos do mundo saibam que não

são mais feias, mais deslocadas, mais sujas, mais burras e menores que os brancos. Nós, negros e negras, fomos colocados neste lugar a partir de séculos de destruição de nossa cultura, língua, nossa compreensão da realidade e, porque não, do materialismo dialético. Para retomar o que é nosso, primeiro precisamos saber disso. Eu demorei muito tempo para saber e, ainda assim, soube por acaso. Parece que ainda há muito trabalho a ser feito neste país para que venhamos a ter conhecimento do que é a Negritude, mas essa não é uma luta iniciada hoje.

4.1. A Negritude no Brasil

Se, no começo deste capítulo, colocamos alguns intelectuais negros e negras do Brasil como possíveis antecedentes para o que veio a se formular como movimento de Negritude na França, também não foge que a luta negra neste país seguiu em várias frentes nas mais distantes pontas do espectro político. Além dos casos históricos de revoltas de escravizados e das comunidades quilombolas, que se deram ainda dentro do período escravista (MOURA, 1990), é importante a lembrança de Petrônio Domingues (2007) de que entre o final do século XIX e o começo do século XX, só na cidade de São Paulo havia mais de 31 jornais da imprensa negra.

O fervilhar do pensamento das pessoas negras deu origem em 1931 à Frente Negra Brasileira (FNB), que foi a entidade negra mais importante do país no começo do século XX. A FNB se espalhou pelo país inteiro, tendo chegado a superar os 20 mil associados e se transformado em um imenso movimento de massas (DOMINGUES, 2007). Com tamanha popularidade, a FNB se tornou um partido político em 1936, mas a aproximação dos dirigentes da FNB com os dirigentes do partido integralista⁸ influenciou fortemente a continuidade do partido. Embora existam muitas discussões sobre as posições políticas da FNB, parece inegável que a adoção do lema “Deus, Pátria, Raça e Família”, que se diferencia do lema dos integralistas apenas pela inserção da palavra Raça, demonstra uma proximidade entre os dois movimentos. A FNB é

⁸ O integralismo foi um movimento de extrema direita brasileiro que baseava suas políticas na ideia de supremacia branca e divisão racial completa. Os integralistas são muito influenciados pelo fascismo italiano e o nazismo alemão, mas não conclamava nenhuma dessas bandeiras por entender que a supremacia racial no Brasil deveria tomar seus próprios rumos (DOTTA, 2012).

extinta pela ditadura do Estado Novo em 1937, o que Domingues (2007) afirma ter sido por conta de seu apoio ao Nazifascismo. Importante lembrar que o próprio Estado Novo também se aproximou do nazifascismo, assim como os integralistas. O que haveria de diferente no FNB, além da cor dos/as membros/as?

Em 1944, surge outro movimento negro muito forte e potente para toda a história antirracista subsequente, o Teatro Experimental do Negro (TEN), criado por Abdias Nascimento (NASCIMENTO, 1982). Por meio do TEN, escritos de Aimé Césaire, Leopold Senghor e Leon Damas serão trazidos para o Brasil e ganharão cada vez mais popularidade (SOARES, 2020). São muito caras as contribuições de Muryatan Barbosa (2013) sobre este contexto. Comenta o autor que as primeiras referências ao movimento de Negritude ocorreram entre o final de 1948 e o início de 1949 no jornal *Quilombo*, jornal oficial do TEN. A primeira nota – sem assinatura – apenas informa a ocorrência de “um grande acontecimento cultural no “pensamento negro” mundial: a revista *Présence Africaine*”. As notas posteriores continuam informando o lançamento de novas edições da revista.

A busca realizada por Muryatan Barbosa (2013) não encontrou uma confirmação sobre como se deu o contato entre os poetas francófonos e os brasileiros. No entanto, a vinculação parece ser nítida desde 1950. Na quinta edição de *Quilombo*, dois textos assinados por Ironides Rodrigues nos conduzem a essa compreensão. Principalmente o primeiro, por tratar-se de uma tradução resumida do ensaio *Orpheu negro*. No mesmo ano, outros expoentes do TEN passaram a falar mais sobre essa possível identidade da negritude, e um deles foi o sociólogo Alberto Guerreiro Ramos (BARBOSA, 2013).

Entretanto, interpõem-se nessa transposição do conceito muitos cálculos políticos. Diferente da FNB, que além de ideias integralistas possuía uma proposta separatista da sociedade, o TEN estava dentro do contexto de construção da política - e do mito - de democracia racial⁹. Gilberto Freyre era bastante próximo do TEN, e de Guerreiro Ramos, que podem ter visto no movimento de Negritude uma forma de tensionar as questões raciais sem realmente entrar em contradição com a política de

⁹ Como se convencionou chamar a política proposta pelos trabalhos de Gilberto Freyre de que haveria no país uma “boa convivência” entre três povos primordiais: indígenas, negros e portugueses, portanto não existiria racismo no Brasil (SILVA, 2017).

democracia racial. Algo que seria essencial para a aprovação, em 1951, da Lei Afonso Arinos. Uma luta encabeçada pelos dirigentes do TEN e tida por eles como “uma segunda abolição” (CAMPOS, 2015)

Para Barbosa (2013), Guerreiro Ramos tinha uma visão “domesticada” da Negritude, sendo que essa visão não era compartilhada por todos os membros do movimento, principalmente Ironides Rodrigues. Traçam-se aí algumas linhas que podem ser melhor vistas na ocasião do I Congresso do Negro Brasileiro, em 1950, na qual se apresentaram duas teses contrapostas sobre os entendimentos da Negritude no Brasil: a *Declaração de Princípios* e a *Declaração dos Cientistas*.

A Declaração de Princípios foi proposta a partir da tese de Ironides, que defendia que a Negritude deveria ser abordada a partir do campo da estética, cuja política consistiria na afirmação positiva de uma identidade negra a partir de atributos que seriam específicos da raça, como uma sensibilidade mais desenvolvida para as artes. O que pode significar que Ironides entendia a negritude como “racismo antirracista”, na linha do pensamento de Sartre. Mas, também, é possível observar a noção senghoriana, na qual haveria uma essência da pessoa negra que a determina a desenvolver certas competências.

A *Declaração dos Cientistas* foi uma resposta imediata ao pensamento de Ironides, acusando-o de defender um mito, que seria uma identidade negra, e de incorrer em um “racismo às avessas” – ou racismo reverso? Os signatários tentam eximir-se de qualquer possível repercussão política que a tese da Estética da Negritude pudesse ter sobre as pautas parlamentares do TEN. Entre os assinantes dessa declaração, observamos nomes como Edison Carneiro, Luiz A. Costa Pinto, Carlos Krebs, Darcy Ribeiro, Walfrido Moraes, Joaquim Ribeiro, Pedro Schoonakker e Amaury Porto de Oliveira, junto ao nome de Guerreiro Ramos, surpreendendo os seus colegas de TEN (BARBOSA, 2013).

No entanto, a *Declaração dos Cientistas* é um texto que qualquer pessoa preta que conviva dentro de um programa de pós-graduação já reconhece com certa facilidade. Para aqueles que defendiam a democracia racial, a negritude não passava de um mito (CAMPOS, 2015). A *Declaração dos Cientistas* acabou fadada ao esquecimento, pois, após algum questionamento, vários intelectuais voltaram atrás e

retiraram sua assinatura, entre eles o próprio Guerreiro Ramos, que ainda se tornaria um dos principais pensadores do movimento negro na história do Brasil. O congresso terminou apenas com a declaração de princípios como fechamento (BARBOSA, 2013).

O TEN continuaria ainda por uma década, montando peças e agindo politicamente a partir tanto da política de conciliação com as elites quanto da valorização da estética preta a partir dos ideais da Negritude. As influências desse movimento são demasiadas para que eu possa abranger, mas deixo aqui a lembrança de que pouca profundidade se pode dar a questões que atravessam tantos séculos e tantos países em um texto tão curto, sendo que essa passagem serve mais para que possamos compreender brevemente quem construiu as estradas que trilhamos hoje. Quando proponho trabalhar com a população negra em uma tensão no conceito de saúde, essas lembranças me serão caras, pois fundamentam alguns dos possíveis diálogos ou abstrações do campo de pesquisa.

Com o início da ditadura civil-militar e o auto-exílio de Abdias do Nascimento, o TEN se dissolve no final da década de 1960 e, junto com ele, uma parte das organizações negras que se movimentavam a partir dessa construção de negritude (MARTINS, 2020). Se essa negritude defendida pelo TEN é a mesma defendida por Césaire? Não consigo ver elementos que me façam dizer que sim, nem que não. As lutas não são exatamente as mesmas no Brasil, na França e nas Antilhas, o que deu um caráter conciliatório ao conceito no Brasil, que não discutiu tão fortemente o problema do colonialismo ou do capitalismo, crítica que será feita posteriormente por Lélia Gonzalez (2021). Mas, também, existem elementos que dão bases a esse movimento de negritude, enquanto ao algo surgido a partir dos poetas francófonos. Entre essas similaridades estão a importância da afirmação da identidade negra a partir da estética, do questionamento da razão branca, e da proposição de um antirracismo baseado nas diferenças raciais (MUNANGA, 2019).

Uma das heranças do TEN, ainda que a partir de uma crítica ao seu modo de atuação, foi o Movimento Negro Unificado (MNU), fundado em 1978, cujas principais lideranças foram Lélia Gonzalez e Hamilton Cardoso. Com o lema popular “Negro no poder!”, o MNU propôs a luta antirracista a partir de uma orientação marxista, cuja política seria o combate radical ao racismo e ao capitalismo, pois seriam estruturas que

se retroalimentam (GONZALEZ, 2021). Além disso, devemos ao MNU, e particularmente a Lélia Gonzalez, a propagação dos temas de gênero dentro do movimento negro e o que veio a se tornar o feminismo negro no país (ROMERO; SILVEIRA; GEDRAT, 2021). Por muitos anos, o MNU seria o principal propulsor do movimento antirracista no Brasil, trabalhando intensamente no processo de redemocratização e demais políticas para a cidadania da população preta.

Entretanto, por uma série de fatores, fomos perdendo espaço e poder de mobilização social com o passar dos anos. Aqui não faço qualquer crítica, todo o campo da esquerda vem perdendo vigor desde o início do neoliberalismo nos anos 1990 e isso vem acontecendo no mundo inteiro, não é diferente no interior do movimento negro. As causas são caudalosas demais para suportarmos neste texto, basta o fato. E me associo completamente às palavras de Zilda Martins (2020), quando comenta sobre a diminuição da força do MNU e a atualidade dos movimentos negros e negras:

Aliás, ousou dizer que nem os Movimentos Negros, nem o conjunto da sociedade, hoje, têm articulações capazes de fazer emergir um movimento de esquerda forte de combate ao racismo e ao capitalismo combinados, de resistência, de denúncia, reivindicações e enfrentamento da política de ultradireita instaurada pelo governo de Bolsonaro. Sem espaço, restam fragmentos, brechas em pequenas esferas, e coletivos negros plurais, nas periferias - cuja luta é pela existência diante da Necropolítica (MBEMBE, 2018) dos governos federal e estadual - e nas instituições públicas de ensino superior (MARTINS, 2020 p. 386).

Com a reconquista da democracia e, posteriormente, uma institucionalização dos movimentos sociais dentro dos governos do Partido dos Trabalhadores, o movimento negro, como todos os outros, perdeu tração. O próprio conceito de Negritude é considerado por muitos autores como superado e desnecessário nas discussões atuais. Porém, andam por aí pretos e pretas como eu, que seguem lutando dentro dos espaços acadêmicos por nossa identidade e por nossas formas de fazer pesquisa. Nós que assumimos que somos pretos e pretas, que pensamos e sentimos assim, nós que recusamos o exotismo, a mistificação, o elogio à pobreza ou a romantização do trabalho intelectual precarizado. Nós que escrevemos cartas denunciando o racismo, nós que nada temos a temer e nem nada temos a servir para a intelectualidade branca. E nós consideramos que ainda existe muita potência neste conceito.

4.2. Negritude(s) e descolonização

Incorro em incoerência quando concordo com Beatriz Nascimento (2021, p. 33) quando esta diz: “sou preta, penso e sinto assim” e ao mesmo tempo concordo que o/a preto/a não é tudo a mesma coisa? Acredito que não. Pois, para o/a preto/a não ser tudo a mesma coisa, existe um primeiro reconhecimento de que se trata de um/a preto/a que não é igual a outro/a preto/a, não uma “pessoa” que não é igual a outra “pessoa”. Entender-se enquanto uma “pessoa preta” é anterior a se reconhecer como uma “pessoa preta singular”? Acredito que meu pensamento trilha por esse caminho. Afinal, como haveria autoafirmação ou autodeterminação se, antes, não houvesse um autorreconhecimento? Eu não nasci preto, eu me tornei. Quando me tornei preto, passei a reconhecer tanto meus pensamentos quanto meus sentimentos, ou será que eles já eram pretos antes de mim?

E como se deu esse reconhecimento? Pela estética, o choque com as pessoas brancas, sua brancura e sua quantidade. Depois com sua cultura, com suas vivências, com a saúde de seus corpos. Em suma, o contato com o “Outro” e com o deslocamento desumanizante do racismo, no qual eu mesmo me tornei um “Outro” daqueles/as brancos/as. Mas também haviam brancos/as perto de mim quando eu era pequeno, e ali eu não me reconhecia preto, então, há algo a mais para além da pele, para além da estética. Como já bem trabalhou Césaire (2010), a estética da negritude não é a estética reducionista, mas, sim, estética enquanto afronta da realidade, estética enquanto parte de uma ética política e epistemológica, estética enquanto forma de comunicação e de comunhão. É a partir da estética, de estar com pessoas pretas, de vê-las, de sentir suas emoções me tocando e de partilhar com elas a gira das suas experiências, é que eu finalmente obtive uma identidade. Eu sou preto, penso e sinto assim.

Mas nem todo o preto pensa e sente como eu. Afinal, quem é o preto? Kabengele Munanga (2004, p. 02) nos lembra que “preto/a” é um conceito acima de tudo, assim como o/a branco/a. Não parte de um princípio biológico, mas político e ideológico. “Preto”, dentro da maioria dos movimentos sociais, é qualquer pessoa preta ou parda (MUNANGA, 2004). Vimos como os movimentos negros iniciam de um princípio básico (a afirmação da identidade negra e o fim do racismo) e partem para os mais diversos caminhos da política, como a FNB (direita fascista), o TEN (centro-esquerda) e

o MNU (esquerda radical). Comungam enquanto pretos de uma mesma experiência descolada dos brancos. Nesse sentido, Césaire diz:

A Negritude resulta de uma atitude proativa e combativa do espírito. Ela é um despertar; despertar de dignidade. Ela é uma rejeição; rejeição da opressão. Ela é luta, isto é, luta contra a desigualdade. Ela é também revolta (CÉSAIRE, 2010, p. 109).

Zilda Martins (2020) também, como eu, busca entender como a Negritude pode se expressar atualmente. Para a autora, ela reside em cada um dos milhares de alunos e alunas negras que (sobre)vivem nas instituições de ensino, nas universidades públicas e privadas deste país, ela emana de cada texto preto e preta, de cada corpo cuja reação é a defesa mais básica da neurose cultural brasileira. A negritude está em se empretecer e empretecer os locais, está em afrontar a nossa realidade academicista, o nosso nazifascismo burguês, o nosso racismo estrutural, e ela termina:

Embora não haja na contemporaneidade nenhuma articulação denominada Movimento da Negritude, seu conceito emerge em manifestações plurais, como uma ideia transformadora, seja pela cultura, pela consciência ou pela ação política. As cotas raciais são um exemplo, porque estão ocupando lugar ou abrindo espaço para o si-mesmo e o si de outros/as (MARTINS, 2020).

Então, não basta ser preto, tem que assumir uma postura ativa, um combate, um *ethos* político contra a desigualdade, não apenas o racismo, mas toda a forma de desigualdade. Uma revolta contra o status-quo, uma afronta da própria realidade. Esta é a minha aposta no conceito de Negritude. Neste antirracismo que não se basta por uma estética vendável, mas por um confronto radical contra o capitalismo racista.

Entretanto, mesmo a partir de toda a história que retomei deste conceito, ele permanece em aberto para mim. Essa é a sua potência, sua renovação. Eu não tomarei o meu entendimento da negritude enquanto um conceito fechado, mas enquanto parte de uma circulação de ideias que comungam com Muryatan Barbosa, Kabenguele Munanga e Zilda Martins, entre tantos outros e outras com as quais eu compus este capítulo. Pensar as questões de identidade está muito longe de ter uma fixação epistemológica; a sua apreensão pelas políticas públicas é ainda mais difusa e difícil, mas não há como não fazermos esses questionamentos dentro de um sistema de saúde que se diz universal, dentro de um conceito de saúde que se diz universal. Onde se colocam as identidades no universal? Já falamos sobre esse problema. Portanto, a negritude não está superada na atualidade, nem estará superada quando sintetizar uma sociedade sem raças,

como propõe Sartre, pois a negritude é – em minha visão – uma forma dialética de reconhecimento de si e potência para afrontar a realidade.

E, quando falamos sobre afrontar a realidade, há um segundo conceito que descobri em Fanon e que também é fundamental para o desenvolvimento deste trabalho: o de descolonização. Este aí já é uma briga danada! Fanon é um descolonial? Um panafricanista? Um marxista revolucionário? Um ditador que prega a violência? Todas as camadas daquilo que este homem escreve. No final, Fanon é eminentemente negro, como escreve Deivison Faustino (2018). O que isso quer dizer? Fanon é um escritor da negritude. Mesmo que o próprio autor já tenha criticado o pensamento de Césaire, Senghor e Damas, a negritude nunca deixou de embasar o seu pensamento em saúde. O que Fanon buscava era, acima de tudo, a libertação das pessoas negras da alienação profunda que as destruía, e ainda destrói, dia após dia. De onde vem essa alienação? Do Europeu hitlerista, como já disse Césaire (2020). Ela vem do médico branco; é construída por revistas científicas brancas; é estudada em universidades brancas, que tratam os corpos negros como meros objetos de pesquisa, que tratam as vicissitudes do nosso dia-a-dia como se fossem a nossa essência. O Negro não é violento por que é tratado violentamente pelo Estado, ele simplesmente é. Ele não é pobre por conta do racismo institucional que lhe impede de adentrar no mercado de trabalho especializado; não é feio porque a moda e os padrões de beleza são ditados pelo olhar da branquitude¹⁰; não é criminoso porque as leis são ditadas por juristas brancos e aplicadas por policiais brancos; o Negro simplesmente é tudo isso por essência! Essa, afinal, é a essência da ideologia da branquitude, essencializar o substantivo Negro, e é por isso que a negritude rejeita a ideia de essência e os essencialismos!

Tal processo de alienação e essencialização não teriam como funcionar caso as instituições não estivessem sob o controle da ideologia da branquitude. Por isso, para Fanon, é necessário descolonizar e, para nós, é preciso também descolonizar, mas por outros modos. A diferença é básica: Fanon precisava descolonizar simbólica e concretamente, afinal, havia uma dominação branca europeia em curso, os juízes eram

¹⁰ Maria Aparecida Silva Bento caracteriza a branquitude como “um lugar de privilégio racial, econômico e político, no qual a racialidade, não nomeada como tal, carregada de valores, de experiências, de identidades afetivas, acaba por definir a sociedade” (BENTO, 2002, p. 7).” Para a autora, a Branquitude se trata de um pacto velado de manutenção do poder colonial e do controle, mascaramento e hierarquização de todas as demais formas humanas.

brancos europeus, assim como os delegados, os policiais, os grandes empresários e os políticos. Essas pessoas precisavam ser expulsas para que pudesse haver a desalienação dos sujeitos autóctones, que estavam aliçados de todo esse processo social, utilizados apenas como forma de extrair o maior lucro possível no menor tempo hábil daquela terra. Para que os autóctones fossem gente, os Europeus precisariam deixar os seus espaços. Mas os brancos não abrem mão de tamanhos lucros apenas por princípios e valores (FANON, 1961). A guerra era necessária, assim como a violência do oprimido, um conceito que estigmatizou Fanon por muito tempo. Mas era necessário, pois Fanon sabia que a violência do oprimido não era a violência de destruição do humano, mas de humanização dos não-humanos e destruição da opressão! A violência muda de conteúdo dependendo de sua direção, foi isso que Fanon viu. Mas o que os intelectuais brancos viram, e temeram, foi um negro raivoso e irracional. Relegado ao esquecimento por estes brancos que o temeram, Fanon sobreviveu no seio do movimento negro por muitas décadas, chamado por um ou por outro colega do movimento: “tem um negro africano muito potente aqui.” Escondido nos escritos de Paulo Freire, Martin-Baró e Lélia Gonzalez (FAUSTINO, 2018).

Nos últimos anos, lembramos de sua existência e seu trabalho. Para além do que ele escreveu sobre a desalienação dos negros, ainda estamos tentando entender o que ele nos diz sobre o processo de descolonização. Entretanto, agora nossos termos são um tanto diferentes, mesmo que ainda um tanto quanto parecidos. Isso porque os Europeus já foram embora, pegaram seus navios e zarparam daqui, mas não porque os expulsamos e, sim, porque não havia mais motivo para ficarem para a manutenção extrema de seus lucros. Não são mais os brancos europeus que regulam as nossas instituições, mas brancos latinos que acham que são europeus, que odeiam a pátria tanto quanto o colonialista e que sonham com o jeito europeu, com os valores europeus, com a música europeia, com a arte europeia e com esse padrão de beleza. Não por acaso, odeiam o brasileiro, aquele malandro, que sempre “dá um jeitinho”, que não gosta de trabalhar e que vive arrumando encrenca; e que escuta funk, fala errado e se veste mal, tomados pelas efabulações. Nem sabem que são tão brasileiros quanto qualquer um. Portanto, a negritude serve para eles, também, pois não precisam ser expulsos através de um processo de descolonização: quem precisa ser expulso é a ideologia da branquitude e o eurocentrismo em um processo de descolonização!

Dentro da América Latina, o movimento decolonial é o que mais tem ganhado corpo nas últimas décadas. Este movimento se articula, principalmente, através dos conceitos desenvolvidos por Aníbal Quijano, Enrique Dussel e Immanuel Wallerstein acerca de raça, trabalho, gênero e colonização. A junção desses autores forma a base de um pensamento que entende que as opressões no Sul global se dão através de um eixo inseparável de raça, classe e gênero, e que está na base da fundação da própria Europa através do espelhamento com o outro. Esse Outro é a América, o que teria dado a possibilidade para a criação de conceitos como direitos humanos, democracia, Europa, eurocentrismo e civilização, todos processos políticos, econômicos e sociais que viabilizaram a existência de uma burguesia europeia e a formação da Modernidade, não a partir da revolução francesa no século XIX, mas a partir dos processos de colonização iniciados no século XVI. Para descolonizar, seria necessária uma atitude político-epistemológica de desobediência constante ao método científico, deturpando aquilo que se pretende enquanto ciência e abrindo espaço para outras modernidades além da europeia (BALLESTRIN, 2013).

Quinta Fábula

Manuel Silva de Souza pegou o dinheiro que guardou a vida inteira e foi para o Japão. A decisão havia sido tomada aos 43 minutos do segundo tempo, quando o terceiro gol do seu time decretava que o Grêmio iria para o Mundial de Clubes, torneio sediado no Japão e que, em mais de cem anos de história, participaria apenas pela terceira vez. Todos os condôminos do prédio onde seu Manuel era porteiro tentaram dissuadi-lo da ideia: “Isso é loucura!”, “Sua família vai ficar como?”, “Vai gastar tudo isso numa futilidade dessas? Isso é irresponsável!”, “O senhor deveria estar preocupado com as roupas dos seus filhos e não com um time!”. Todo mundo para quem o porteiro contava tinha a mesma reação de espanto, como se estivessem na presença de um louco!

Os três filhos ficaram muito tristes com o egoísmo do pai - ele não os levaria, o dinheiro dava apenas para ele e para a esposa, que não gostava de futebol e não sabia nada do Japão. Manuel não discutiu com ninguém, o dinheiro ele vinha guardando desde os 11 anos quando começou a trabalhar nas ruas, foram anos juntando para fazer algo grande. Queria comprar uma casa boa, que não chovesse dentro ou um terreno na praia para a velhice. Mas com seus 56 anos, Manuel sabia muito bem que o que juntara não dava nem para a entrada. Já não se importava mais com isso: agora com hérnia de disco dos serviços de segurança e hérnia umbilical dos serviços em restaurantes, ele já caminhava com muita dificuldade e só conseguia trabalhar sentado na portaria e, mesmo assim, precisava levantar de vez em quando por causa da dor na barriga. A esposa dele perdeu um dedo no açougue e metade da capacidade dos pulmões na fábrica têxtil, eles eram muito frágeis, não aguentariam muito mais. Foram.

Voltaram outras pessoas, Dona Neide saiu do avião como uma musa, levava nos cabelos crespos muito bem cuidados uma flor de Sakura e seu Manuel trouxe consigo bonsais baratos e algumas quinquilharias, além das milhares de fotos que tiraram. Eles contaram para os filhos tudo o que fizeram, as coisas estranhas, os costumes diferentes, os kanjis, até a poesia era Haikai, as máquinas e os jeitos. Os filhos se encantavam, e mais do que filhos, tornaram-se fãs dos pais. Eles olhavam para o horizonte do topo do morro onde moravam e pensavam o quão distante o Japão ficava, com os seus kanjis e haikais. Eles procuravam por tudo o que fosse do Japão e, depois de consumirem muita

coisa, foram pesquisar e aprender sobre outros países da Ásia, da Europa, da África e da América.

Passaram-se 23 anos e o Grêmio novamente está no Mundial de Clubes, e dessa vez os três irmãos vão juntos. Eles vão ver pessoalmente tudo o que os pais viram, vão passar nas mesmas ruas e tirar as mesmas fotos e, quando voltarem, vão contar para os dois como estão as ruas, os costumes, vão trazer flores de sakura e bonsais. Os sonhos que o pai incutiu neles eram do desejo que para todo mundo parece loucura, mas quando o negro sonha sempre parece um samba-do-crioulo-doido para os brancos. O crioulo era doido mesmo, mas a herança dos pretos é a viagem, as andanças pelo mundo. O legado que seu Manuel deixou acabou sendo maior que uma casa ou um terreno na praia, e quando morreu, seus filhos escreveram em sua memória: “Jaz aqui Manuel, vai deixar vivo o desejo e a fome de desejar”.

- Seu Manuel vai ao Japão.

5. Mais do que um sistema de saúde, um modelo para a sociabilidade: O SUS e sua história

O consolidado SUS que temos atualmente não é um sujeito em si e nem uma política derivada do consenso social, mas a luta de milhares de militantes de todos os movimentos sociais por dignidade. A bandeira dessa luta foi a Reforma Sanitária, um modelo de pensamento que procurava modificar os ideais da saúde no Brasil antes da Constituição Cidadã de 1988. Discutir o SUS enquanto política pública é, de fato, retomar as discussões de Reforma Sanitária, ainda mais se busco aqui renovar o tensionamento do conceito estabelecido de saúde, algo que há muitos anos não se conversa seriamente em artigos ou mesmo nas reuniões de direitos humanos ou políticas públicas de saúde. Assim, precisamos, a princípio, comentar acerca do que foram essas lutas sanitaristas.

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB) e seu objeto de lutas, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), é composto de uma multiplicidade de disputas, contradições, teses e sínteses durante os caminhos percorridos tanto em âmbito institucional e legislativo, acadêmico-pedagógico e das bases populares da luta por direitos e democracia. Com isso, não é possível afirmar que o MRSB se concluiu, ou se esgotou, a partir da institucionalização da RSB e de sua conquista mais efetiva: O SUS. Assim como não é possível afirmar que a continuidade da luta da reforma sanitária brasileira atingiu, ou atingirá, outros objetivos tão grandiosos quanto a implementação de um modelo universal de saúde. De fato, vários autores já discutiram acerca dos processos de criação e impactos da MRSB na política brasileira, seus contextos e suas atualidades. Este capítulo pretende dar um panorama acerca do que se tratou este movimento, suas contradições, potenciais e limitações, para compreendermos qual a sua relevância na atual discussão acerca da saúde pública, em um contexto de primordial importância no combate à pandemia de Covid-19.

A preocupação com a questão da saúde pública no Brasil e a necessidade da construção de um sistema que diminuísse as desigualdades sociais tem origens anteriores ao golpe civil-militar de 1964. O processo de formação de indivíduos e instituições que tinham como horizonte político uma mudança radical nesse campo foram construídos com muita luta dos movimentos sociais pela saúde dos anos 1950, a

partir do desenvolvimento dos cursos de medicina preventiva (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; DONNANGELO, 1979). Elias (1995) nos mostra os primórdios da RSB em 1963, com a realização da III Conferência Nacional de Saúde convocada pelo Ministro da Saúde Wilson Fadul, durante o governo de João Goulart. Os objetivos dispostos durante a conferência foram no caminho de formular as responsabilidades e competências da União e dos Municípios para a criação de um Sistema Nacional de Saúde.

Tais primórdios pretendem ressaltar que os movimentos sociais por direitos são lutas orgânicas e dispostas por uma teia múltipla de fatos, dados, contexto político internacional e anseios pessoais (SANTOS, 2020). São estes os fatores que tornam os movimentos sociais entidades de mudança e ruptura com o instituído. Assim, centrar o início do movimento de reforma sanitária em marcos históricos formais visa apenas uma subdivisão artificial dos acontecimentos. É importante denotarmos tal movimento natural de seleção da história dos movimentos sociais para que não sejamos levados a acreditar que tal movimento surgiu a partir unicamente da vontade dos sanitaristas. O que, na verdade, ocorre é uma intensa descontinuidade de pensamentos e pensadores que tinham como conjuntura um país falido moral, financeira e politicamente e que possuía um sistema de saúde pequeno, caro e antidemocrático. Entretanto, tais discussões não tiveram sequência imediata. Estávamos a dois passos do golpe de Estado que acabou por congelar grande parte das pautas sociais através do autoritarismo, dos desaparecimentos, das torturas e de uma política voltada à industrialização vertical da nação (SANTOS, 2020).

O contexto da retomada destas discussões deriva das conjunturas que vinham sendo dispostas no tabuleiro político e histórico das discussões em saúde durante toda a década de 1970. Em pleno auge da guerra-fria, os blocos capitalista e comunista disputavam não apenas o poderio militar, mas, também, uma proposta civilizatória mundial. Por tal conta, a política internacional foi marcada por amplas pressões de ambos os lados quanto às discussões em direitos humanos e políticas públicas (HUNT, 2009). Tais pressões derivadas do bloco oriental pela inserção dos direitos comunitários – famosos direitos sociais – nas declarações de direitos humanos ganharam adeptos em todo o mundo capitalista, o que fez com que diversas personalidades muito influentes começassem a entender que a saída das opressões se daria, também, por uma saída do

capitalismo (LOSURDO, 2012). Destacam-se os casos do movimento negro estadunidense como sintomáticos neste sentido: figuras como Martin Luther King Jr., W.E.B. Du Bois e o partido dos Panteras Negras escreveram a favor do fim do capitalismo e pela implementação do socialismo no berço do império. Essas mesmas pressões dos movimentos sociais atingiram fortemente a Europa com uma série de reivindicações e greves por vários países. O centro do poder capitalista precisou arrefecer e criar uma série de mudanças sociais que ficaram conhecidas como Estado de Bem Estar Social, um modelo de governo no qual, por meio da transferência de renda e bens de consumo, amplia-se a seguridade social dos cidadãos sem alterar drasticamente os processos de trabalho (LOSURDO, 2015).

A emergência do Estado de Bem-Estar produziu uma série de políticas públicas, em referência ao alargamento da agenda de Direitos humanos, em favor do trabalhador e serviços públicos com caráter universal, associados à expansão dos direitos de cidadania, em uma tentativa de amenizar a opressão capitalista e esvaziar uma possível revolta popular contra as burguesias estabelecidas (LOSURDO, 2012). Essa influência também se estendeu às negociações para a escrita da *Declaração Universal de Direitos Humanos* de 1948. Uma das imposições de nações comunistas e dos Estados de Bem-Estar para o documento, de acordo com o autor citado, foi a especificação dos direitos humanos de terceira geração¹¹ - ou Direitos Sociais – e entre esses direitos se estabeleceu o artigo 25, que diz o seguinte:

Todo o ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948).

É nítido que o projeto político antagônico proposto pelo compartilhamento dos resultados dos processos sociais forçou o recuo do capitalismo a um Estado abrandado, propiciando ganhos históricos para a classe trabalhadora, entre eles o direito à saúde e ao bem estar. Sendo que órgãos como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) foram os campos de batalha desta disputa pela forma civilizatória do mundo.

¹¹ A segmentação em gerações não é objeto de consenso, nem a denominação e nem a tipologia. A este respeito conferir o texto “as “gerações” de direitos humanos segundo Norberto Bobbio: sua utilidade didática para a educação à cidadania no Brasil e na América Latina”. Disponível em http://www.cchla.ufpb.br/ncdh/wp-content/uploads/2016/03/EBOOK_BOBBIO_VOL1.pdf#page=63

Herz e Hoffmann (2004) destacam que essa mudança também impactou na atuação da OMS, que passou a ter um viés mais abrangente, incluindo análises socioeconômicas, demográficas e políticas na promoção de saúde pública para os locais as quais atingia.

Podemos ver isso através de diversos estudos patrocinados pela OPAS durante os anos 1960 e 1970, que descreviam um quadro crítico da saúde em todos os países da América Latina, diagnosticando que havia baixa cobertura da assistência em saúde básica, facilitando a disseminação de doenças cujas etiologias marcavam uma relação direta com a pobreza, como as verminoses e demais doenças relacionadas a falta de saneamento básico (PAIVA, 2004). As formas indicadas para o enfrentamento do quadro envolviam o planejamento e avaliação de ações, o que implicava a instituição de unidades especializadas nos ministérios e a gestão adequada de estatísticas vitais e sanitárias; a administração coordenada dos serviços de saúde, com a articulação dos âmbitos nacional e local, assim como a integração da prevenção com a assistência curativa; e a ênfase na formação e capacitação dos recursos humanos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A construção da Declaração de Alma-Ata seguiu pelo mesmo caminho, dando-se em conjunto com o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), elevando assim a OMS como uma das organizações responsáveis pela condução das políticas públicas de saúde no mundo, levando à imposição de valores como o direito à saúde, participação social, equidade no acesso aos recursos e, especialmente, adoção de políticas que visam intervir nas desigualdades sociais entre países ricos e pobres, atingindo uma influência internacional (MATTA, 2005). Em outros termos, consagra nitidamente a interface entre a agenda de direitos humanos e a promoção de políticas públicas como mecanismos de equidade social. A declaração se estende por diversos pontos, mas interessa ressaltar os seguintes princípios:

III) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de “Saúde para Todos no Ano 2000” e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e a proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial; IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (OMS, 1978).

Quando a Declaração de Alma-Ata aponta como princípio a “redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos”, a OMS assume que as desigualdades são causa de uma parte considerável dos problemas em saúde pública e, também, considera estas um problema mundial e não específico de cada país. Sendo assim, não é possível realizar um combate nos moldes como eram realizados anteriormente, já que as questões em saúde pública nos países subdesenvolvidos podem ser combatidas com a implementação de políticas públicas em saúde, mas, também, em educação, economia e segurança, entre outros. Esse entendimento pode ser extrapolado pelo momento seguinte, no qual a declaração relaciona saúde e esses outros campos, afirmando que a saúde é essencial para o desenvolvimento econômico e social. No princípio IV, a declaração torna ainda mais evidente a responsabilidade dos Estados na manutenção e promoção de saúde pública para todos os povos, obrigando assim uma tomada de atitude sistêmica a favor dos grupos vulnerabilizados. Também chamamos atenção para o artigo 62, que “obriga aos Estados apresentarem relatórios sobre o cumprimento dessas disposições” (RIBEIRO; CABRAL, 2020).

No Brasil, o campo da saúde abrigava dois modelos principais em um sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Sendo que o primeiro objetivava a saúde individual dos trabalhadores formais que exerciam suas funções em zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão; enquanto o segundo utilizava ações de caráter preventivo, direcionados principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população e cujas responsabilidades diziam respeito ao Ministério da Saúde. Entretanto, a falta de um sistema ampliado e a forte repressão da ditadura civil-militar dificultavam a proposição de políticas públicas efetivas no campo da saúde. Foram realizadas séries de desmandos pelo regime durante este período, como a censura na divulgação de dados sobre a epidemia de meningite e o emblemático “massacre de Manguinhos¹²”. Por outro lado, fortaleciam-se as infiltrações do mercado no campo da saúde. Em 1977, o regime criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, no qual estava vinculado o Instituto Nacional de

¹² A cassação dos direitos políticos e aposentadoria compulsória de dez pesquisadores da FIOCRUZ, através do AI-5 (LENT, 2019).

Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e que perpetuou a compra de serviços do setor privado no campo da saúde (FONTES, et. al., 2020).

As discussões em contexto internacional reverberaram de forma contundente no pensamento dos estudiosos em saúde no Brasil, ainda mais porque, no contexto nacional, vivíamos uma forte crise econômica, política e sanitária (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). Durante os anos 1970, grandes mobilizações se espalharam por todo o país, principalmente sob as bases operárias. É dentro deste contexto de aprofundamento internacional das tensões entre Estados Unidos e União Soviética, e de reavivamento das lutas trabalhistas no Brasil, que as discussões acerca da criação de um sistema nacional de saúde retornarão com força em plena ditadura militar. As mobilizações pela redemocratização, por uma nova constituição e pelas eleições diretas para cargos do executivo se tornavam cada dia maiores. Destacam-se as greves do ABC paulista em maio de 1978 e os movimentos comunitários país afora, com sua pauta de direitos sociais de cidadania como saúde, moradia, transporte, educação, cultura e o movimento Diretas Já, que culminaram num histórico comício com mais de um milhão de pessoas no Rio de Janeiro, em abril de 1984. A luta também se dava no campo, com o movimento de trabalhadores rurais forçando as pautas pelo direito à terra e pela reforma agrária (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

No meio de tamanha crise de representatividade e da efervescência de ideias e lutas, nasce o Movimento de Reforma Sanitária por meio da base universitária, sob o lema “Saúde é Democracia”, com o objetivo de pautar uma mudança radical do sistema de saúde excludente existente no Brasil (ESCOREL, 2008). O movimento se colocava ao lado da luta dos trabalhadores pela redemocratização, mas também possuía um forte caráter contra-hegemônico, cujas pautas se formaram em torno da afirmação de que a saúde é um direito universal de cidadania. Observamos que os intelectuais do MRSB seguiam o disposto na declaração de Alma-Ata, que estava sendo discutida de forma concomitante, colocando-se contrários ao projeto de globalização neoliberal, enquanto projeto civilizatório. O modelo neoliberal era imposto pelo regime civil-militar que, em sua fase de abertura, preconizou uma agenda de restrição de direitos e de focalização das políticas econômicas, como única saída para a crise fiscal (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

O recém-nascido MRSB tomava como horizonte teórico-político as experiências de outros países, como o projeto “pés descalços”, que vinha sendo implementado na China comunista, mas, principalmente, obtinha influência de autores italianos (PAIM, 2008). Elias (1995), ao realizar um balanço acerca da história da reforma sanitária, reforça que grande parte da produção acadêmica acerca deste processo se utilizou dos conceitos de hegemonia e contra-hegemonia, fundantes das noções de guerra de posição e guerra de movimento com vistas ao domínio do Estado pelo proletariado. Conceitos estes desenvolvidos largamente nos trabalhos do pensador marxista Antonio Gramsci (SOBRAL; RIBEIRO, 2020). O método gramsciano de infiltração e tomada do Estado também poderá ser visto e discutido posteriormente quando da institucionalização do MRSB.

Embora o movimento fosse composto por nomes que se tornaram muito conhecidos no campo das políticas públicas em saúde, a maioria dos autores se recusa a realizar uma caracterização do MRSB a partir dos sujeitos que o compunham. Miranda (2017), por exemplo, define o movimento como uma:

coesão de “intelectuais orgânicos” diversos (singulares, particulares, pluripartidários...) [...] com identidade paradigmática, com similaridades de *habitus* e com convergências em termos de perspectiva estratégica de horizonte (a Reforma Sanitária) (MIRANDA, 2017 p. 1).

A estrutura do movimento comungava um grupo heterogêneo de docentes dos departamentos de medicina preventiva, profissionais da saúde pública, movimentos estudantis dos cursos da saúde e movimentos populares progressistas organizados em prol de melhorias das condições de vida e acesso aos serviços públicos, incluindo os de saúde (TELLES; TEIXEIRA, 2017).

Neste período histórico da segunda metade dos anos 1970, estão os principais marcos de criação do MRSB: em julho de 1976, um grupo de médicos sanitarista institui a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), e, a partir dele, a revista acadêmica *Saúde em Debate*, que se tornou um dos principais meios de difusão das ideias sanitaristas; e em 1979 a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (PAIM, 2008; PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Sendo que em outubro do mesmo ano foi realizado o Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, na Câmara dos Deputados, um evento que reuniu as principais lideranças das várias tendências do movimento. As principais discussões ocorridas nesse encontro tomaram como base um texto produzido pelo Cebes e por pesquisadores do Instituto de Medicina

Social da UERJ, intitulado “A questão democrática na área da saúde”, cujos princípios centrais seriam:

[...] o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública (CEBES, 2015, s/p).

Observamos como as principais propostas do texto se organizam em um pensamento anti-mercadológico da saúde, no qual o papel interventor do Estado está implicado nas melhorias das condições de vida dos sujeitos, através de uma profunda análise da determinação social da saúde. Podemos, então, assumir que se fazia uma crítica radical da questão. Eleutério Rodriguez Neto (2019) identifica o documento, apresentado pelo Cebes/Abrasco, como o principal marco para o início do processo de reforma, posto que, a seu ver, determinou a paulatina inserção das posições dos sanitaristas daí em diante. Entretanto, também é preciso ressaltar que o MRSB se desenvolveu à margem do movimento operário, mesmo que este lhe tenha dado as bases necessárias à implementação de suas pautas. Assim, embora o movimento entenda que saúde e trabalho são intrinsecamente interligados através do conceito de determinação social da saúde, as lutas mantinham-se afastadas.

De fato, houve pouco ou nenhum diálogo entre o MRSB e iniciativas como a criação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), fundado em agosto de 1980 (LACAZ, et. al., 2019). Tal desconexão entre o MRSB e o movimento organizado de trabalhadores – que posteriormente formariam o Partido dos Trabalhadores – nunca foi esquecida, deixando suas sequelas até os dias atuais. Com o fim iminente da ditadura civil-militar, o MRSB optou por se manter dentro da coalizão política que promovia a transição do poder dos militares para os civis, administrado pelo pensamento burguês. Foi, também, o que propiciou a participação dos quadros do Partido Comunista Brasileiro, que englobava a maioria das lideranças do MRSB, e de sua área de influência no governo do General Figueiredo, por meio do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981 (STOTZ, 2019). Podemos pensar, então, que as lutas políticas não derivaram unicamente de disputas conceituais, mas fundamentalmente de disputas estratégicas.

A publicação de *A questão democrática na área da saúde* é o pontapé inicial para um amplo processo de mobilização e construção coletiva do direito à saúde, expandindo-se tanto em conferências temáticas em nível estadual como em nível nacional. A diversidade dos temas propostos demonstra a capacidade de mobilização de lutas que possui o campo da saúde pública. Foram realizadas: as Conferências Nacionais da Saúde da Mulher (outubro de 1986), Saúde da População Indígena (novembro de 1986), Saúde do Trabalhador (dezembro de 1986) e Saúde Mental (junho de 1987). Esse rico processo participativo tem como momento culminante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986 (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Tal conferência é de extrema importância para a história da saúde no Brasil, pois se tratou da primeira com participação popular e na qual se reconheceu a relevância de unificação dos serviços de saúde, a participação social e a ampliação do acesso aos serviços. A VIII Conferência é reconhecida como pré-constituinte da saúde e, também, como uma das origens do SUS (FLEURY, 2009).

Suas plenárias contaram com a presença de quase cinco mil participantes, sendo que em torno de mil pessoas eram delegados indicados por instituições e organizações da sociedade civil organizada. Entre os principais temas da conferência estavam o dever do Estado e direito do cidadão à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento do setor. Temas específicos, como a hierarquização dos cuidados médicos segundo a sua complexidade e especialização e a participação popular nos serviços de saúde também foram largamente discutidos (PAIM, 2008). Como forma de exemplificar o que implica as metas do MRSB para o Brasil, integramos a este texto a fala de abertura da conferência, realizada por Sérgio Arouca, líder intelectual e político do movimento sanitário:

Inicialmente eu também gostaria de dizer que, infelizmente por condições absolutamente arquitetônicas, existe um fosso entre a mesa e a plateia, quando na realidade toda a nossa intenção, ao contrário de colocar jacarés, crocodilos e demais espécies peçonhentas no fosso, sempre foi de conseguir uma integração bastante clara, transparente, objetiva na discussão das questões de política de saúde. Por isso, eu gostaria de solicitar que na realidade nós estivéssemos o mais próximo possível nessa discussão sobre políticas de saúde. Em segundo lugar, eu gostaria também de pedir desculpas aos sanitaristas, aos médicos, aos profissionais da área, aos pesquisadores, aos funcionários que trabalham no Ministério da Saúde, mas, na realidade, hoje, nesta 8ª Conferência Nacional de Saúde, acho que temos um convidado, um participante que conseguiu um lugar nesta Conferência, com bastante

sacrifício, e que é a sociedade brasileira organizada. Eu acho que é muito para eles que eu gostaria, hoje, quase que dedicar estas palavras. Acho que o fato de estar aqui na 8ª Conferência Nacional da Saúde, a representação de confederações nacionais de trabalhadores, de estarem aqui representados e pedindo direito à voz e a voto o movimento popular da saúde de Recife, pelo fato de estarem aqui participando associações de bairro e outras entidades da sociedade brasileira como a CNBB, a ABI, a OAB, enfim o conjunto de entidades que conseguimos identificar num mapeamento quase que exaustivo da sociedade brasileira, eu gostaria de considerá-los como membros privilegiados desta 8ª Conferência Nacional da Saúde. E a eles quero dedicar a discussão sobre essa questão de ‘Democracia é Saúde’ que vamos enfrentar (AROUCA, 1986, p. 35).

Os ares de democracia abriam as narinas de todos os envolvidos. Após duas décadas de forte repressão do pensamento brasileiro, finalmente as ideias voltariam a circular de forma equânime. Não há dúvidas que tal proposta se expressa na fala de Sérgio Arouca e no coração de cada militante do MRSB. Entretanto, a realidade não é tão bela quanto o recorte e haverá uma série de contradições conforme o caminhar do processo. A avaliação de Arouca, conforme Cohn (2018), era de que a luta pela saúde representava algo muito maior para o Brasil, abrindo o caminho para a criação de um projeto civilizatório e modernizador para o país, algo central desde o início do MRSB. Jairnilson Paim (2008), um dos maiores estudiosos da RSB, explicita qual era o pensamento das lideranças do movimento neste sentido de pacto civilizatório:

[A] saúde teria um caráter dual - valor universal e “núcleo subversivo da estrutura social”, possibilitando a construção de alianças suprapartidária e policlassistas, de um lado, e demandas sanitárias, de outro; tais demandas poderiam resultar em dispositivos legais e institucionais, distintas cidadanias, confirmação de identidades políticas e sociais, com o desenvolvimento da luta política através daquelas alianças; no caso da aliança com setores médios, apareceria a concepção da determinação social do processo saúde-doença e a organização social das práticas de saúde, constituindo o paradigma derivado da Medicina Social e da Saúde Coletiva; finalmente, as alianças permitiriam minar a base política dos oponentes setoriais e enfrentar a seleção estrutural do Estado capaz de privilegiar aspectos racionalizadores da Reforma, de sorte que as mudanças na estrutura institucional dependeriam da capacidade da coalizão reformadora (PAIM, 2008, p. 631).

Talvez por este entendimento, a ênfase na luta pela saúde recaía sobre a sua dimensão essencialmente política. De fato, o tamanho da VIII Conferência Nacional em Saúde demonstrava uma conjuntura favorável ao pensamento em saúde pública através do processo democrático, diversificado e multicultural que representa a nação brasileira. Os textos construídos para o evento consideravam conceitos importantes para uma época de renovação, como a “determinação social da saúde-doença”, a “organização social das práticas de saúde”, “consciência sanitária”, “promoção da saúde” e

“intersectorialidade” (PAIM, 2017). Vemos que a teorização radical se manteve nas pautas de luta do MRSB desde a sua criação nos anos 1970 até o seu apogeu na VIII conferência.

Na ocasião, o presidente da Conferência convidou a sociedade para uma intensa Reforma Sanitária, estando esta intrinsecamente relacionada com uma profunda reforma do Estado e de outros setores, como o econômico, o agrário, o urbano e o financeiro (FONTES, et. al., 2020). Essa proposição de ampla reforma de setores encontra-se evidenciada no relatório final do evento, no qual se afirma que as modificações necessárias transcenderiam os limites de uma simples reforma administrativa ou financeira, exigindo uma reformulação do próprio conceito de saúde (BRASIL, 1986).

O impacto da VIII Conferência é até hoje impressionante. A força das lutas do MRSB garantiram um capítulo exclusivo para a saúde na Constituição Cidadã de 1988 e o estabelecimento imediato do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que se configurou em uma reforma administrativa do Estado resultado da fusão entre o INAMPS e os governos estaduais na construção de bases aliadas para a reformulação da saúde rumo à Constituição, que viria a ser promulgada e preparando a implementação de um sistema universal de saúde (FONTES et al., 2020).

No entanto, os caminhos percorridos para sua conquista em 1988 deixaram sequelas. A primeira delas consiste em que, dada a liderança do PCB no interior do movimento sanitário e, por conseguinte, da estratégia política por ele adotada, o foco da militância por reformas na saúde se voltam basicamente para o interior do aparelho do Estado, conforme adiantamos, como sendo parte do pensamento de Antonio Gramsci, que influenciava o movimento. À época, estavam presentes, compondo uma unidade tensa, duas correntes de pensamento: a que poderia ser batizada de social democrata e a outra de socialista, essa identificada com o então recém-criado Partido dos Trabalhadores (PT) (COHN, 2018). Surge dessas disputas uma amálgama entre ambas as correntes: a própria reforma sanitária na práxis. Esta se configurou enquanto processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e responde pela proteção à saúde de todos os cidadãos, que significaria um “deslocamento do poder político em direção às camadas populares” (TEIXEIRA, 1989, p. 39).

Ao mesmo tempo em que as lutas do MRSB iam ganhando corpo dentro da Estrutura do novo governo democrático, à época presidido por José Sarney, também

foram se delineando e aprofundando as diferenças entre o movimento da saúde e os demais movimentos de lutas que encamparam as vitórias obtidas anteriormente. O PCB, e também o MRSB, apoiavam Sarney. Sergio Arouca haveria inclusive de utilizar a linguagem governamental para defender um “choque heterodoxo” na saúde (STOTZ, 2019). O que, na prática, significava um arrefecimento das críticas radicais e a permissão da entrada de financiamento privado dentro da nova estrutura de saúde. Isso fica visível quando observamos que a Assembleia Constituinte, no que diz respeito à saúde, reduziu-se a uma batalha política com polarização de dois grupos articulados: os empresários, chefiados pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas em oposição às forças advindas do MRSB e entidades representativas do setor público de saúde. A Plenária das Entidades só obteve êxito graças a três estratégias de luta: competência técnica na formulação de um projeto de texto constitucional objetivo e consistente; pressão contínua sobre os constituintes; e mobilização social (FONTES, et. al., 2020).

Entretanto, a mobilização social já se fazia em menor força. Segundo o pensamento de alguns intelectuais alinhados à Amélia Cohn (2018) e Eduardo Stotz (2019), muito por conta da institucionalização do movimento. O processo levou a uma forte perda das bases sociais do PCB, que se vincularam mais às causas operárias do Partido dos Trabalhadores. Sem a base social, houve uma ruptura entre a teoria e a práxis do partido, fazendo com que o movimento lutasse para uma “classe ausente”, com a qual não possuía mais diálogos. Segundo Stotz (2019), a expressão do MRSB na constituinte valia mais por seus nomes, trajetórias e vínculos com o poder executivo federal do que pelas bases sociais e poder de pressão que estas poderiam fazer. Isso pode ser visto no engajamento da emenda popular da saúde, que obteve 54.133 subscrições, enquanto a emenda do ensino público angariou mais de 1 milhão de assinaturas. Para Stotz (2019) e Santos (2020) e tantos outros intelectuais, o movimento sanitário havia se fechado na academia, tendo feito um erro de cálculo na tentativa de se infiltrar no Estado, pois acabou demorando a chegar às ruas e sua proposta não encontrou eco na sociedade.

Existem diversas divergências deste pensamento. Como veremos, é impossível discordar de que a orientação do MRSB se dava em direção ao Estado e não às bases sociais. Diversos membros do MRSB obtiveram cargos com o intuito de conduzir a

máquina pública aos ideais políticos e emancipatórios da reforma sanitária. Esta estratégia foi alvo de diversas críticas posteriores que passaram a chamar os membros do MRSB de “Partido Sanitário” (MIRANDA, 2017). Entretanto, dada a conjuntura da época, não consigo imaginar outro movimento que tenha conseguido tamanhos êxitos quanto os sanitaristas angariaram para a área da saúde. Quantos cidadãos teriam morrido, ou vivido menos, se não houvesse a influência da reforma sanitária em suas vidas? Novamente, devemos lembrar que as lutas sociais são compostas por contradições e descontinuidades, sendo que até mesmo os sanitaristas reconhecem que RSB se trata de um processo em constante devir (TEIXEIRA, 1989).

Segundo Paiva e Teixeira (2014), o que se convencionou chamar de “Partido Sanitário” representaria uma configuração política na qual esses intelectuais da área da saúde, juntamente com outros quadros progressistas e que compunham o MRSB, agiam pretensamente acima das classes sociais, mas a partir dela e legitimados pelo Estado. Assim, teriam a força para propor uma série de políticas públicas com forma e funções diferentes das políticas sociais brasileiras que vinham sendo realizadas. Parece notável que se encaminharam para a formulação de algo muito semelhante a um estado de bem-estar social.

Certamente, existe muita polêmica nesta discussão. Paim (2008) afirma que o projeto da Reforma Sanitária no Brasil teria nascido do povo, e não do Estado, nem de governos, nem de partidos políticos, mesmo que existisse diálogo entre alguns deles. Atribui, assim, ao movimento sanitário, um componente popular, nacional e democrático com o qual pouco há para discordar. Segundo este autor, a conjuntura da crise da ditadura militar e da redemocratização do poder político burguês não teria contribuído “para a constituição das classes populares como sujeito político” (PAIM, 2008, p. 637-638). Paim argumenta embasado na tese defendida por Sonia Fleury de que “o caráter político da Reforma Sanitária será dado pela natureza de transição democrática experimentada em cada contexto nacional” (TEIXEIRA, 1989, p. 39).

Há determinados aspectos de *realpolitik* no que nos fala Paim. Explicitamente, seu intuito é defender os ganhos da reforma sanitária contra as intensas críticas que se fizeram presentes com o passar dos anos. Mas, também, é necessário observar o caráter fatalista em seu pensamento. Ao inferir que a reorganização burguesa não teria contribuído para a formação das classes populares enquanto sujeito político, o autor

desresponsabiliza o MRSB pelo aquecimento dessas bases. Não podemos esquecer que o MRSB nasceu enquanto um projeto acadêmico e que, sem as bases sociais que compuseram diversas conferências nacionais de saúde, provavelmente não haveria força política. A crítica se faz razoável, assim como a defesa. Não cabem julgamentos além daqueles que caracterizam todos esses atores sociais como engajados na luta pela vida dos cidadãos brasileiros, cada um a seu modo.

Neste sentido, Miranda (2017) também considera razoável que as estratégias institucionais se dessem em relação ao Estado, principalmente na formulação dos princípios e diretrizes que orientariam a política pública de saúde daí em diante. Era necessário focar na implantação institucional e na legitimação social do SUS. Embora a implantação de um conjunto de políticas públicas que visem formar um sistema invariavelmente vai depender das possibilidades oferecidas pelo contexto social e pela conjuntura vigente, a legitimação social da política necessita de determinada apropriação das populações alvos de seu valor de uso, assim como de sua capacidade e eficácia na resolução das demandas e sínteses dos conflitos colocados nos territórios. Esta é a premissa básica para a efetivação, ou não, de uma política pública. Em uma estratégia universalista que vise a totalidade dos cidadãos, certamente estarão implicadas uma diversidade enorme de políticas encadeadas nos três níveis da federação e atuando entre si como engrenagens. Desde as necessidades mais básicas e individuais em busca de um projeto de longo prazo, como seria um novo pacto civilizatório através da saúde.

Já quanto ao argumento de Paim de que a reforma sanitária não teria nascido no interior do Estado, é uma afirmação que merece reparos. A estratégia inicial, seguida até há bem pouco tempo, antes dos eventos que levaram ao impedimento da então presidenta Dilma Rousseff, em 2016, consistia em sanitaristas ocuparem postos estratégicos no interior do aparelho de Estado, e a partir daí implementarem medidas progressivas de institucionalização do SUS (COHN, 2018). As críticas do afastamento do MRSB das lutas de base social também são ponto central no trabalho de Eduardo Stotz (2019) e que remete a pontos discutidos anteriormente por Sérgio Arouca e comentado por Sarah Escorel (1988) no qual remete ao termo de “classe ausente”, como forma de demonstrar que a luta dos trabalhadores se afastou da luta pela saúde conforme a institucionalização do MRSB foi se dando.

O movimento sanitário, em sua conformação, falava de uma classe operária que não aparecia no cenário político nem geral nem setorial. Por ser um movimento e não um partido, e por falar de uma classe ausente, o discurso médico-social de transformação continha esse outro ponto de tensão: sem contar com a participação direta da classe trabalhadora, o discurso e a prática do movimento sanitário era feito para ela (em direção a ela) ou por ela (no lugar dela). O distanciamento concreto entre o movimento e seu objeto fez emergir uma crítica interna questionando a representatividade e a própria legitimidade da existência do movimento sanitário. Arouca (1987) denominou esse conflito ‘o fantasma da classe ‘ausente’ como elemento de controle do movimento’. Em sua configuração, o movimento sanitário caracterizou-se por buscar – e ainda busca – seus sujeitos sociais. Mas é um movimento coletiva e organicamente ligado às classes populares e à proposta de melhoria de suas condições de saúde (ESCOREL, 1988, p. 182).

Embora no discurso dos sanitaristas houvesse a primazia da democracia como fator regulador de políticas públicas e das lutas do movimento, não haviam grandes lideranças que não tivessem uma titulação acadêmica formal em algum curso da saúde. O que ocorria na prática era um monopólio do discurso “sobre e para a Reforma Sanitária” (ELIAS, 1995). Tal questão é entendida como um problema por autores que realizam um balanço acerca da efetividade da reforma sanitária, pois teria acarretado graves prejuízos às demandas necessárias para ampliar e garantir uma maior efetividade social ao sistema de saúde e cujas repercussões compõe a raiz de alguns dos impasses atuais do processo reformista em curso (SANTOS, 2020).

As disputas internas do MRSB até então não haviam ganhado grandes repercussões. Entretanto, ao adentrarem o Estado, através do governo José Sarney, essas diferenças começaram a se aprofundar até ocorrer uma profunda cisão no movimento. Tais disputas podem ter sua origem traçada até 1981, quando o movimento recém criado ainda fazia parte de uma série de outros concomitantes que compunham o Movimento Popular de Saúde (MOPS), formado também por algumas lideranças populares além dos profissionais de saúde. Maio de 1981 é a data do III Encontro Nacional de Medicina Comunitária (ENEMEC), onde se decidiu pela institucionalização do movimento, levando assim a divergências profundas entre os militantes. Divergências essas que foram acalmadas pela conjuntura da época, na qual fervilhava a possibilidade de uma nova constituinte e a derradeira morte da ditadura civil-militar. A confirmação de tal fato aparece no depoimento de Neilton de Oliveira, concedido a Eduardo Stotz em uma interessante pesquisa acerca da criação do MOPS. Neilton havia sido um dos participantes do III Encontro e diz que, em sua visão, o MOPS já nasceu “rachado” por conta do objetivo de adentrar a máquina pública (STOTZ, 2005, p. 23).

As divergências não se davam apenas em nível estratégico. Como já pudemos observar, as lideranças que compunham o MRSB eram fortemente influenciadas pelo pensamento de Antônio Gramsci. Assim, é lógico que tais lideranças entendam que a possibilidade de se infiltrar no Estado esteja no horizonte do enfrentamento radical. Além disso, se aprofundou o isolamento do MRSB das suas bases sociais, havendo um verdadeiro problema no qual as lideranças do movimento já não possuíam mais diálogos com o movimento dos trabalhadores, criando uma série de opiniões pouco concretas que veremos adiante. Teodoro (2018) argumenta que é possível denotar, historicamente, um diálogo precário entre o conjunto teórico político do MRSB com o mundo do trabalho. Não há grandes discussões além da criação do campo da saúde do trabalhador tanto no quesito de construção de conhecimento científico como modelo assistencial (seja público ou privado). A organização deste racha se deu em torno de uma oposição partidária, na qual, opondo principalmente o PCB ao Partido dos Trabalhadores, culminou na participação do primeiro e na exclusão do último das eleições indiretas para a Presidência da República em 1985 (SANTOS, 2020).

Ao mesmo tempo, no contexto internacional, vivenciávamos o fim da guerra fria e a consequente vitória e hegemonia do modo de vida/produção capitalista. A inexistência de um projeto político-ideológico forte que pudesse contrapor o projeto civilizatório do capitalismo fez com que este tivesse caminho livre para implementar uma série de reformas e ajustes fiscais no sentido de diminuir o Estado através de privatizações e desregulamentações dos direitos sociais e trabalhistas obtidos anteriormente. Apesar de todo o processo democrático e das mobilizações da base social em favor de uma constituição cidadã terem sido um marco de mudanças nas políticas de seguridade social do Brasil e que obteve uma série de vitórias indiscutíveis em nível de proteção social e dos direitos humanos, tais quais a proposição da criação de um sistema único e universal de saúde, é muito importante entender que esses ganhos não foram totais.

A constituinte foi composta por disputas entre o campo da esquerda e uma série de oligarquias tradicionais que eram – e ainda são – muito fortes politicamente. Assim, mesmo que houvesse uma conjuntura favorável à mudança radical, a Constituição ainda manteve traços plenamente conservadores e liberais, como por exemplo, a complementaridade do setor privado na saúde (BRASIL, 1988). Tal complementaridade

deu as bases para a expansão e o investimento pesado de empresas médicas responsáveis pela execução de serviços ambulatoriais e hospitalares financiados tanto pelos planos de saúde, quanto pelo SUS. Tais empresas não só formalizam contratos e convênios com o Estado, como também são entidades políticas extremamente relevantes no campo das políticas de saúde atuais (TELLES, 2017; ALENCAR; PAIM, 2017).

Além disso, diversos aspectos do financiamento do sistema de saúde não foram explicitados de forma nítida no texto da Constituição, como por exemplo, os percentuais sobre os orçamentos nos diferentes níveis da federação. Isso possibilita com que se faça um controle do sistema de saúde através do remanejamento de seu financiamento. Assim, o sistema acaba ficando refém de uma determinada forma de fazer política vigente, estando seus esforços subjugados a uma política de governo, não de Estado. Também acerca dos medicamentos se propuseram poucos controles, sendo que existia apenas uma ressalva quanto a responsabilidade do sistema na fiscalização de sua produção (ALENCAR; PAIM, 2017). Por fim, como consequência do racha do PCB com o PT, e o afastamento da luta dos trabalhadores da luta dos sanitaristas, pouca importância política foi dada à intersecção entre saúde e trabalho formal na constituição. A saúde do trabalhador não foi devidamente contemplada. Foram ignoradas as proposições de inclusão do direito do trabalhador de se recusar a executar suas atividades em locais insalubres, por exemplo (FONTES et. al., 2020).

Estão dispostas na mesa as peças com as quais se darão as futuras problemáticas: o problema do financiamento, o problema da inserção do setor privado, o problema da falta de contato com os trabalhadores e o problema estratégico de infiltração no Estado. Veremos como tais peças serão mexidas a partir do avanço cada vez mais voraz do neoliberalismo sobre um mundo que já não via mais concorrência.

Após a efervescência da constituinte, suas disputas e o aprofundamento do racha entre sanitaristas e trabalhadores, o Brasil teve a sua primeira eleição direta em 1989, na qual se elegeu Fernando Collor de Melo. O presidente Collor foi eleito com um discurso extremamente populista e apoiado por grandes oligarquias tradicionais e conglomerados de mídia. Collor pautou suas políticas através da contenção dos gastos públicos, uma narrativa contra a corrupção, a “perseguição aos marajás da política”, a tentativa de privatizações e atrasos nos projetos recém forjados na Constituição Cidadã. Assim, essa

gestão se limitou, no campo da saúde, à intensa adoção de uma política neoliberal (GODOIS, 2016).

É possível observar a intenção de atrapalhar ou, pelo menos, atrasar os avanços através de uma série de adiamentos requisitados pelo governo federal. Foi adiada a realização da IX Conferência Nacional de Saúde, assim como a própria regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080/1990), que só foi aprovada em setembro de 1990, após intensas mobilizações dos sanitaristas. Mesmo aprovada, a lei orgânica da saúde ainda sofreu várias alterações devido aos vetos de Collor (ASSIS, KANTORSK; TAVARES, 1995). Sendo os mais importantes citados por Fontes e colaboradores (2020): o que estabelecia a criação dos Conselhos de Saúde e das conferências como instâncias representativas na formulação de estratégias e controle sobre as políticas de saúde; a transferência direta de recursos para estados e municípios; a criação de planos de carreiras, de cargos e salários para o sistema em cada esfera de governo e a consolidação dos pisos salariais.

A intenção do governo federal e das grandes entidades tradicionais da política brasileira em retardar e, possivelmente, barrar a criação do SUS acabou por colocar o MRSB “contra as cordas”. Se fazia extremamente necessário realizar um apelo ao que havia sido acordado na Constituição Federal através de uma tática objetiva de resistência. Importava resistir de início e, posteriormente, tentar estabelecer uma legislação complementar para o SUS, agregando e reforçando novos atores governamentais e buscando instituir as instâncias e formas de “controle social” (MIRANDA, 2017). Novamente, a pressão social mobilizada pela luta dos trabalhadores anexados impediu que o SUS fosse morto em seu nascimento. Porém, a necessidade de resistir nunca mais saiu das estratégias sanitaristas, haja vista que o sistema sofreu um constante bombardeio de propaganda contrária nos principais meios de comunicação e de pressão política do setor privado por fatias desse mercado. Tais fatores fizeram com que as legislações posteriores, lançadas como complementação à Lei Orgânica da Saúde, não obtivessem força suficiente para compor o sistema em nível de Estado, ficando conhecidas como “puxadinhos do SUS” (COHN, 2018).

Observando a conjuntura, as críticas realizadas ao MRSB pela paralisação da RSB como forma de pacto civilizatório precisam ser abrandadas. A defesa de um sistema único e universal de saúde ia na contramão de todas as políticas sociais

vigentes, cujas origens remetiam ao pensamento neoliberal. Mesmo sem o apoio político e teórico de um bloco comunista forte, o arcabouço em direitos humanos sociais que havia sido construído durante a primeira metade do século XX não foi esquecido. A Declaração de Direitos Humanos de Viena, de 1993, foi de grande influência sobre os sanitaristas brasileiros.

Entretanto, os constantes ataques provenientes do pensamento político neoliberal fizeram com que o MRSB adotasse uma postura completamente defensiva. Não havia espaço para ampliar as propostas do SUS, todo o esforço possível foi encaminhado à proteção do sistema. O MRSB, podemos dizer, ficou encurralado. Entretanto, conforme Miranda (2017), se a Reforma Sanitária Brasileira ficou encurralada, em parte, também se deixou encurralar por duas razões particulares: a primeira por conta do contexto de reciclagem histórica da política brasileira, com a hegemonia do pensamento neoliberal. A segunda, por conta das priorizações estratégicas de percurso, em sucessivas e distintas conjunturas políticas (muitas vezes adversas), que a reduziram e a subordinaram aos recursos, meios e modos de integração sistêmica autorregulada sem que houvesse ênfase na apropriação pública, legitimação e integração social (MIRANDA, 2017).

Todo o processo realizado desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, passando pelas disputas internas, rachas e brigas políticas, chegando nos conflitos entre agendas governistas e a necessidade de defender o sistema de saúde causou um extremo desgaste para todos os envolvidos. Os problemas aparentaram diminuir após o impeachment de Collor e o governo de transição de Itamar Franco, posteriormente sucedido pelo sociólogo Fernando Henrique Cardoso. Assim, após as conquistas realizadas, o MRSB foi paulatinamente se fragmentando e se reajustando a uma nova organização social recém estabelecida e que necessitaria de novas formas de atuação. Mesmo os sindicatos foram vagarosamente saindo dos cenários de lutas e pendendo aos conflitos corporativos; os pesquisadores passaram a focar suas ações na produção de conhecimento e na ampliação das escolas de saúde pública; e uma parcela das lideranças do MRSB seguiu carreira na política, ocupando cargos públicos nos três níveis de governo (ESCOREL, 2008).

Esse arrefecimento dos processos de luta também abriu espaço para uma série de dificuldades no acesso dos trabalhadores e trabalhadoras ao seu direito à saúde. O veto

de Collor ao estabelecimento de planos de carreira e de um piso salarial comum acabou mostrando seus impactos, com a precarização do profissional vinculado ao SUS e o campo da saúde do trabalhador acabou lentamente se modificando de uma conformação “corporativo público estatal” para “uma dimensão privada mercantil”, a partir do aumento da reivindicação por planos de saúde privados nos acordos e negociações coletivas entre sindicatos e associações patronais (SANTOS, 2020). Tal situação é uma amostra do que vieram a se tornar os gigantescos conglomerados da saúde privada, que têm no trabalhador formal uma grande fatia dos seus ganhos.

O governo de Itamar Franco seguiu uma linha mais conciliatória com as reivindicações do MRSB. O movimento seguia em sua estratégia de resistência sob slogans como “a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. Se buscava a descentralização do poder do Estado sobre a saúde (a “municipalização é o caminho”), pois essa medida tinha como intuito fortalecer o poder de decisão dos gestores municipais. Os prefeitos e governadores já possuíam grande relevância, mas era necessário se fazer cumprir os princípios do SUS, dentre os quais estava a territorialização e a gestão democrática do controle social. Neste período, definiu-se uma gestão semiplena da saúde, na qual se ampliou a autonomia dos municípios. A política pública desses setores se configurou na atenção primária, principalmente através do Programa Saúde da Família (PSF) (MIRANDA, 2017). Entretanto, ficou em segundo plano o investimento nas regiões de saúde, que configurariam uma base logística imprescindível para a viabilização do SUS e de novas políticas públicas em saúde. Com isso, a principal derrota decorreu da dissociação do SUS para com o restante das políticas e sistemas institucionais da Seguridade Social, inclusive, com a perda do financiamento a partir desse orçamento.

O governo FHC aumentou o desafio para a implantação do SUS como política pública constitucional, ou seja, respeitando seus princípios de universalidade, equidade, integralidade e gestão participativa e democrática. O governo lidava com um problema histórico de inflação, o que causava uma forte instabilidade na vida dos brasileiros e brasileiras. Se acreditava ser necessário um ajuste macroeconômico, das políticas de estabilização monetária – criação do Real – e da privatização das empresas públicas – Vale do Rio Doce e Telebras – para que o SUS e outras políticas de seguridade social pudessem receber o financiamento estatal necessário e arquitetura sistêmica viável

(OCKE-REIS 2017). Embora as propostas neoliberais viessem lentamente se infiltrando na política brasileira desde os anos 1980, durante o período FHC é que será realizada uma maior abertura para que este pensamento se configure em uma forma de governo, algo que Collor não havia conseguido colocar em prática de forma eficiente.

As reformas propostas pelo governo FHC eram completamente contrárias ao pensamento primordial do MRSB acerca da saúde pública postulada como projeto civilizatório. A Reforma Sanitária ampliada praticamente inexistia nos discursos governistas e, frente a eficiente implementação da política de privatizações em outros setores, o próprio MRSB passou a não mais enfatizar tais demandas, existindo apenas para defender o SUS enquanto sistema já realizado, principalmente na questão do financiamento. Devido a esse contexto de constante hostilidade e cada vez maior eficiência por parte da inserção do neoliberalismo, até parte dos aliados admitiam que a agenda de lutas da RSB poderia ter se esgotado (PAIM, 2008).

A reforma sanitária estava encurralada e se via diante de um dilema: por um lado, havia as pretensões de um pensamento de saúde que excedia a si mesmo e que promovia uma mudança social radical através da análise da determinação social da saúde, da exploração trabalhista, do acúmulo de capital e dos direitos humanos; por outro lado, havia a possibilidade concreta da implementação de uma reforma “tecnicista” e gerencial, configurada por uma gestão mista de um sistema universal de saúde, que seria provido pelo Estado através de contratos públicos, procedimentos biomédicos e primando pela eficiência fiscal. Mas que se concluía em si mesmo, não pretendendo ações que tivessem como propósito a mudança da sociedade brasileira (PAIM, 2008; MIRANDA, 2017).

Sabemos que a atenção à saúde como direito universal não pode se ater a racionalidades de custo/benefício, como se tratasse de um público consumidor do mercado. Assim como sabemos que esta se mantinha – e se mantém – como sendo a posição dos sanitaristas (COHN, 2018). Dessa forma, o que se apresentava não era realmente um dilema, mas sim uma problemática de conjuntura. Uma diferença entre o que é necessário implementar e o que é possível implementar. Podemos pensar que as ações em níveis da base das lutas sociais poderiam ter auxiliado a fortalecer o MRSB frente às disputas com o pensamento neoliberal do governo FHC. Mas, sendo a classe trabalhadora uma “classe ausente” ao MRSB, não era possível acioná-la sequer

teoricamente. Nesse sentido, concordo com Miranda (2017) quando este afirma que o MRSB também se deixou encurralar.

É possível perceber, por exemplo, que a estratégia de municipalização do SUS não caminhou junto a uma política vinculada aos sindicatos de profissionais de saúde e outros que poderiam compor as equipes da atenção básica e movimentar as bases pela luta social da saúde. O mercado de trabalho para os profissionais de saúde cresceu de forma exponencial, principalmente nos municípios. Santos (2020) nos mostra que, em 2009, o número de dispositivos vinculados ao SUS girava em torno de 94.070, gerando mais de 3 milhões de empregos. Sendo que, no período entre 1992 e 2005, houve um aumento de 139% desses empregos em serviços não hospitalares contra 44% da rede hospitalar. Tal aumento na força de trabalho nem sempre se deu em conjunto com as condições de trabalho, havendo fortes movimentos de terceirização de trabalhadores do SUS, causando, assim, uma precarização tanto do serviço prestado quanto da qualidade de vida do trabalhador. O processo de terceirizações também denota o fracasso do SUS e do MRSB em propor a saúde enquanto um processo de mudança radical da sociedade, tendo se tornado um tipo de “empresa pública da saúde” (SANTOS, 2020).

O MRSB vinha de ferrenhas lutas pela manutenção do SUS enquanto política de saúde, assim, por mais que se possam fazer críticas, os governos petistas de Lula e Dilma - de 2003 até 2016 - se configuraram como uma espécie de “respiro” aos sanitaristas. Entretanto, as discussões da reforma sanitária ampliada não foram retomadas. Qualquer tentativa de recuperar o histórico radical das discussões em saúde foram rapidamente contidos pela política de conciliação de classes na qual não cabia uma crítica dos modos de produção, exploração e acumulação de capital. Podemos dizer que houveram tentativas no sentido de reativar a reforma sanitária, como por exemplo, a tentativa de rever a regulação e a gestão do trabalho no SUS, através da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES). Podemos considerar esta uma tentativa de reaproximação do MRSB com a “classe ausente”, que havia se perdido desde a redemocratização.

No entanto, a agenda política de reverter a precarização do trabalho no SUS perdeu força em discussões ainda muito incipientes para se configurar um movimento. Esses governos ficaram marcados, principalmente, pela proposição das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), como uma alternativa a outras formas de parcerias

público-privadas que pudessem ter vínculos trabalhistas mais precários (SANTOS, 2017). Também se destaca a presença do discurso da flexibilização dos vínculos trabalhistas e de práticas gerenciais típicas do setor privado entre os gestores municipais de saúde, visando aos serviços disponibilizados pela ESF (SANTOS, 2020).

A aposta dos governos petistas não se configurava em uma mudança dos paradigmas sociais, mas na inserção das camadas populares no mercado de consumo através de uma série de medidas de combate à fome, ao desemprego, à pobreza e no sentido de ampliar a mobilidade social através da educação, com programas como Universidade Para Todos, Enem, Sisu, Prouni, entre outros. É possível condenar tais programas por não fazerem uma crítica radical dos problemas sociais? Há muitas incertezas neste ponto, nos atemos, então, ao fato de que houve um grande aumento do salário real e das condições de vida da população em geral. Uma enorme quantidade de homens e mulheres tiveram acesso à educação superior e uma parcela gigantesca da população brasileira teve acesso ao básico para autonomia de suas escolhas de vida. Este texto não seria possível em outros termos, haja visto que o autor mesmo foi beneficiado com uma série desses programas sem os quais, provavelmente, não teria tido acesso à educação. Entretanto, a crítica realizada aos governos petistas precisa ser realizada no sentido de impedir o que se sucedeu em anexo a todas as mudanças progressistas pelas quais o país passou. Consequências como o aumento exponencial da população carcerária, os lucros recordes dos bancos privados, o financiamento de instituições privadas de educação e da saúde, a formação de grandes conglomerados farmacêuticos e a falta da mobilização das bases sociais no sentido da legitimação social de tais políticas.

Diversos outros programas tiveram articulação direta ou indireta com o campo da saúde durante os governos petistas, destaco brevemente o Plano Brasil Sem Miséria, o Programa Brasil Carinhoso, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, o Programa Mais Médicos e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que previa a inclusão de outros profissionais para ampliar as ações de atenção básica, como os farmacêuticos e os terapeutas ocupacionais. Estes últimos relacionados a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS), bem como a Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Ressalto também a implantação da Relação

Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do SUS (RENISUS), na qual constam as plantas medicinais que apresentam potencial para gerar produtos de interesse do SUS (ALENCAR; PAIM, 2017).

Todos esses projetos proporcionaram um aumento da qualidade de vida, do poder de compra, do acesso à educação e da mobilidade social dos cidadãos brasileiros, assim como também se registrou maior acesso aos medicamentos para doenças crônicas. Mas observo a fala de Miranda (2017), que realiza uma ácida crítica neste sentido. Em seu ponto de vista no que tange ao campo da saúde, nos governos de Lula e Dilma, a aposta:

[...] não era de ousadia direcional, mas de eficiência na condução acessória; não era de um plano arquitetônico estruturante para a Seguridade Social e o SUS, mas de arranjos e “puxadinhos” programáticos com a marca de governo; não era de gestão participativa em abertura de práxis política, mas de tutela e “domesticação” de tensões reivindicatórias de movimentos sociais/populares em instâncias de “governança simbólica (MIRANDA, 2017, p. 398).

Poucas discordâncias existem de que se produzia uma política de conciliação de classes, através da domesticação das entidades representativas dos trabalhadores e da concessão de financiamento ao setor privado. Em concordância com essa política conciliatória de aumento da distribuição dos bens na sociedade, houve também diversos programas voltados à distribuição de medicamentos, algo que já havia sido institucionalizado em 1999, em relação aos medicamentos genéricos (ALENCAR; PAIM, 2017). Tendo como consequência, também, o aumento exponencial da indústria farmacêutica em seus mais diversos níveis, mesmo que tais empresas tivessem se mostrado contrárias a esta política, inicialmente.

Em relação aos medicamentos, seu mercado foi intensamente expandido durante o período através de ações como o Programa Farmácia Popular do Brasil (instituído em 2004), sua expansão das redes públicas para as redes de farmácias privadas em 2006 (modalidade “Aqui tem Farmácia Popular”) e sua ampliação, em 2011, com a campanha “Saúde não tem preço”, que passou a disponibilizar medicamentos para patologias específicas (inicialmente, para hipertensão e diabetes e, em seguida, para asma) sem custo adicional nas farmácias de unidade própria e naquelas conveniadas ao “Aqui tem Farmácia Popular” (ALENCAR; PAIM, 2017). Esses programas foram altamente efetivos em aumentar a oferta de medicamentos a população brasileira, proporcionando, assim, uma melhor qualidade de vida e uma melhor autonomia do cidadão quanto à sua

saúde. Entretanto, também sofreram duras críticas por conta do argumento de que o Estado estimularia o mercado farmacêutico em vez de fortalecer as unidades de saúde do SUS.

De fato, a indústria farmacêutica se tornou um grande negócio dentro da saúde, sendo que as repercussões dessa nova grande burguesia e seus interesses dentro do SUS ainda são passíveis de investigação e bastante cuidado. Um exemplo de como tal estratégia pode causar efeitos negativos no longo prazo é a discussão da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 96/2008, que atualizou a regulação da propaganda de medicamentos. Processo que teve início em 2005 e, no qual, os sanitaristas sempre mantiveram a posição da sua proibição total nos meios de comunicação. No entanto, a regulação da propaganda não sofreu alterações importantes no decorrer dos anos e o próprio movimento foi mudando a conotação diante dos embates acirrados com o setor regulado (ALENCAR; PAIM, 2017).

A dubiedade dos governos petistas, tanto em sua práxis quanto em seu projeto político, deverão ser alvo de investigações mais aprofundadas e necessitam, ao meu entender, de um distanciamento histórico para que possamos compreender a totalidade do que se criou no Brasil de Lula e Dilma. No entanto, me parece ser justo concluir que o campo da saúde recebeu um forte investimento no período, tornando o SUS um sistema muito efetivo no combate a doenças evitáveis e tendo inclusive um combate muito eficiente da pandemia de H1N1, uma síndrome gripal muito semelhante ao Sars-Cov2, que foi rapidamente contida através de protocolos de contenção, testagem, rastreio e vacinação em massa, permitidos unicamente pela potência do investimento realizado no SUS. Outros setores da saúde, como o combate ao HIV e outras IST's, a diminuição da mortalidade infantil e a inserção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, além do aumento da capacidade de atuação dentro da saúde indígena, são conquistas históricas que precisam ser lembradas.

Tais avanços no campo da saúde, infelizmente, não se configuraram enquanto políticas permanentes de Estado, havendo os petistas investido pouco na legitimação social desses programas. Como veremos, foi um erro fatal. A partir de 2015 há uma virada na política brasileira que, acompanhando o avanço da extrema direita por todo mundo, também começou a acirrar as disputas realizadas no jogo democrático. Através da utilização massiva das redes sociais com discursos extremamente violentos no campo

da segurança (“bandido bom é bandido morto”, “tem que ter pena de morte”, etc...) diversos grupos de ódio se disseminaram com pouco controle, pouca exposição e quase nenhum combate. O campo de disputas virtual não possuía qualquer acúmulo de pensamento de esquerda, se tornando um caminho livre para a disseminação desses discursos de ódio e de culto a determinadas personalidades que utilizavam chavões como o combate à corrupção, aos moldes das campanhas de Collor em 1989. O ressurgimento da extrema direita se viu facilitado por uma centro-direita que via seu projeto político esgotado e sem forças para derrotar a centro-esquerda.

Não conseguindo mais gerar engajamento para um projeto político que atuasse dentro do pacto civilizatório, que levasse menos em conta os anseios dos trabalhadores. Após as eleições de 2014, diversos partidos de centro-direita declararam guerra aberta à presidenta Dilma Rousseff e ao Partido dos Trabalhadores, inclusive contestando o resultado eleitoral. Tais artimanhas iniciaram a deterioração do pacto democrático nacional e se iniciou um parlamentarismo no qual a presidente, com menor bancada, se viu refém de uma constante campanha de desidratação. O modelo de governo petista já demonstrava sério desgaste, havendo intensas críticas à esquerda, como se percebem algumas articulações iniciais de diversos atores sociais como a Rede Nacional de Médicos e Médicas Populares (criada em 2015) e as ocupações das sedes do ministério da Saúde em quatro estados durante o ano de 2016 (conhecidas como OcupaSUS), reivindicando melhores salários e condições de trabalho aos profissionais da saúde (STOTZ, 2019). Havia um desgaste evidente do projeto político da conciliação de classe, que já não mais conseguia conceder vitórias em ambos os lados. Tal contexto de derrotas e críticas de todos os lados conduziu a presidenta até o seu impeachment, em 2016, e subida ao cargo de seu vice, Michel Temer, algo que muitos autores tratam como um golpe de Estado.

O governo Michel Temer foi marcado pelo retorno do neoliberalismo ao centro das discussões políticas de governo. Mas esse retorno deu-se de forma bastante tímida, haja vista que o processo de golpe também desgastou fortemente a direita e a centro direita. O candidato Aécio Neves, do PSDB, que havia obtido 49% dos votos na eleição de 2014, foi alvo de uma série de investigações e denúncias. Até mesmo seu partido, o PSDB, não conseguiu sustentar uma narrativa de retomada das rédeas do Brasil,

acabando por cair na armadilha da despolitização. Conhecido como apenas mais um partido, mais do mesmo ou igual ao PT.

Michel Temer não era, nem nunca foi, um político carismático. De fato, sua imagem pessoal e sua forma discursiva seriam, possivelmente, a antítese do carisma, fazendo com que seu governo se sustentasse numa constante corda-bamba. O apelo popular da figura de Temer era nulo, então o que o sustentava no cargo era a proposição de diversas medidas de contenção de gastos e desregulação das leis trabalhistas, programas requeridos pelos aliados, a direita, que o PT cultivou em sua lógica de conciliação de classes. São de Michel Temer as medidas mais graves tomadas contra o SUS desde então: a Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016), aprovada em 2016; e a reforma trabalhista, aprovada em 2017 (COHN, 2018).

A emenda Constitucional 95, conhecida como PEC 241 (originariamente PEC 55) do teto de gastos, ou ainda como PEC “da morte”, se tratou da imposição de um novo regime fiscal para os gastos públicos tanto na saúde quanto na educação. A medida prevê o congelamento do investimento feito pelo Estado nessas áreas pelos próximos 20 anos, nos quais não serão realizados investimentos acima 15% da receita corrente líquida do governo federal tendo como piso o gasto no ano de 2017 reajustado pela inflação no decorrer dos anos (SANTOS, 2020). A prática de tal medida é o início do desmantelamento do SUS enquanto sistema universal. Sem o investimento necessário, não é possível acompanhar a evolução da população brasileira de forma adequada, ou seja, através dos princípios de territorialização e gestão democrática; também congelam-se todas as lutas trabalhistas dos profissionais da saúde que vinham sendo precarizados nos diferentes âmbitos da atenção em saúde; também se dificulta a implementação de projetos específicos (no atual entendimento), como a saúde da população negra e quilombola, o combate a IST's e a prevenção em saúde. Como Santos (2020) pontua, essa situação desencadearia uma queda de gasto público ao longo dessas duas décadas em um cenário de provável envelhecimento populacional e consequente aumento dos gastos da previdência social. Não é necessário irmos muito longe para entendermos as principais consequências disso: a pior de todas, com toda a certeza, são as mais de 600.000 mortes - confirmadas pelo Governo, mas com fortes suspeitas de subnotificação - que ocorreram no Brasil desde março de 2020 decorrentes da pandemia de Covid-19.

Não abordarei de forma aprofundada a questão da reforma trabalhista para que não façamos mais digressões neste texto. Basta entendermos que a reforma se tratou da desregulamentação da proteção dos trabalhadores frente aos contratantes. A prática de tal medida basicamente extinguiu o Ministério do Trabalho, entregando a justiça do trabalho nas mãos da burguesia, permitindo a redução de contratos por “negociação” entre patrão e empregado, aumentando os contratos temporários e a carga horária. Também permitiu que mulheres grávidas trabalhassem em condições insalubres, dificultou as denúncias de trabalho escravo e de desrespeito às legislações trabalhistas vigentes ao fragilizar as centrais sindicais. Em suma, precarizou de forma brutal a situação dos trabalhadores brasileiros. No decorrer deste texto, penso eu, ficarão nítidas as repercussões de tais medidas no campo da saúde pública, tanto no seu acesso, quanto na autonomia de seus usuários. Assim, é importante que tenhamos em vista que, ao mesmo tempo em que congelou os gastos da saúde, o governo também precarizou as relações de trabalho, podendo haver um aumento de doenças relacionadas ao trabalho ou comorbidades relacionadas a essas jornadas que agora não poderão receber uma atenção especial do SUS por conta do corte na verba.

Além dessas duas medidas maiores, Temer também realizou uma série de outros cortes na saúde, como a extinção do programa da Farmácia Popular e a revisão do Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB). Cohn (2018) nos conta que houve até mesmo a proposta de um novo sistema de saúde, apresentada por representantes de segmentos do setor de planos de saúde, em abril de 2018, assim como a proposta de criação dos planos de saúde acessíveis. Cabe ressaltar que o intuito do setor privado não é pôr fim ao SUS, os sanitaristas garantiram que a legitimação social da política fosse o bastante para, no mínimo, manter o sistema vivo frente aos ataques do mercado privado. O objetivo do mercado é, na verdade, tornar mais favorável a articulação perversa já existente entre os segmentos público e privado da saúde, em prol da sua lucratividade, e avançar no terreno da disputa da hegemonia na definição dos rumos do sistema. Havia uma estratégia utilizada pela invasão do sistema de saúde brasileiro pelas denominadas “clínicas de baixo custo”.

Tais propostas jamais teriam sido cunhadas sob a gestão dos sanitaristas, assim, todos eles foram deixados de fora das discussões. Tendo a maioria sido retirada dos seus postos no Ministério da Saúde em seus três níveis, algo que nunca havia ocorrido desde

a metade da década de 1970 (COHN, 2018). Ainda segundo Cohn (2018), a facilidade com que o MRSB foi desarmado a partir do governo Temer mostra como a estratégia de infiltração na máquina pública para a implementação do SUS e seus valores não estava mais funcionando, sendo sua prática, como vimos, facilmente combatida por um governo que decidiu acirrar as relações do poder. A relação do MRSB com a teoria política de Antônio Gramsci havia trazido o movimento sanitaria até este momento com determinados ganhos e determinadas perdas, mas tal mudança de cenário, para a autora, pode ter significado um esgotamento das estratégias do MRSB que vem sendo tradicionalmente adotadas há mais de 40 anos.

A atualidade do desastre que vivenciamos, no qual o SUS se encontra completamente esgotado frente a onda diária de infectados por Sars-Cov2 que chegam todos os dias aos hospitais, trouxe consigo a abertura de uma nova conjuntura. O advento da pandemia, em conjunto com o recente desmantelamento da saúde pública, resultou no pior desastre da história do país, nunca em toda a sua existência formal haviam morrido tantas pessoas em tão pouco tempo, muitas delas em situações aterradoras de falta de ar, de intubações sem anestesia, de morrer em fila de espera. Os sobreviventes também não têm qualquer facilidade, pessoas que perderam familiares, amigos, colegas, ídolos. Pessoas que enterraram outras em caixões fechados de chumbo, escritvãs que cansam os braços de digitar óbitos, profissionais da saúde que precisam realizar escolhas impossíveis, jornalistas que precisam cobrir a imensa dor que se espalha. Não há uma única alma que não tenha sido tocada por esta tragédia. Entretanto, dialeticamente, o sistema de saúde está em sua maior legitimação social desde a VIII Conferência em Saúde. Não há uma pessoa que ouse falar contra o SUS em 2021 (e acredito que ainda não haverá em 2022) e essa legitimação ainda não foi cooptada por nenhum discurso além do velho lema de “defenda o SUS”. Ainda veremos o que ocorrerá com tamanha potência adquirida pelo sistema.

Se a retomada da legitimação do SUS nos anima, entendo que há um sério desgaste do MRSB e suas estratégias de ação. Percebemos que a atualidade das discussões acerca da reforma sanitária nos levam aos seguintes questionamentos: haveria ainda espaço para o MRSB no atual contexto de lutas? Teriam as proposições dos sanitaristas se encurralado de tal forma a não encontrarem mais uma saída? Mas indo além do movimento de lutas políticas e aprofundando na discussão teórica: o SUS

ainda é capaz de defender um conceito ampliado de saúde e de se ressignificar para atingir seus princípios? Ou precisaremos de uma reforma da reforma, ou seja, repensar a questão da saúde pública novamente desde suas bases? Todas essas questões são extremamente delicadas dadas as atuais forças colocadas na conjuntura, não podemos assumir que uma discussão crítica acerca da saúde nos levará inevitavelmente a uma melhora na concretude. Podemos, pelo contrário, contribuir para a fragilização do sistema e a possibilidade da infiltração de um modelo privado de saúde, o que já se provou ser muito mais precário em diversos âmbitos (FONTES et. al., 2020).

Existem diversas respostas para tais questionamentos e nenhum consenso. Este trabalho se inscreve como uma forma de abrir o espaço dessas discussões e colocar mais uma opinião na teia de argumentos apresentados. Como já pode ser visto no decorrer deste texto, entendo que a saúde não é um bem. Não é algo dado na concretude e nem algo que possa ser “aumentado” ou “diminuído” a partir do aumento das condições de consumo. A saúde também não pode ser entendida como oposição à doença e nem colocada como um fim em si mesma. Saúde é um direito humano fundamental e, como todos os direitos humanos, é uma imposição social intrinsecamente relacionada. Falar de saúde é falar de segurança, educação, transporte, trabalho e política. Saúde é democracia, democracia é saúde.

Também se observa um forte movimento no campo internacional no qual a obtenção de direitos sociais parece travar uma batalha pela proposição civilizatória hegemônica. Embora a dicotomia entre liberalismo e comunismo persista até os dias atuais, precisamos entender que não são as duas únicas formas de se realizar um pacto civilizatório, unicamente aquelas que ganharam o maior poderio político-teórico desde então.

Cabe ressaltar o atual modelo de Constituição adotado por países latino-americanos como Bolívia, Equador e Venezuela, que passaram a se entender como comunidades plurinacionais e não mais como nações. Tal mudança se justifica no entendimento de que a população habitante nessas localidades não comunga da mesma cultura ou cosmologia e também não se inscrevem no mesmo pacto civilizatório. Assim sendo, é preciso formular políticas públicas que não invisibilizem determinada cultura ou etnia em favor de outra. Como lidaria o SUS dado este contexto de diversidade epistemológica? Não temos como saber além da análise dos sistemas de saúde latino

americanos. De fato, propor políticas públicas nesse nível só será possível quando o pacto federativo máximo – a Constituição – lhe dê sustentação.

Sexta Fábula

Clara sentia saudade da fazenda. Ela lembra de correr com os animais e de brincar com as vacas e com os porcos. Eram tão mansinhos! Ela lembra de dar a volta na casa e assustar os gansos, que corriam grasnando impropérios. Ela lembra do ar fresco e de nadar no riacho, lembra de catar as frutas no pé e de trabalhar na lavoura. Ela lembra da primeira vez em que se apaixonou. O filho do fazendeiro voltava pouco para casa, morava na cidade e tinha um emprego desses que a negrada não entende nada. Ele era muito bonito, cabelos loiros, olhos azuis, sempre bem vestido e sorrindo para todos os empregados da fazenda. Uma vez, ele até a elogiou, que ela era a coisa mais bonita que ele viu naquele dia. Ela se derretia toda, sonhava em casar com ele, e o tempo foi passando e ela continuou amando a fazenda, os bichos tão queridos e as árvores que refrescavam depois do trabalho. Às vezes, ela pensa sobre o que teria feito se soubesse que aquela era a última vez que deitava na sombra da árvore ou que brincava com seus amigos animais. O que ela teria feito?

Homens estranhos apareceram com o filho do fazendeiro, ela foi cumprimentá-lo, mas ele passou direto, perdido em pensamentos. Os pretos da casa disseram que estava tudo vendido, que o fazendeiro morreu. Aqueles homens não tinham nenhum interesse nos pretos, nas árvores ou nos bichos. As árvores todas foram derrubadas e os bichos abatidos o mais rápido possível, ali seria uma bela plantação de soja com maquinário de última geração, vindo diretamente dos americanos! Quanto aos pretos? Foram todos mandados embora. Pagaram-lhes uma multa que não dava pra nada, derrubaram suas casas e os que se recusaram a sair eram expulsos pelo delegado da cidade, que vinha a cavalo com chicote na mão. A preta Clara foi expulsa junto, não adiantou nada tentar falar com o filho do fazendeiro, ela nunca mais o viu.

Não tinha lugar na cidade para os pretos, ainda mais preto de fazenda que não sabia fazer nada. Alguns, muito inocentes, caíam em golpes bobos e perdiam ainda o pouco que tinham. Alguém falou para o pai dela de um assentamento ao lado do lixão municipal. Foram para lá, pelo menos era um teto. Clara odiava tudo, o cheiro, as ruas cheias de lama, a umidade no frio, o calor seco e sem sombra no verão. Chorava e sonhava com o filho do fazendeiro. Todo mundo ali odiava tudo, mas também sonhavam

com coisas diversas. Alguns se escondiam no quarto, outros se escondiam no álcool, na briga, no crime, alguns se escondiam em si mesmos e esses eram os mais perigosos, os mais imprevisíveis. Clara se casou com alguém que os pais gostaram, ela tinha um gosto amargo ao beijá-lo, era um preto, seu amigo de infância, nada mais do que isso. Tiveram quatro filhas e Clara, ainda sonhando, falava para as meninas de como era lindo o filho do fazendeiro, de como eram fartos os pés de laranja e de como era gostoso sentar na sombra da árvore. Mas e os pretos? Não se metam com eles! Passaram muitos anos se embrutecendo, se embriagando, se tornando violentos, agora eram coisas. Não eram coisas bonitas, como disseram para ela uma vez, mas coisas feias, sujas, escuras.

As filhas tinham mais medo de Clara do que amor. Elas não gostavam quando a mãe matava porco e galinha no quintal de casa, Clara não sentia mais nada pelos bichos, a não ser a felicidade de não passar fome. Para as filhas, a mãe parecia não sentir amor ou desejo por coisa nenhuma, mas sim uma necessidade irracional de seguir em frente, sonhando com coisas brancas e com gente branca, sonâmbula. Clara não durou muito. Quando a quarta filha nasceu, ela já estava muito fraca, magra e com o olhar vazio. Morreu na madrugada sem atrapalhar ninguém, não tinha nem 35 anos. O pai a enterrou no cemitério de pobres e as filhas nunca a visitaram, ninguém nunca soube do seu amor pelos bichos e pelas árvores, ninguém nunca ouviu seus sonhos, que ironia, Clara, que são os pretos a contar tua história. Tem gente que se esconde em si mesmo e esses são os mais imprevisíveis porque, às vezes, como a preta Clara, a gente se perde.

- Procurando Clara.

6. Determinação social da saúde: um conceito em disputa

Como podemos esperar que as pessoas negras vivam na mesma quantidade e qualidade que as pessoas brancas neste país? As políticas históricas que construíram um imaginário de inimizade deixam mais do que óbvio que existe por essas terras uma verdadeira guerra de classes (MBEMBE, 2021; NASCIMENTO, 2016, GONZALEZ, 2020). A burguesia branca reifica o seu ideal de superioridade a partir do assassinato das populações pobres, negras, quilombolas e indígenas. Este é o ritmo do sistema colonial no Brasil (BERNARDINO-COSTA; MALDONADO TORRES; GROSFUGUEL, 2019). Para uma pessoa negra, viver não se trata apenas de buscar sua plenitude, mas primeiramente de sobreviver neste estado das coisas, talvez antes ainda seja o de se descobrir como uma sobrevivente. Não escapamos do diagnóstico do Brasil, se não o fazemos, morremos ainda mais cedo (SOUZA, 2021).

Como discutimos, a saúde não escapa intocada de tais lógicas sócio-históricas. De fato, apenas a partir da Constituição Cidadã de 1988 é que a saúde no Brasil vai passar a atingir todos os habitantes do país. Antes disso, passamos por uma série diversa de políticas localizadas de assistência médica aos trabalhadores assalariados e assistencialismo para todo o restante da população que, seja por qual fosse o motivo, estivesse desempregada. A grande maioria desses modelos de assistência médica foram fortemente perpassados pela ideologia Cristã e da caridade (PAIM, 2008). Dessa forma, parece-me que discutir saúde e negritude de forma separada é apenas um artificialismo pedagógico, pois o que se mostra na realidade é que a determinação da saúde se depreende, em muito, a partir da racialização das pessoas e das comunidades.

Possuímos há mais de três décadas um sistema universal de saúde e, mesmo assim, a saúde da população negra não avança em um mesmo ritmo da saúde da população branca. Como demonstra o mapa da desigualdade social de 2021, na cidade de São Paulo, a diferença entre um homem branco de bairro rico para uma mulher negra moradora das periferias chega a 22 anos de expectativa de vida em 2021 (REDE NOSSA SÃO PAULO, 2021). Mesmo se levarmos em conta as iniquidades historicamente construídas, algumas indicações sequer caminham no mesmo sentido. É sintomático o Atlas da violência de 2020 que apontou uma diminuição geral dos crimes violentos desde 2018, entretanto, quando desagregamos os dados por raça/cor, vemos

que houve um sensível aumento da violência contra a população negra, principalmente as mulheres negras, e quase na mesma proporção da redução geral (CERQUEIRA et al., 2020). Não há nexos nestes números se analisarmos apenas as legislações de saúde, mesmo levando em conta a desigualdade sócio-histórica. Nesse campo de forças existe algo – individual, institucional ou Estrutural? – que influencia a saúde da população em geral, determinando os números que observamos.

Conforme fomos avançando na discussão do racismo no Brasil e na saúde brasileira, podemos neste momento levantar algumas questões que a princípio seriam mais difíceis: Se o Brasil foi historicamente construído como um país de castas raciais, como é possível criar políticas públicas que não sigam essa mesma estrutura? Se a questão do racismo é estrutural, qual a valência de aprimorar uma política pública que atue dentro disso? Se o SUS passa mais tempo se defendendo do que propondo, como esperar atualizações no modelo sem temer novos retrocessos? Dentro do entendimento de políticas de inimizade, a saúde da população negra não acaba então sendo mais um número a ser controlado do que uma política de sujeitos de direito? Por fim, o que é a saúde afinal?

Eu procuro encontrar algum eco a essas perguntas na determinação social da saúde. O conceito tem origem nas discussões em saúde feitas pela medicina social latino-americana, principalmente durante as décadas de 1960 até 1980, e que buscou articular as movimentações dentro das políticas de saúde, as constantes transformações do capitalismo global, as mudanças nas legislações trabalhistas e os novos tipos de trabalhos que foram sendo criados com o avanço tecnológico. Embora a determinação social seja um conceito compartilhado por quase todos os autores e autoras que pensam a saúde através da vertente marxista, me será caro as contribuições da medicina social latino-americana para o tema. Muito pelo fato de que esta corrente de pensamento também foi base teórica dos movimentos populares por saúde que se formaram no Brasil, principalmente o MRSB (DONNANGELO, 1979).

A medicina social latino-americana parte de um arcabouço teórico do materialismo-histórico e dialético, do anti-imperialismo, que se aproxima muitas vezes do anticolonialismo, da educação popular e dos movimentos negros e indígenas (ainda que em grau bem reduzido). Essa mistura de pensamentos irá influenciar diretamente na ideia de que a saúde das populações não é determinada apenas pela carga genética ou

comportamento individual dos sujeitos (perspectiva biomédica), mas determinada pelas demandas do capitalismo mundial - das relações que ele conduz com os diferentes sujeitos e da maneira como organiza as sociedades na divisão internacional do trabalho. Significa dizer que um sujeito que tem a mesma carga genética e os mesmos comportamentos individuais vai ter sua quantidade e qualidade de vida determinadas por sua classe social, pelos seus marcadores sociais (raça, etnia, religiosidade, renda, território, etc...) e pela sua sociedade.

Uma pessoa que trabalha de doze a catorze horas por dia, pedalando para fazer entregas para aplicativos do setor alimentício, que recebe um salário ínfimo e que não possui outras fontes de renda certamente está mais exposta a uma série de doenças que a mesma pessoa em melhores condições sociais e financeiras. O mesmo também se dá no caso de duas pessoas que ocupem os mesmos cargos e tenham as mesmas cargas genéticas, mas uma more na França e outra no Irã, ou no Brasil, ou na Nigéria. Essas diferentes posições não só modificam quais trabalhos o sujeito estará realizando, mas também a qualidade do trabalho e do contexto, aludimos certamente as diferentes legislações no âmbito de proteção ambiental que permite com que empresas multinacionais não possam poluir o ar de seus países de origem, mas possam agir assim nas periferias do mundo, reduzindo sensivelmente a qualidade de vida de toda aquela população (DIAS; CARVALHO, 2021).

Porém, menos intuitivo que isso é o fato de que o capitalismo efetivamente concede determinados benefícios dependendo do seu nível de desenvolvimento. Assim, uma política pública de assistência em saúde de qualidade pode significar que o capitalismo nessa região necessita de pessoas mais saudáveis, ou mais fortes, ou mais aptas a se desenvolver intelectualmente. Nada disso tem a ver necessariamente com direitos adquiridos, mas, sim, com as formas de como o capitalismo necessita da “mercadoria humana”. No momento no qual não forem mais necessários sujeitos com boa saúde física, os investimentos simplesmente param sob qualquer desculpa esfarrapada. É exemplar o caso do congelamento dos investimentos em saúde por 20 anos que ocorreu no Brasil sob justificativa de “ajuste fiscal”. Retornamos a Mascaro (2017), para quem o capitalismo e os direitos humanos, entre eles a saúde, residem sob a mesma sociabilidade, se regulando constantemente.

Se levarmos em conta que a saúde dos sujeitos é determinada pelos diferentes trabalhos que são necessários naquelas comunidades para o capitalismo global, somos conduzidos diretamente a questionar: qual o tipo de saúde está sendo, então, ofertada? A saúde não é um conceito fechado. Podemos estar falando em termos estritamente concretos de níveis hormonais e físicos, como o paradigma biomédico tanto presa, ou podemos estar visualizando o bem-estar biopsicossocial e espiritual do sujeito, como ainda pretende o SUS em seus princípios e diretrizes (BRASIL, 1990), já adentramos um pouco nesta problemática. Mas se a saúde depende do tipo de trabalho, então podemos subdividir ainda mais esse conceito de saúde: em determinadas regiões, a força física pode significar saúde enquanto as questões emocionais são deixadas de lado. Já para outras formas de trabalho, o desenvolvimento intelectual específico (para qualquer uma das inteligências possíveis) será extremamente recompensado, mas outro não. Um sujeito pode ser muito desenvolvido para cálculos matemáticos, mas manter o seu desenvolvimento emocional empático abaixo da média e, de qualquer forma, será considerado um sujeito saudável, enquanto que uma pessoa poderá ser considerada “doente” por comportamentos ou pensamentos não aceitos pela comunidade na qual se encontra.

Se pensarmos a saúde como esses pequenos indicadores positivos para o desenvolvimento do trabalho no capitalismo global, chegaremos a diversos sinônimos: normal, adequado, dentro (ou acima) da média, inteligente, bom, confiável, etc... todas corruptelas daquilo que o capitalismo nos diz que é ser aceitável nesta sociedade. O que é saúde, então? A definição mais aceitável dentro dessas discussões segue sendo a mais difundida: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019). Assim como também é um direito humano assegurado a todas as pessoas existentes no planeta (ONU, 1948). Mas é importante refletir sobre como tais preceitos são muito falados e pouco efetivados na prática das comunidades.

Realmente, eu me vejo em debate com este conceito que já foi tão óbvio para mim em outros momentos. A OMS (1946) acostumou-se a dizer que a “saúde é mais do que a ausência de doenças, é o bem-estar biopsicossocial e espiritual” e eu me acostumei a ouvir e aceitar isso. No entanto, agora, enquanto escrevo, me parece estranho tal conceito. Como uma pessoa negra conseguirá atingir tais objetivos no

Brasil? Como será possível atingir um bem-estar social neste lugar se nos acostumamos a pensar sempre nas melhores soluções em caso de um “enquadre” policial; o que fazer se for confundido com alguém; se for seguido por algum segurança; o que fazer se algum estranho me xingar na rua? Ou na seleção que almejo, se a banca que desejo me tratar de forma diferenciada? O que fazer, como me proteger do racismo? Isso impacta, de forma profunda, física e mentalmente, na qualidade da minha existência. E quanto ao epistemicídio? Como podemos ter um bem-estar espiritual, se nossas culturas são reduzidas a religiões pagãs?

Além disso, esse estranhamento me trouxe uma nova percepção. Sinto esse conceito de saúde tão frio, tão individualista. Eu gostaria de perguntar aos/às colegas, a todos/as camaradas brancos/as se é possível, para eles/elas, também atingir o tal bem-estar. O colonialismo cria tanto os/as colonizados/as quanto colonizadores/as. Essa relação violenta e traumática deixa marcas em ambos os sujeitos sociais. Ambos irão compor saídas psíquicas para a estruturação do ego, para a manutenção da vida (MEMMI, 2007). Assim também o é com o racismo, escravistas não saem ilesos dessa desumanidade, não saem limpos. A sujeira gruda e corrói por gerações e gerações qualquer forma de empatia, qualquer psique saudável que possa se criar no corpo branco. Fanon (1968) demonstra muito bem essa deterioração nas notas sobre seus pacientes. Assim, meu colega branco pode estar satisfeito em todos os aspectos da saúde, biopsicossocial e espiritual, mas quando entramos em um mercado e sou seguido enquanto ele não, quando este se depara com o racismo do qual recebe vantagens, como sua estrutura mental criará saídas? E, mesmo que crie saídas, mesmo que negue, que diga não ver ou que diga que assim é o mundo e nada pode ser feito, estas também não são saídas “saudáveis” em termos subjetivos. Onde está sua saúde então colega? Se precisa viver em negação para mantê-la?

A definição de fato pouco importa, já que, como conversamos em capítulos anteriores, a construção dessas entidades representantes dos direitos humanos não é muito afeita à cosmopercepções que se afastem do eurocentrismo. Tendo em vista que o pensamento negro, assim como o de muitas outras formas de vida, é excluído desta formulação, só consigo assumir a saúde como uma questão ainda em aberto. Não sei realmente do que se trata essa ideia de saúde e o que seria uma noção com maior abrangência. Talvez o problema resida exatamente nesta abrangência, neste

universalismo, talvez existam muitas formas de saúde das quais algumas conhecemos e outras ainda não fazemos ideia. Saúde talvez não seja uma panaceia ou algo que possa transbordar de seu contexto. Não sei, é uma coisa difícil de escrever, mas é isso, não sei o que saúde significa, e isso já diz muita coisa sobre o que é a saúde para mim.

Entretanto, a determinação social da saúde não se preocupa em dizer o que é, ou que não é, saúde. Muito menos em encontrar os marcadores ou indicadores sociais e quais os seus diálogos com o ser humano. Pensar a determinação social da saúde significa ampliar o olhar para além do sujeito e de sua formulação biopsicossocial e espiritual. Para entender como a sociedade não só adapta, mas, efetivamente, cria formas de vida adequadas a um determinado tipo de saúde. Não basta saber quais condições dão base para a saúde, é necessário compreender por que motivos uma pessoa precisa ser saudável e o que seria “ser saudável”. Dessa forma, o campo abarca uma forte crítica marxista da saúde e pensa a dialética desta com os modos de produção, exploração e expropriação das forças de trabalho em um sentido global da acumulação intrínseca ao capitalismo (NOGUEIRA, 2010).

Dentro do tema, Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo (2017) fazem uma excelente crítica da utilização do termo “determinantes sociais em saúde”, que é atualmente utilizado pela OMS como indicadores que demonstram aos Estados as melhores formas de investir na saúde de suas populações. Os determinantes sociais envolvem uma série de condições econômicas (acesso ao saneamento básico, aos serviços públicos, renda e escolaridade), condições individuais (predisposições genéticas e comportamentos), condições sociais (racismo, machismo, LGBTI+fobia, índice de violência e empregabilidade) e condições políticas (IDH e políticas macroeconômicas). Essas condições dialogam entre si e formam as potências no processo de saúde-doença de um determinado indivíduo na sociedade.

Ao transformar a dialética da formação de subjetividade em níveis ou eixos condicionantes da saúde, a OMS reduziu a potência do conceito a simples marcadores sociais, formas indicativas de saúde, ou seja, que poderiam ser melhorados através de ações governamentais que visassem a diminuição das desigualdades e a distribuição – um pouco mais igualitária – dos recursos, retirando completamente a possibilidade de se pensar fora de um ambiente capitalista ou mesmo na construção das subjetividades humanas. O posicionamento da Associação Latino-Americana de Medicina Social vai

ao encontro deste entendimento. Nesta publicação, a Alames solicitou que o conceito de determinação social não fosse banalizado ou reduzido, mas que fosse lembrado que por trás de todo reducionismo do conceito estava uma óbvia ideia de mercantilização da vida. Ainda mais radical é o posicionamento do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde que requisitou o abolimento completo do termo (CEBES, 2011).

Maria Cecília Donnangelo já havia discutido, nos anos 1970, discutido as problemáticas da saúde dentro de um contexto liberal, afirmando que:

O processo amplo de controle dos antagonismos, visando mantê-los dentro de limites compatíveis com a reprodução da estrutura, expressa, em sua dimensão ideológica mais geral, a ênfase na unidade social negadora da existência da diferenciação básica entre as classes identificadas no plano das relações de produção. Essa ênfase, todavia, não é incompatível com o reconhecimento e mesmo a justificativa da desigualdade no plano da distribuição de bens de consumo ou, ainda, com o acionamento de mecanismos capazes de garantir a elevação dos níveis de consumo. Mas trata-se, já então, de uma desigualdade que não se refere às fontes de obtenção da renda – trabalho ou propriedade – e sim ao seu montante e, por essa forma, a perspectiva se desloca da contradição para a hierarquização das categorias sociais segundo um quantum de consumo (DONNANGELO, 1979 p. 43).

Observamos que existe uma diferenciação dentro deste conceito específico. Pouca relação existe entre o conceito inicial, fundamentado sobre a teoria histórico-dialética, e o conceito utilizado na atualidade. Havendo entre ambos apenas uma semelhança semântica. Todavia penso que não se trata de um problema teórico ou um problema político, mas sim de um problema estrutural. A própria estrutura do capitalismo não permite que possamos teorizar a saúde enquanto uma questão relacionada aos problemas centrais da acumulação de capital. Neste sentido, todos os esforços para construir um modelo de saúde universal e biopsicossocial-espiritual acabarão, inevitavelmente, por se esvaziar em proposições puramente analíticas, estéticas ou econométricas. Segundo Nogueira (2010), mesmo com os atuais modelos teóricos de saúde:

[A] doença continua a ser entendida como um evento clínico-biológico, enquanto suas causas são consideradas fatores sociais isolados, portanto, sem que estejam fundadas em qualquer teoria da sociedade. Avalia-se o acesso a serviços de saúde, mas nada se diz acerca da iatrogenia médica, ou seja, que a prática da medicina reconhecidamente atua como ‘determinante’ de inúmeras enfermidades e danos à saúde. Com isso, subentende-se que a Medicina altamente tecnificada e a lucrativa indústria que a sustenta sempre agem para o bem e em prol da saúde de todos (NOGUEIRA, 2010 p. 7).

Ocorre, então, uma petrificação da estrutura social capitalista como única forma de governo possível, estando os determinantes sociais subjugados a categorias em

diálogo entre si, mas nunca na produção de uma estrutura diferente. Os modos de produção e acumulação de capital nunca são tratados como determinantes para a saúde-doença dos corpos na sociedade, tratam apenas da exterioridade: comportamentos, meio ambiente, serviços públicos; em relação a um interior biológico dos sujeitos, mas nunca é tratada a formação de subjetividade dos sujeitos, a partir de uma lógica de acumulação de capital como determinante para a saúde.

O reducionismo do conceito, quando comparamos a “determinação social da saúde” com os “determinantes sociais em saúde” parece cristalino. O movimento realizado pela OMS não é desconhecido para Césaire (2020), o mesmo já o havia descrito para problematizar a função das ciências por intelectuais que defendem os modelos hegemônicos de produção e reprodução social:

E aqui está a unidade de tudo isso, a perseverante tentativa burguesa para reduzir os problemas mais humanos a noções confortáveis e ocas: a ideia do complexo de dependência de Mannoni, a ideia ontológica do Rev. P^a Tempels, a ideia do tropicalismo em Gourou. Que acontece ao banco da Indochina no meio disso? E ao banco de Madagascar? E ao chicote? E ao imposto? E ao punhado de arroz para o Malgaxe ou para o nhaqué? E a esses mártires? E a esses inocentes assassinados? E a esse dinheiro ensanguentado que amassa vossos cofres, meus senhores? Volatilizados, desaparecidos, confundidos, irreconhecíveis reinos das pálidas raciocinações! (CESAIRE, 2020 p. 49).

O que Césaire descreve e o que o Alames reivindica são protestos contra uma mesma forma de destruição de possibilidades revolucionárias dentro do modelo capitalista. O que aproxima tantos autores é a percepção de que, no capitalismo, as questões são reduzidas apenas ao seu valor estético (“revestimento visível”) ou probabilístico (FANON, 1968). Não importa mais a formação de subjetividade, mas sim a numeração de índices e dados e, assim, como descrito por Césaire, somem as formas exploratórias de trabalho, some o *lobby* empresarial, desaparecem os juros da dívida pública, some o mercado, somem as privatizações, somem os cortes de gastos e some, por fim, o capitalismo.

Observando uma primeira vez, não consigo entender como uma discussão tão atual quanto a determinação social da saúde, que se iniciou no Brasil a partir da medicina social latino-americana e por outros grupos ao redor do mundo, conseguiu produzir tão escassos resultados. Seria por conta do materialismo-histórico dialético ter sido utilizado como arcabouço metodológico de pensamento? Já teçi argumentos e demonstrei historicamente que existem fortes críticas ao fato de que o marxismo deu

pouca importância às lutas por identidade e por representatividade e que, por conta disso, o poder de mobilização das lutas de classe foram perdendo força a partir de 1988, para dar lugar ao pensamento neoliberal.

De fato, as discussões acerca da determinação social da saúde foram praticamente esquecidas dentro dos estudos em saúde, epidemiologia, direitos humanos ou seguridade social. Pouquíssimos são os autores e autoras que ainda tratam do tema e menos ainda as discussões que se fazem. Poderia também ser o caso de a identidade estar em discussão dentro do que se propõe a pensar a medicina social latino-americana e que este âmbito foi apagado por legislações que decidiram privilegiar pontos menos revolucionários da teoria. Essa hipótese ganha corpo ao vermos como a OMS esvaziou quase que completamente as discussões da determinação social da saúde, tendo a transformado em uma série de determinantes em saúde que entram em diálogo com o sujeito, mas que nunca o produzem de fato. Se o caso for esse, onde se deram esses apagamentos? Quem os promoveu? Como?

Por fim, há que se pontuar que a discussão trazida pelo pensamento da medicina social latino-americana não só está em diálogo com o pensamento negro descolonial de Fanon, como também com o pensamento da negritude de Césaire, Senghor e Damas. No entanto, a leitura destes autores fora dos movimentos negros organizados se dá apenas agora na segunda década do século XXI. Esses autores negros citados aqui estariam em diálogo com o pensamento latino americano? Haveria conhecimento uns dos outros? Não encontrei qualquer evidência que pudesse me levar a pensar que sim. A construção de pensamento depende muito mais de um contexto propício do que de um “lampejo de genialidade”. Não é estranho que várias pessoas estivessem desenvolvendo teorias muito parecidas e até complementares sem nunca terem contato com as produções umas das outras? Essa hipótese de boa-fé é ainda mais admitida para quem pensa a partir das periferias do capitalismo, nossa análise da opressão costuma ser bastante parecida, pois as nossas opressões agem no mesmo eixo estrutural.

Eu, sinceramente, não gosto das muitas questões deixadas em aberto neste trabalho. Eu não gosto de ter, entre mim e a discussão da determinação social da saúde, entre mim e os autores da negritude, entre mim e a descolonização, tantos e tantos anos de distância. Como um pesquisador negro e militante, eu me sinto triste porque sei que não habita em mim qualquer genialidade, qualquer inteligência ou visão acima do

padrão. Muitos e muitas antes de mim, certamente desenvolveram o pensamento sobre saúde no Brasil de forma muito mais articulada do que consigo neste momento. Onde estão seus trabalhos? Anseio por lê-los, mas não os encontro! Me entristece pensar que perdido e empoeirado na prateleira dos trabalhos universitários que ninguém lê, em uma universidade conceituadíssima, estão trabalhos que nenhum grande intelectual deu importância porque “é coisa de preto”, aí não é ciência. “É coisa de preto”, olha o pretinho falando, fala demais, mas não fala sobre o Brasil, fala só de “coisa de preto”, nesse país no qual as raças se amam.

Seria esse, também, o meu destino? Essa é a determinação também para mim? Faz parte também da saúde, pensar no futuro. Mas pensar no futuro como uma pessoa negra é amargo na grande maioria das vezes, porque imaginamos destinos trágicos para nós mesmos. Nosso imaginário capturado pelo colonizador não nos permite colocar nossas produções na prateleira principal, nossos atos são no palco ao lado. Nossos pratos, apenas aperitivos de um prato principal. O que fazer da determinação quando a encaro nos olhos? Seguir firme para esse mundo que me despreza e que me subestima, que me parabeniza pela coisa mais ínfima enquanto desafia o branco a mais?

Se a negritude me ensinou algo neste período em que a estudo, é que realmente não há qualquer sentido em buscar a opinião do branco, não falo da pessoa branca, mas sim da entidade branca, a branquitude, o universalismo, os intelectuais da branquitude, eles jamais entenderão. Para responder essas questões se faz necessário um mergulho profundo no pensamento e nas discussões sobre a determinação social da saúde abrindo diálogos com o pensamento negro descolonial e com as vivências de pessoas negras que habitam na atualidade do desastre. Criando, assim, as bases para fundamentarmos as nossas posições acerca do atual estado de genocídio que vivemos, para pensarmos em como resolver o problema social e estrutural da saúde no Brasil.

PARTE II

Sétima Fábula

“Só dá pra aguentar se você não pensar na dor”. Foi o que o colega mais velho lhe disse. Jefferson já estava de pé há 8 horas, sua coluna queimava, seus joelhos começavam a tremer, mas ele mantinha a cara fechada, o corpo retilíneo, trocava de peso do corpo de posição e pensava em outras coisas. Quando seu pensamento se esvaziava, ele lia o nome das fachadas do shopping: Gucci, Dolce Gabanna, Vans, L’oreal... Pensava em como cada vendedor deveria fazer seu corre, depois pensava em como deveriam ser as vidas dos clientes que entravam nessas lojas, mas ele nunca entendeu direito essa gente branca. Quando isso também acabou, ele começou a pensar nos clientes que passeavam pelo shopping. Será que ele conseguia antecipar, pelo rosto, onde o cliente iria entrar? Mas isso também se foi, a dor se acumulava na coluna, subia quente e espremia os ossos, e logo ele começou a sentir que sua coluna ia quebrar, e que ele ia cair dividido ao meio. No seu primeiro turno de 12 horas, o colega segurou sua mão e ajudou discretamente a descer do posto da segurança, tinham que tomar cuidado, se fossem pegos se ajudando era capaz de serem os dois demitidos! Jefferson não sentia mais as pernas, precisou flexioná-las para que voltassem a funcionar. O colega repetia: “Não pensa, não pensa na dor”. Funcionava. Ele ficava cada dia mais distante, cada dia conseguia aguentar um pouco mais, quanto menos pensava, mais imóvel permanecia, mais preparado para atacar, mais pronto para agir como segurança. Tinha dias que Jefferson sequer pensava, ficava lá, encarando as coisas, ele nem via mais as pessoas. Ele não pensou por tanto tempo que se acostumou, ele não pensa no ônibus, às vezes ele não pensa nem em casa, não pensa em coisa nenhuma. O colega não veio mais, morreu de ataque cardíaco aos 42 anos, Jefferson não pensou a respeito. Uma vez, ele pegou um pretinho, igual a ele, tentando roubar umas bolsas e, então ele bateu sem nem pensar. Às vezes, aparecia um supervisor ali e ele sabia que ia perder alguma coisa, uns minutos do almoço, o V.A... Tinha dias que a terceirizada não pagava V.T e ele tinha que ir a pé. Nesses dias, ele falhava e a dor vinha como uma cobra o esmagando por dentro, queimando seus olhos, descolando sua pele como ácido. Às vezes, ele sonha que o acorrentam e que batem nele com varas, sonha com o pretinho ladrão de bolsas e acorda suado sem lembrar de nada. Nessas noites, ele

chora baixinho e a esposa o consola: “Vai ficar tudo bem, amor, não pensa mais sobre isso”.

- Não pensa.

7. “Te vira aí, nego”: viração, ética e política metodológica

O que se procurou argumentar até o momento foi a necessidade urgente para reabilitar as discussões entre direitos humanos, cidadania e saúde e, para isso, faz-se inadiável as discussões acerca da negritude, da descolonização e da determinação social da saúde. No momento histórico no qual vivemos, é primordial que esse debate sobre direitos humanos e cidadania seja retomado, sob o risco de perdermos os últimos lastros que nos compõem enquanto sujeitos de um mesmo Estado de Direitos. Em um país em que se morre aos milhares por dia, repensar os direitos humanos e a cidadania através da saúde não é apenas uma retomada da já discutida história da reforma sanitária e do SUS na redemocratização, mas, também, a possibilidade de se haver com a tragédia, de vivenciar o necessário luto, de poder emergir de tanta dor, algo que possa compor um passo adiante na consolidação de uma cultura de inclusão e de valorização da diferença. A saúde é mais do que necessária, ela é primordial para qualquer projeto de descolonização da sociedade.

Colocar a negritude neste centro não significa apenas inserir o substantivo “Negro” nas políticas, mas redimensionar a centralidade das políticas públicas de saúde. Tratamos, também, sobre como a modernidade-colonialidade construiu o seu centro hegemônico a partir de dualidades diferenciais, na qual intelectuais europeus colocaram seu continente como dono e precursor de tudo que é bom no mundo. Assim, para destruir essa posição em que fomos colocados, é necessário problematizarmos a metodologia científica e a intelectualidade que a constrói, como disse certa vez Paulo Freire à bell hooks: “não podemos entrar na luta como objetos para depois nos tornarmos sujeitos” (hooks, 2020, p. 83).

Eu, particularmente, sou um tanto avesso à ideia burguesa de intelectualidade. Essa construção do burocrata científico, como muito bem trabalha Santos (2004), para mim nada mais é do que a manutenção do *status quo* classista, da construção de conceitos e teorias “domesticadas”, que pouco ou nada contribuem para uma mudança social efetiva das populações subalternizadas. Essa burocracia acadêmica está em preencher algumas linhas de Lattes, organizar um congresso *aqui-e-acolá*, montar cuidadosamente as aulas para não tocar em temas que possam ativar as emoções de estudantes, manter ao máximo possível o emprego, fugir de polêmicas, fugir da política,

esconder-se atrás de papéis, de um bom salário, de alguns bens e de uma atitude impávida diante de uma sociedade incompreensível. A institucionalização do burocrata acadêmico o torna insensível à realidade que foge da institucionalidade. Segundo Santos (2004):

O filisteu burocrata acredita, candidamente, que se não há, por exemplo, orçamento para os órgãos de cultura, a cultura vai mal; se os teatros estão caindo aos pedaços, não há teatro. Acaba por dirigir sua ação para a instituição, órgão, o departamento, a secretaria, etc., tornando, desse jeito, o Estado – “o mais frio dos monstros frios”, no dizer de Nietzsche – mais forte e ineficiente, levando água aos moinhos dos que querem desmontá-lo. Afogado em projetos e orçamentos – em papéis – o filisteu burocrata acabará acreditando que trabalha pela cultura confinando-a, por exemplo, em casas de cultura, na verdade casas de detenção da cultura (SANTOS, 2004. p. 22).

Por tal questão, não sou muito afeito à intelectualidade. Durante meus anos de iniciação científica, por muitas vezes não pude compreender qual era a função do pesquisador para além de inserir dados em um banco de dados e aguardar análises. Por muitas vezes, a coleta de dados foi tratada como uma “meta” a ser batida, um número de formulários que deveriam ser preenchidos por dia - não importando quem os preenchesse desde que a tinta atingisse o papel -, e por muitas vezes me senti um panfletário, sem entender nada além do processo da panfletagem, da mecânica para além da etapa na qual eu estava confinado. O dia-a-dia da pesquisa, na prática, realmente se trata muito disso, o problema está quando somos consumidos por essa lógica.

Cabe ressaltar que a ingenuidade também é um privilégio. Você, leitor ou leitora, pode estar me perguntando: E quanto ao sucateamento da educação? E quanto à perseguição de professores/as? E quanto ao ciberfascismo que expõe e violenta universidades? E quanto à lógica de produtividade, que tranca pesquisadores/as em um ciclo infinito de publicação de artigos? E quanto à remuneração inadequada, a falta de estrutura, a falta de liberdade de expressão, a falta de tempo, a falta de materiais, de livros, de dinheiro para a pesquisa? No final de todas essas faltas, o que nos resta é a realidade concreta, na qual o intelectual se acomoda, ou é obrigado a acomodar-se, no lugar de burocrata. Aqueles que assim não o fazem podem ser facilmente deixados ao esquecimento. Muniz Sodré já nos situou no tempo: “se poderia dizer que o intelectual, como o *champagne*, a *baguette*, a *baute couture*, é uma invenção francesa, assim como o artista, no século anterior, fora italiana” (SODRÉ, 2004. p.10).

A citação não é ocasional, pois a posição do intelectual, embora passe por mudanças constantes no tempo, sempre guarda um quê de artista. Se nos dirigirmos à Grécia Antiga, ao império egípcio, gregos, persas ou à França pré-iluminista, aos primeiros anos da revolução haitiana ou pequenas comunidades que se reuniam ao redor do fogo nas Américas, veremos o intelectual como o contador de histórias, a história do mundo, a origem das coisas e das pessoas. São intelectuais que pegam seus bancos em Jerusalém e pregam suas ideias junto a todo o tipo de opinião que se misturam pelas ruas; que pregam seus pensamentos nos postes e nas portas; que treinam a dicção para falar mais alto e de forma mais eloquente que àqueles/as ao seu redor. Guardamos essas características. Você já assistiu algum programa de televisão ou de rádio? Já entrou no Youtube recentemente e procurou por canais de divulgação científica? Você, por acaso, já observou colegas pesquisadores/as nas redes sociais? O nosso banquinho digital ainda está lá, ainda falamos no meio de várias outras vozes e tentamos ser mais eloquentes, expressar nossas conclusões ou propostas concatenando as ideias para – de certa maneira – seduzir transeuntes digitais. Pesquisar também é performar, dramatizar, saber o ritmo, o *timing*, o jogo de sedução que se reproduz a partir da ciência (LIMA; CIAMPA, 2017).

Eu ainda prefiro a opinião de intelectuais como Said (2007), Santos (2004), Fanon (1968), Memmi (2007) e Césaire (2021), que posicionam o/a intelectual não como um/uma profissional de classe, mas, sim, um/uma “profissional para as classes”, cuja formação pouco se relaciona com sua função social. O trabalho intelectual, encontrando uma linha entre esses autores, é estar o mais próximo possível do que se produz de cultura/ciência pelo próprio povo onde está inserido. Nesse sentido, a definição de Santos (2004) ainda me parece a mais próxima da radicalidade concreta a qual gostaria de acessar as discussões desta dissertação: o intelectual dos pobres, ou o intelectual que trabalha para as pessoas pobres, é um “trabalhador da cultura”. Ou seja, um profissional, de preferência dentro dos aparelhos do Estado, que trabalha para que a cultura popular floresça independente de sua expressão. Não deve importar ao trabalhador da cultura qual o produto que será gerado a partir de seu trabalho, mas, sim, na estimulação desses processos de geração cultural autônoma. É o que compreendo quando o autor nos diz que:

Só uma política que estimulasse processos ao invés de produtos, circuitos ao invés de lugares, a centralidade e a anterioridade de tudo, ao invés da

produção de objetos de cultura, seria inovadora. Uma tal política permitiria ao Estado, quem sabe, transferir renda para os pobres (SANTOS, 2004. p. 236).

O/A trabalhador/a da cultura, o/a intelectual dos pobres ou o/a intelectual para as pessoas pobres não surge da institucionalidade. Não é a graduação, o mestrado ou o doutorado que vão lhe dar esta posição, mas a ocupação política de juntar, compreender e estimular processos culturais que lhe são independentes. O que é *Woodstock* senão um grande congresso de intelectuais? E as rodas de *Slam*? Quanta proposta político-metodológica não surge no *Baile da Tuka*¹³? E lá na ocupação do *Mangue Seco*, como os líderes comunitários “se viram” politicamente para conseguir água, luz, esgoto etc.? Longe de qualquer romantização da pobreza, a formulação aqui é para demonstrar que a cultura não pode ser morta, a política vem de todos os cantos e quanto menos se tem, mais criativas precisam ser as estratégias para viver ou sobreviver. A menos que deixemos de considerar Lima Barreto, Carolina Maria de Jesus, Mano Brown, Emicida, e, mais recentemente, o entregador de aplicativos Paulo Roberto da Silva de Lima, conhecido como “Galo de luta”, como intelectuais na sociedade brasileira. Tem muita gente que olha o funk e só enxerga corpos sexualizados e obscenidades.

Quando compreendemos que a institucionalização nada diz realmente sobre a intelectualidade no Brasil, o contato entre pesquisador/a e participante de pesquisa pode tanto se horizontalizar quanto se inverter por completo. O método pode ser uma circularidade, o projeto pode divagar por, digamos, contações de histórias que talvez sejam ficcionais, que talvez sejam reais, que talvez sejam a ficção potencializando a realidade por meio de letras de músicas, contos, poemas e expressões populares:

A pobreza é um lugar de não-trabalho e, por conseguinte, seu pensamento é anárquico, fragmentário, sofisticado. A função “educativa” dos intelectuais dos pobres, sobre os pobres, nunca vai no sentido de uma visão lógica do mundo, mas de um sentimento lúdico da vida (SANTOS, 2004. p. 67).

A capoeira é luta ou dança? O samba-enredo, por exemplo, já foi descrito como aleatório e sem sentido (SANTOS, 2004). Para longe daqui, onde estão as regras do

¹³ O Campo da Tuca é uma comunidade situada na Zona Sul de Porto Alegre composta por um conglomerado de casas em situação de extrema pobreza. O baile da Tuka é organizado desde os anos 1980 sempre influenciado pela cena da música negra, passando do Samba ao Pagode, ao Swing até finalmente ser dominado pelo Funk a partir de 2010. A etnografia escrita por Rosa (2016), antigo morador do local, ajuda a explicar as disputas políticas e metodológicas que compõem a cena na capital do Funk no Sul do Brasil.

Jazz? Mas dá pra dizer que o *Jazz* é aleatório ou sem sentido? E Garrincha driblando, diziam que ele tinha as pernas tortas, mas parecia muito certo pra mim no que vi dos vídeos de suas jogadas, Ronaldinho Gaúcho então? Tem gente que entende tão pouco que acha que é mágica, que é sobrenatural. É a negritude anárquica, com sua temporalidade que excede o tempo e espaço linear. Se estiver muito difícil a compreensão ou os pensamentos estiverem fora da ordem natural clássica, pode acreditar que ainda vai piorar, e muito! Achavam que faziam um favor pra gente quando “deixavam a gente entrar na faculdade”, que a gente ia diminuir a qualidade dos cursos de graduação. Mas veja que é a universidade que não está preparada para compreender a intelectualidade negra. A gente anda muito à frente! Tu tá me entendendo camarada? Hoje é dia dois de janeiro de dois mil e vinte e dois, esse parágrafo tá sendo escrito numa mesa de plástico, no bar de uma praia por aí. Podes até dizer que eu não tô sendo coeso na minha escrita, mas foi de uma mesa dessas que Cartola escreveu “deixe-me ir”, uma das músicas mais fundamentais da cultura nacional. A cultura é coisa linda demais, quando mistura Negritude, imagina a conversa que sai!

Mas não são proposições fáceis de se fazer, tanto que este, para mim, é o capítulo mais difícil de escrever. Aquele que ativa mais fortemente a minha síndrome do impostor: *será que eu entendo algo de método? Será que não estou apenas enrolando e falando nada com nada?* A fraqueza, como nos fala Costa (2014) nada mais é que um primeiro momento, se é que podemos dizer que há linearidade nestas formas de inventar os mundos da pesquisa. Segundo o autor:

Ao abrir nossa escrita às infecções da ficção nas pesquisas em Psicologia Social obtemos um triplo movimento de fraqueza, força e crítica: primeiro nos vemos fracos ao degenerar a generalização e a fidedignidade formais acadêmicas, depois intensificamos a complexidade e sutileza de nossas ferramentas de pesquisa e, por fim, desvelamos alguns subterfúgios ficcionais das pesquisas que se querem apenas objetivas. Enfermos, podemos então erigir novas possibilidades de produção de conhecimento (COSTA, 2014. p. 554-555).

Como homem preto, heterossexual e cisgênero, aprendi a ser forte e não me importar com a dor. Mas ser forte é o contrário de ser um pesquisador, de ser um trabalhador da cultura, de ser um “intelectual para as pessoas pobres”. Iniciar falando do papel do/a intelectual é necessário para compreender a minha própria fraqueza, para localizar o meu saber dentro da disputa contra a hegemonia de um único saber científico. É necessário ser fraco para estar aberto aos “gestos metodológicos” (SANT’ANNA JUNIOR, 2020) que surgem, é preciso ser fraco para sentir as virações,

as rodas das saias, ao marejar dos olhos, a mudança leve do ar que denota a tensão ou a leveza como diria minha amiga-orientadora Míriam, meu amigo Ademiel e minha amiga Cecília, quero dizer, Alves, Sant'Anna Júnior e Izidoro-Pinto (2022).

O gesto trata da movimentação que escapa do corpo, diferentes das coreografias, gestos são invocações insurgentes encharcadas, ou não, de intencionalidades; gestos são persistências poéticas do corpo que extrapolam e escorrem como resistência que não sabíamos que estavam ali. Mecanismos de luta e autodefinições do corpo negro, que vão dançando no fronte. É desde os gestos que contamos nossas histórias, compartilhamos nossas lutas coletivas, criamos imagens transgressoras e potencializamos nossas ações escurecedoras nos espaços que ocupamos (SANT'ANNA JUNIOR, 2020 p. 139).

Pobre não trabalha, né, pobre “se vira”. Uma vez, escrevi que tinha um “serviço” em um texto acadêmico e a professora branca, muito encabulada, corrigiu a escrita para “trabalho”. Eu me virava, e se virar não é uma posição, mas um gesto; a viração é coisa para poucos, uma viração metodológica é coisa para deixar tonto. Não são formas, conceitos prontos, não são teorias ou análises, são gestos, caminhos metodológicos que surgem, se viram, testam, vão embora. Essa é a perspectiva, portanto, como pesquisar dentro disso, senão conversando?

7.1. Lá e de volta outra vez: Caminhando, conversando e construindo um método

As primeiras linhas que tracei, para desenhar um caminho possível, partiu do conceito de conversação de bell hooks (2020), que foi a prática da ética no encontro com a outra pessoa. Conforme a autora:

Em todas as raças, classes e gêneros, todas as pessoas se envolvem em conversação. E todo mundo se lembra de uma boa conversa, quando as ideias mutuamente compartilhadas incrementaram nossa compreensão, o compartilhamento de humor e sabedoria estimulou nossa capacidade de pensar criticamente e permitiu que nos engajássemos em uma troca dialética (hooks, 2020, p.82).

A conversação permite o encontro de narrativas e a escuta sobre o modo como as pessoas constroem a sua própria realidade fantástica. Essas conversas estão longe de serem unidimensionais ou verticalizadas; elas sempre nos confrontam com diferentes formas de enxergar e de saber. Praticar a conversação com pessoas autodeclaradas pretas ou pardas acerca de suas experiências com os dispositivos do SUS é a forma

como pretendo fazer circular os afetos e produzir as ideias, não de mim, mas da própria conversação. Como referem Míriam Alves, Ademiel Santa'Anna Junior e Cecília Izidoro-Pinto (2022, p. 144), aposto na conversação enquanto “caminho por onde torna possível trilhar encontros ‘de pés no chão’ [...]”.

Eu sempre gostei de escutar, muito mais do que de falar. Aluísio Lima e Antônio Ciampa (2017) contam que a narrativa é a expressão da vontade de demonstrar, interna e externamente, a própria existência no tempo-espço a partir das permanências e mudanças sofridas durante a vida. Como a própria vida, a narrativa não necessita de uma sequência lógica, linear ou temática de eventos, mas formam uma constelação na qual os acontecimentos mais importantes entram em cena e pavimentam a estrada que traz o/a narrador/a.

O/A narrador/a performa uma história, pedida ou espontânea, mas a história dificilmente é igual todas as vezes. A relação entre narrador e ouvinte certamente altera a história, senão os rumos de seus conteúdos, de seus gestos, de suas pausas, de seus respiros, dos focos de sua narração. Não pense você, leitor ou leitora, que o/a narrador/a preto/a conta sua história da mesma forma para um/a ouvinte branco/a e um/a preto/a. Afastando qualquer diferença de qualidade da narração, os acessos são outros, as portas que são tocadas no corpo de quem escuta pelas palavras de quem narra, são outras. É preciso ser fraco para que essas portas possam se abrir e para que a narrativa possa ressoar e, ressoando, ela também possa retornar em forma de gestos (aplausos, risadas, choro, raiva, nojo, sono...). Tudo isso importa na narração, pois as pesquisas e as análises narrativas, podem ser consideradas capazes de incluir a dimensão subjetiva inerente ao encontro entre pesquisador/a e participante da pesquisa (PASSOS; BARROS, 2009).

De fato, nessa não-linearidade do tempo conversado, as narrativas tornam-se tanto método quanto objeto de pesquisa. Conforme João Telles (1999), a narrativa é método pois é através dela que os significados serão construídos em conjunto, mas também é objeto, pois se tornam o centro dos esforços do/a pesquisador/a e do/a participante. O/A narrador/a torna-se protagonista de sua própria história ao narrá-la. A narração da história de vida não representa a concretude preexistente de um ser, mas sim o produz enquanto um sujeito dono de si mesmo, assim como também dá sentido e movimento aos outros personagens e instituições que entram em sua história. Assim

como as relações de semelhança e diferença com o contexto, tratando de um campo intersubjetivo inerentemente ligado à produção cultural (DE CASTRO; MAYORGA, 2019).

Então, eu aposto na construção dialógica entre narrador/a-ouvinte, produzida em uma localização e um tempo singulares que não podem ser predeterminados. Essa falta de predeterminação está muito longe de uma falta de rigor ou técnica. A teoria feminista trata muito bem sobre saberes localizados, todo o conhecimento possui uma localização no espaço-tempo e é definido pelos marcadores sociais de diferença e pelas experiências que carregam o/a narrador/a e o/a ouvinte nas pesquisas (HARAWAY, 1995). Dessa forma, o conhecimento produzido através da ideia de localização de saberes não se torna uma negação das possibilidades de produção de práticas e saberes dos sujeitos, mas, sim, reconhecem e tornam visíveis os efeitos das parcialidades que compõe a complexidade do sujeito pesquisador/a e do sujeito participante de pesquisa, tornando evidente que não existe uma uniformidade e generalidade nas e das produções científicas (SANTOS; MEZZARI; TEIXEIRA-FILHO, 2021).

As ideias, os conceitos ou as formulações que são geradas a partir da conversação não podem ser necessariamente “privatizados” para alguém. A conversa é democrática e horizontal, assim como são suas ideias. Cair na falácia da originalidade ou da inovação é apenas ser pego pela armadilha da institucionalização burocrática da intelectualidade. Essa proposição é descrita lindamente por hooks, quando fala de suas conversas com seu amigo pessoal Dennis Rader para a composição da escrita de seus artigos:

Várias ideias neste artigo e neste livro estiveram presentes em conversas entre mim e o educador Dennis Rader[...] ao escrever este artigo curto, comecei a me preocupar com o fato de que era impossível determinar onde minhas ideias terminavam e as dele começavam. Isso me fez pensar novamente sobre a natureza democrática do aprendizado por meio da conversa. Há muita obsessão nos círculos acadêmicos em torno da propriedade das ideias. A competição pelo respeito acadêmico faz indivíduos terem uma necessidade desesperada de ser “a pessoa” que primeiro teve uma ideia. Na realidade, ideias estão sempre circulando. Elas se renovam quando nos envolvemos em reflexões críticas internas, em conversas internas que dão expressão nova a um pensamento comum (hooks, 2020 p.86).

A conversação não é apenas uma escolha teórico-metodológica com os pés na prática, ela dialoga diretamente com uma ética-política que pretende se desvencilhar das amarras da construção intelectual, que está fortemente vinculada a uma visão

eurocêntrica do mundo e da pesquisa. Cabem dentro dessa proposta a horizontalidade, a circulação, a viração enquanto caminhos e a própria negritude que se expande dos corpos e circula junto com as ideias das conversações.

Participaram das conversações pessoas que estiveram presentes na primeira etapa da pesquisa maior, intitulada “Necropolítica e População Negra: problematizações sobre racismo e antirracismo e seus desdobramentos em tempos de pandemia e pós-pandemia da Covid-19¹⁴”, do Núcleo de Estudos e Pesquisas E’léékò, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, por meio do parecer número 4.127.275 (Apêndice I).

Em sua primeira etapa, pessoas autodeclaradas pretas e pardas foram convidadas a responderem um questionário on-line autoaplicável (Apêndice II), divulgado nas redes sociais e por e-mail, no período de julho a setembro de 2020 e de outubro a dezembro de 2021. As pessoas que acessaram a divulgação do questionário e que tiveram interesse em respondê-lo, fizeram-no através de um *link* que deu acesso ao instrumento. Foi disponibilizada, à pessoa que acessou o *link* do questionário autoaplicável, uma apresentação do projeto de pesquisa maior com seu objetivo, seguida do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice III). Saliento que o questionário *on-line* era anônimo, de modo a preservar a identidade das pessoas participantes. O tempo médio para seu preenchimento foi de 40 minutos. A última questão do questionário versou sobre o interesse e a disponibilidade da pessoa respondente em participar de uma segunda etapa da pesquisa, por meio de uma entrevista sobre um tema específico do estudo. É nesse contexto que a presente dissertação se vincula à pesquisa maior, ou seja, convidar homens e mulheres autodeclaradas pretas e pardas a compartilharem e vivenciarem comigo conversações sobre suas experiências, memórias e narrativas junto ao SUS.

O banco de dados disponível possuía 403 respostas e era composto por 53 perguntas, das quais as primeiras 18 tratavam da descrição da população (renda, autodeclaração racial, religião, cidade, idade, gênero, etc), enquanto as restantes se dividem entre perguntas qualitativas, abertas e fechadas, sobre a vivência do racismo em diálogo com a pandemia de Covid-19. A partir dessas perguntas qualitativas, é possível

¹⁴ Vinculada ao curso de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGpsi/UFGRS), por meio do Núcleo de Estudos e Pesquisas E’léékò.

observar algumas narrativas que foram a base dos meus critérios de seleção. Em um primeiro momento, excluímos as pessoas que não se dispuseram a participar de uma nova etapa da pesquisa, ou então que quiseram, mas que não deixaram nenhuma forma de contato no questionário. A partir desta primeira seleção, restaram, então, 268 respostas, as quais foram lidas na íntegra para que se pudesse selecionar as pessoas que seriam convidadas a participar da pesquisa.

Para isso, foi realizada uma seleção intencional da qual foi possível produzir algumas diretrizes básicas. Como a pesquisa se baseia em narrativas que envolvam as políticas de saúde pública, o primeiro critério desta segunda etapa foi o aparecimento, nas respostas do banco de dados, de situações que envolvessem a saúde pública de modo geral. Pessoas que estão, ou estavam, fazendo tratamento continuado no SUS, ou acompanhando alguém em tratamento continuado no SUS; profissionais da saúde ou que trabalhassem em dispositivos da saúde; ou narrativas nas quais a questão de saúde aparecesse de forma significativa.

O segundo requisito para o convite foi a sensação suscitada a partir das narrativas contidas nas respostas do banco de dados. O caráter pandêmico tem, nessa etapa, uma forte influência sobre a forma como essas respostas foram lidas, pois a incerteza constante sobre a continuidade das relações sociais das pessoas participantes da pesquisa produziu em mim, ao ter contato com o banco de dados, uma necessidade de saber se elas continuavam bem, saudáveis e longe das piores vulnerabilidades. Posso dizer, então, que o principal critério desta segunda etapa foi o meu próprio desejo de conversar, produzido pelo contato com a narrativa contida no banco de dados.

Após a segunda etapa, restaram 45 pessoas no banco de dados. A ideia, inicialmente, seria obter a participação de cinco pessoas, havendo um cuidado para a equiparação de gênero, faixa etária, de renda e região do país. Os contatos foram todos realizados por e-mail, no qual o/a participante recebeu uma breve descrição da pesquisa e seus objetivos, do motivo do contato e de como chegamos até ele/a (Apêndice IV). Também realizei uma breve descrição minha, enquanto pesquisador, e anexeï no convite uma cópia do projeto aprovado pela banca de qualificação, assim como os contatos e números de registro profissional meus e de minha orientadora.

Os convites foram enviados a cada três ou cinco pessoas, em intervalos de cinco dias, e encerrados após a realização das primeiras três entrevistas. No total, foram

convidadas a participar da pesquisa 16 pessoas, em 4 diferentes datas, sendo 4 homens e 11 mulheres cisgênero, além de 1 mulher transgênero. No dia 06/06/2022, foram chamadas cinco pessoas, 2 homens e 3 mulheres, quanto a divisão por renda, 3 pessoas recebiam até 1 salário mínimo e 2 duas pessoas recebiam mais de 3 salários mínimos. Esse convite recebeu 3 respostas positivas para a marcação da conversação, de 1 homem e duas mulheres cisgênero, quanto à renda, 2 pessoas de renda superior à 3 salários mínimos e 1 de renda inferior à 1 salário.

Desses 3 contatos positivos, consegui realizar apenas duas entrevistas, com as duas mulheres. Não foi possível encontrar uma data na qual o homem pudesse participar. De fato, ele remarcou a entrevista diversas vezes e, por fim, parou de responder aos contatos sem informar a desistência da participação.

No dia 13/06/2022, foram convidadas mais 4 pessoas. Quanto à divisão de gênero, 1 mulher transgênero e 3 mulheres cisgênero, quanto à divisão por renda: 2 pessoas com renda inferior à 2 salários mínimos e 2 com renda superior. Nesse chamamento não obtive nenhuma resposta, então realizei mais um convite em 03/07/2022 para 1 homem e 2 duas mulheres cisgênero cuja renda de todos/as estava entre 1 e 2 salários mínimos. O homem foi o único a responder, mas declinou do convite, pois dizia não ter experiências suficientes com o SUS para poder contribuir de maneira significativa. Em 11/07/2022 foi realizado um último convite para 1 homem e 2 mulheres cisgênero, todos com renda superior à 3 salários mínimos. Desta vez recebi uma resposta positiva, a única resposta de fato, com uma das mulheres com quem rapidamente consegui marcar um horário e realizar a terceira entrevista.

Embora a ideia inicial fosse realizar cinco entrevistas, consideramos parar em três por conta da quantidade e complexidade dos conteúdos circulantes em cada uma dessas conversas. Optamos por aprofundar a discussão sobre os temas narrados nestes encontros, ao invés de aumentar o número de participantes.

As pessoas escolhidas foram contatadas pelos meios fornecidos ao questionário (e-mail ou telefone) e foram convidadas a participarem de conversações. Os encontros se deram através de reunião virtual pelo aplicativo *Google Meet*, sendo que os horários e datas foram definidos pelas próprias participantes da pesquisa, e foram realizadas em um período de tempo entre 45 minutos e 1 hora. O áudio foi gravado e, posteriormente,

transcrito. O conteúdo dessas conversações será discutido à frente, na análise das narrativas.

As diferenças comunicacionais existentes entre a narração presencial e a narração à distância são pontos a serem considerados, pois os gestos diferenciam muito dependendo do tempo de recepção e resposta da mensagem. O *delay* de uma frase interfere tanto quanto a luz do monitor do computador, quanto as demais informações da casa do/a participante e do/a pesquisador/a, quanto aos seus gestos nessa contação. Uma limitação desta pesquisa foi a impossibilidade de se realizar conversações presenciais. Acredito tratar-se de uma limitação – e não uma característica da pesquisa – pois há muita complexidade no contato entre dois corpos próximos que não são as mesmas quando transmitidas pelo meio digital. Mas também não existe qualquer possibilidade frente ao contexto pandêmico e ao escopo da pesquisa. Diante deste contexto, caberá, nas análises, compreender os gestos metodológicos que emergem enquanto necessários no entremeio Narrador/a–*Hardware–Software–Ouvinte* e vice-versa.

Para disparar as conversações, solicitei às mulheres participantes que narrassem episódios nos quais precisaram utilizar o SUS. Longe de uma amarra, tratou-se de um disparador. O SUS no Brasil é um sistema gigantesco cujos dispositivos apontam para os mais diferentes propósitos dentro da política de saúde pública. O que me interessou foi que as narradoras se vissem diante desse Sistema e então pensassem em como constroem a si mesmas diante dessa política. As narrativas das participantes, enquanto invenção de si e do SUS, foi de grande relevância para o estudo da política pública, pois teve a potência de trazer à tona diversas camadas de complexidade subjetiva que escapam à normatividade da proposição unicamente positivista de políticas. Como dizem De Castro e Mayorga (2019):

[Ao] contarem as suas histórias, os sujeitos não pretendem, somente, memorizar e reelaborar suas experiências isoladas: eles também pretendem, explicitamente, posicionar-se diante de suas histórias coletivas; convencendo, persuadindo e impressionando os seus interlocutores. As narrativas nos permitem potencializar, portanto, as análises das relações entre sujeito, sociedade e historicidade (DE CASTRO; MAYORGA, 2019, p. 9).

Assim sendo, as conversações narrativas trouxeram grande potencial para análise, formulação e reformulação de políticas públicas. A intervenção da negritude e

da descolonialidade neste palco também procurou deslocar determinadas hegemonias e padrões de pesquisa para permitir que a pessoa participante construa a narrativa de si mesma e das políticas que a perpassam da forma mais sensível e próxima.

Eu pretendia que isso nos conduzisse para longe da conclusão que já temos há séculos: de que o racismo diminui a quantidade e qualidade de vida da população negra. O que me conclamou foi entender como homens e mulheres negras constroem a si mesmos diante desse sistema que deveria lhe conceder cidadania. Por onde percorrem seus desejos? Em que veio escorre o poder que utilizam quando precisam acessar os serviços de saúde? Quais as estratégias concretas e subjetivas para viver o SUS? Como seu corpo relaxa e se contrai ao relatar tais episódios? Eu também me construí nesses diálogos, pois a conversação narrativa foi muito mais para uma troca de experiências do que para uma entrevista ou interrogatório.

A conversação é uma troca sincera e democrática da qual as ideias e conceitos surgem a partir da circulação dos afetos (hooks, 2020). Para isso, também preciso estar presente, implicado e sensível na conversa. Essa dissertação partiu de minha história, das minhas veias, da minha família, do meu mais profundo desejo ético e político por uma sociedade antirracista. Como homem preto, a minha participação nesta conversação foi a de coautor; a conversa fluiu, os pensamentos surgiram e se trançaram; as histórias foram contadas no encontro, lado a lado; teses foram contrapostas e, por vezes, formam sínteses ou linhas de pensamento sobre as conversas que permanecem girando.

Não pretendia tirar nada das participantes que eu mesmo não pudesse dar em troca. Difícil de explicar, mas assim são as conversas sinceras, implicadas e que partem de corpos que lutam as mesmas batalhas. Esse ato de juntar, unir, horizontalizar e desapropriar o pensamento de um corpo individual não é apenas o método que utilizei nesta pesquisa, mas sim parte de todo o meu projeto ético político no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS. De nada me vale o título sem a mobilidade social que me permita o ajuntamento e a democratização do pensamento.

O conteúdo das conversações foi gravado, transcrito e analisado a partir dos conceitos de negritude, descolonialidade e determinação social da saúde. As construções teóricas formuladas a partir das narrativas procuraram pontos de convergência, tensionamento, aproximação e afastamento, semelhança e diferença, formas de se ter

acesso a saúde, formas pelas quais as instituições impedem esse acesso e o SUS que é construído por cada sujeito.

Como ferramentas, esteve em primeiro lugar meu próprio corpo, minha pele, meu ouvido, minha boca foram os contatos com as narradoras e as histórias que compartilhamos; no meu corpo as narrativas reverberaram e se alteraram conforme o movimento do corpo de cada narradora. Também utilizei um diário de campo no qual anotei pensamentos, divagações, sentimentos e gestos que realizei durante as conversações; tal diário foi utilizado como complemento à análise das narrativas.

Por fim, não há fim, a metodologia se abre para outros gestos metodológicos que chegarão a partir do contato, do encontro; gestos que “se viram”, se desdobram em formas outras. A descrição destes gestos também compuseram a narrativa desta pesquisa. O pobre é um sem-lugar; a diáspora é um não-lugar, uma saudade; o encontro com outro corpo preto torna-se um encontro com a própria terra; desse encontro e desses gestos metodológicos que se formou esta dissertação.

Para a análise dos dados obtidos, foi utilizada a análise episódica, conforme descrito por Kilomba (2020). A escolha se deu para que pudéssemos complexificar o panorama do racismo vivenciado, não apenas como uma situação específica na vida de um sujeito, mas sim como uma teia que envolve toda a vivência e contexto das pessoas negras. Conforme a autora:

Embora não se possa transcrever com fidelidade toda a complexidade da vivência do racismo, a análise episódica descreve os diferentes contextos nos quais o racismo é performado, criando uma sequência de cenas do racismo cotidiano. A composição de vários episódios revela não apenas a complexidade de experienciar o racismo – seus cenários diversos, atores e temas -, mas também sua presença ininterrupta na vida de um indivíduo (KILOMBA, 2020, p. 88).

A análise episódica vai ao encontro do meu próprio pensamento acerca do racismo, não enquanto uma situação individual, mas sim estrutural na sociedade capitalista. Assim, as conversações foram transcritas e, após, selecionados episódios baseados nos tópicos centrais das conversações. Esses episódios foram escritos em sua íntegra e, depois, transpassados pelos conceitos de saúde e descolonização que também compõem esta dissertação.

Uma primeira diferença percebida entre a utilização que Kilomba (2020) faz da análise episódica para aquela que fiz é que senti uma dificuldade em recortar episódios específicos, pois as conversações não possuíam linearidade. Elas giraram em assuntos

que iam e voltavam, pausavam e depois continuavam, fluindo como uma conversa deve fluir, mas que, no momento da tentativa de recorte, acabava diminuindo a complexidades da narrativa das participantes, pois não havia momento propício para um corte inteiro que representasse um episódio.

Para que os episódios não perdessem a sua complexidade a transcrição foi subdividida por tópicos e esses tópicos foram aproximados entre si para formarem um episódio completo. Ou seja, a partir desse ponto, as transcrições não foram mais trazidas em sua integralidade, mas sim costuradas a partir de seus assuntos chave. Chamei esse processo de “editoração”. O dilema com o qual me debati foi: manter a sequência da fala como foi dita, estando mais próximo da narrativa apresentada na conversação? Ou subdividir as narrativas, recortá-las e colá-las novamente como forma de unir os tempos nos quais os mesmos assuntos se tornavam cada vez mais ricos?

Ressalto que a editoração se resumiu a recortar, montar e colar pedaços de narrativas, sem que houvesse nada escrito por mim dentro da transcrição. Ainda não sei qual das alternativas seria a mais correta. Acredito que apenas mais pesquisas que visualizem o mesmo horizonte epistêmico-metodológico poderão nos dar mais pistas de como analisar conversações.

Os episódios editorados passaram, então, por um processo de fabulação. Eles não foram transpostos ao texto diretamente, mas a partir de fábulas que pudessem acessar outras formas de dialogar com as pessoas que contaram os casos. A fabulação não se estabelece como um floreio ou uma negação da experiência vivida, mas como uma forma de ativar aquela experiência na pessoa que acessa, que lê a fábula. As fábulas contadas foram, então, dialogadas com os conceitos de determinação social da saúde e negritude para que se pudessem produzir algumas considerações sobre o tema estudado.

7.2. Considerações Éticas

Esta pesquisa seguiu as normas e procedimentos para pesquisas em humanos dispostas pela Comissão de ética em Pesquisa (CEP/CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2016). Dessa forma, a participação ocorreu unicamente após a apresentação e assinatura do TCLE. O termo, assim como a apresentação da pesquisa, foi enviado nas mensagens-convite e, caso houvesse interesse do/a participante,

novamente lidos durante o primeiro contato, como forma de garantir o pleno entendimento e a escolha livre de participar ou não do estudo. No entanto, nenhuma das participantes requisitou uma nova leitura do TCLE. Por conta dos permanentes cuidados com a ainda presente pandemia de Covid-19, todos os contatos foram realizados por meio *on-line*, dificultando o espalhamento do vírus.

As datas e horários das conversações foram acertadas individualmente, conforme as possibilidades e conforto das participantes, não necessitando seguir os mesmos horários em outros possíveis contatos. Na apresentação inicial, foram fornecidos os meus contatos de telefone e e-mail e os contatos da pesquisadora responsável pela pesquisa maior. Quaisquer dúvidas que as participantes viessem a ter sobre a pesquisa poderiam ser esclarecidas por meio desses contatos. Mas não recebemos quaisquer dúvidas posteriores por parte das participantes.

Tanto na apresentação da pesquisa quanto durante as conversações, as participantes estavam cientes das gravações das narrativas e a mesma só foi iniciada a partir das suas autorizações, seguindo os princípios da confidencialidade e privacidade em pesquisa dispostos na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Tanto as gravações quanto às transcrições produzidas a partir desta pesquisa foram guardados no Núcleo de Estudos e Pesquisa E'léékò, do curso de Psicologia da UFPel, e assim o serão por um período mínimo de cinco anos, assim como quaisquer outros documentos que venham a ser produzidos destas conversações. Todas as informações que possam ferir o anonimato das participantes foram mantidas em sigilo ou alteradas de forma a manter o conteúdo, mas impedir a identificação. Os nomes das participantes foram alterados por pseudônimos escolhidos pelas próprias.

As discussões realizadas a partir dos episódios retirados das conversações foram devolvidas às participantes por e-mail, no qual ainda será disponibilizada a versão final da dissertação. Também foi requisitado um contato devolutivo, no qual a escrita foi discutida com a participante, facilitando o entendimento, por ambas as partes, do que foi gerado a partir das conversações e aprofundando as discussões.

A participação nesta pesquisa apresentou riscos mínimos às participantes. Porém, aponto que a participação nestas conversações sobre saúde, haja vista a delicadeza do momento de pandemia, poderia acarretar desconfortos ou constrangimentos. Para diminuir os riscos, tanto na apresentação do projeto quanto

durante as conversações foi enfatizado que as pessoas poderiam não responder a quaisquer perguntas, adiar a conversa, ou mesmo desistir totalmente da participação no estudo, sem que houvesse qualquer prejuízo.

As participantes não tiveram benefícios diretos, mas indiretos ao contribuírem para um estudo que intersecciona Saúde e Relações Raciais. A construção deste estudo pretendeu que a saúde seja um espaço de todos/as, dessa forma a visibilidade de tais narrativas e a discussão proposta a partir delas compõe uma ética da democracia, na qual os sujeitos estão implicados com a vida para a construção de uma sociedade mais justa. Assim, esse material se afirma enquanto um manifesto de cidadania dos homens e mulheres pretas participantes contra o racismo e as iniquidades em saúde.

Oitava Fábula

Quando os olhos de Jorge encontraram os olhos de Julia houve uma conexão. Por um momento muito curto, mas que perdurou por um ano inteiro. Tanto Jorge quanto Julia já haviam se cansado do “teste do pescoço”. Ambos se acostumaram a não encontrar nenhum outro colega negro nas aulas de direito, ambos sabiam que falar sobre raça nas aulas significava um mar de olhos revirados e comentários cansados dos professores. Racismo, então! “Lá vem a/o chata/o de novo desvirtuar o tema”, era o que diziam pelas suas costas, mas o chato e a chata se formaram, passaram um tempo exercendo a profissão e perceberam que precisariam de algo mais. Nas audiências, com os juízes e promotores, ambos se sentiam mais desconfortáveis do que eram capazes de dizer, mais próximos dos réus do que de todos os outros. Ambos decidiram se especializar em Direitos Humanos, ambos por um impulso do desejo, sem nenhuma pretensão salarial ou de carreira, por algo muito mais pessoal.

Foi então que na primeira aula seus olhos se cruzaram. Havia mais de trinta colegas, porém se perceberam, se olharam, se identificaram. E então a vida seguiu, as aulas passaram, Jorge fazia grupo com Júlia aqui-e-ali, dividiam carona com outras colegas e se ajudavam com trabalhos, nada demais. O namorado de Júlia a buscava depois da carona, e Jorge voltava para casa, para passear com seus cachorros e preparar o jantar para sua namorada. O grupo da carona se tornou muito amigo e, no final do ano, se reuniram em um bar da cidade para comemorar o início das férias. Foi quando ambos confessaram um para o outro o momento compartilhado, o cruzamento dos olhares, e todas as sensações que a simples presença de um despertou no outro.

Desde então, quando Jorge fala sobre raça e racismo, ele olha para Júlia e o inverso também é verdadeiro. Às vezes, quando Julia escreve sobre direitos humanos, ela pensa em Jorge e seu pensamento muda, ela procura autoras e autores negros e pensa se com eles também há um cruzo, diferente, de palavras. Quando se formaram, Júlia se voltou para a proteção dos direitos de mulheres negras - ela sabe que os olhos brancos ainda reviram para ela, mas ela lembra do cruzo de olhares, o mesmo cruzo de olhares com as mulheres negras que atende em seu escritório. Jorge fez mestrado com foco na

população negra, ele quase se alimenta desse cruzo em toda a entrevista que faz, em toda a palestra na qual encontra um/a estudante negra/o.

Eles seguem bons amigos, tomam café, falam do que ocorre no relacionamento de cada um, trocam ideias, temas, livros e filmes. Júlia se reprimia muito, ela enquadrava o namorado, aprendeu o que gostava na cama e fora dela, sozinha ou acompanhada, de um/a ou de muitos/as. O namorado ficou desconfortável, mas aprendeu, eles casaram em janeiro passado. Jorge estabeleceu com a namorada uma rotina igualitária quanto aos cuidados da casa, ele se sentia às vezes como um empregado da namorada branca, já não sente mais, levam a vida muito bem. Às vezes Jorge pensa o que seria do seu pensamento se não fosse o cruzo com Júlia e ela pensa o mesmo, eles não falam, mas ambos sabem.

- *Cruzo de olhares.*

8. Nina

O ônibus de viagem deixou Nina na rodoviária, exatamente às 13:05 de uma tarde quente e sem vento. Mesmo assim, ao caminhar pelas ruas bem pavimentadas, Nina mal sentia calor. Havia tantas árvores, e grande parte delas frutíferas, que faziam uma sombra quase que perfeita para os pedestres. Ela caminhava e pensava nas poesias que gostava e de como narraria aquela experiência caso estivesse em um dos livros de história que ela tanto amava. Ela se sentiu tão confortável com o farfalhar dos galhos e das folhas, com a calma de um início de tarde na cidade pequena, com as poucas crianças que caminhavam pela rua, que já começou a pensar em como ia dar suas aulas.

A Nina é formada em História, ela é especialista em imigração haitiana para o Brasil e militante do movimento negro. Na cidade onde Nina nasceu, se você é preta, é importante que você se organize, senão a vida fica muito difícil. A cidade é próxima da maior cadeia de segurança máxima do Estado do Rio Grande do Sul, local onde a imensa maioria são pessoas pretas. Na universidade, Nina participou de quase tudo que poderia, ela frequentou o NEABI, participava de grupos de dança, todo o tipo de arte a encantava, fez tudo pela militância, tanto que até adoeceu. Quando ela se formou, decidiu que precisava de um pouco de paz. A cidade dela não era capital, mas era quase, tinha a maior cadeia, uma das maiores universidades, era grande. Ela queria menor, e melhor.

E havia uma cidadezinha justamente assim perto dela, cuja qualidade de vida era não só uma das melhores do estado, mas também uma das melhores do país, da qual os jornais viviam fazendo matéria do nível de IDH. Nina ficou eufórica quando descobriu que havia conseguido uma vaga de professora na escola pública municipal desta cidade. A vida haveria de acalmar um pouco. Uma casinha com cerca branca, o horizonte até perder de vista, o sol tocando a pele negra dela num fim de tarde silencioso, quem sabe até uma companhia, a vida haveria de se acalmar.

No fim da rua havia um pequeno prédio de dois andares, da qual ela havia alugado um apartamento provisório, ela já tinha a chave, então abriu a porta e subiu. No seu caminho não viu quase ninguém, o silêncio era tanto que seus ouvidos pareciam até encobertos, era tão estranho, tão pacífico. Ela largou as malas no carpete, tirou os sapatos e começou a desembrulhar uma nova vida.

Na manhã seguinte, ela chegou no colégio, apresentou-se à diretora e todo o corpo docente veio cumprimentá-la. Foram todos muito gentis com ela, mas Nina não pôde deixar o estranhamento de lado. Ela já sabia que a cidade para a qual ela havia se mudado era de colonização alemã, e que era muito próxima de uma “picada”, regiões onde o alemão do século XIX, ou o pomerano, ainda são as línguas primárias. Locais onde as pessoas falavam um português embolado, meio engolindo as palavras e, quanto mais rural a casa, menos português e mais alemão. Assim, era uma obviedade que se tratava de uma cidade formada, basicamente, por pessoas brancas. Mesmo assim, ver um corpo docente inteiro composto por gente branca, mas não só branca - Branca, loira de olhos azuis, das quais havia poucas de cabelos pretos - era muito estranho, mas eram pessoas também, como ela tentando levar uma vida pacata. Cumprimentaram-na com sorrisos largos, talvez largos demais, mas ela deixou os pensamentos de lado e foi até as crianças.

Quando a tarde chegou, ela fechou seu armário, deu tchau para todos e foi embora. O estranhamento permanecia insistente, as pessoas pareciam tão mecânicas, tão meticulosamente preparadas para sorrir e cumprimentá-la. Algo a incomodava, mas não a ponto de fazê-la pensar mais, toda a primeira interação com alguém novo é uma interação estranha. Os alemães também não são gente muito afeita a proximidades historicamente. “É só uma gente diferente” ela pensou. Amanhã já vão estar contando os podres da cidade e a convidando para as festinhas, disso, da cidade grande, ela sentiria saudades.

No caminho até o seu apartamento, ela viu um cartaz muito propício. Um frigorífico tinha uma vaga aberta para nível técnico. Meio período. Ela encaixava perfeitamente, ia ser até bom. O trabalho iria fazer ela conhecer o pessoal da cidade e ia facilitar para ela se estabelecer financeiramente, que felicidade! Quando ela entrou, o segurança pegou seu nome completo e orientou-lhe a entrar na sala de admissão. Incrivelmente, estava cheia de pessoas negras ali dentro. Era tão estranho, só pessoas negras e não apenas negras na diversidade negra brasileira com suas variações de tom de pele, não, eram quase que apenas homens negros retintos naquele local. Coisa que Nina nunca viu, um contraste tão imenso. Uma moça branca, de um cabelo tão loiro que no contraluz parecia até branco, se aproximou e lhe deu um formulário de

inscrições: no cabeçalho ela leu o nome da empresa e abaixo a frase: “veuillez ajouter vos informations d'identification ci-dessous”.

O francês da Nina andava meio enferrujado, mas ela entendeu que deveria colocar suas informações abaixo. O resto do formulário estava todo em um francês meio truncado, como se alguém tivesse apenas jogado o formulário inteiro no Google Tradutor. Ela olhou por cima da prancheta e percebeu que os formulários dos homens também eram todos em francês, e que eles preenchiam sem nenhuma dificuldade. Então ela colocou o cérebro para trabalhar; a conclusão não foi difícil. A cidade na qual ela estava havia mudado algumas políticas habitacionais e passado a incentivar a imigração haitiana - ela ouviu falar disso nas suas aulas, mas esqueceu porque em nenhum momento viu qualquer placa, faixa ou informativo em francês ou mesmo que desse a entender que havia, de fato, um amplo processo migratório naquela cidadezinha.

Logo bateu nela uma triste sensação de reconhecimento. Não como uma raiva, mas sim como uma lembrança de que ela não tinha como fugir. Ela chamou a moça e lhe perguntou por que o seu formulário estava em francês. O sorriso da moça estremeceu, mas não morreu. Ela respondeu depois de alguns segundos que achou que Nina fosse haitiana. Por causa do seu sobrenome, claro.

Ela começou a trabalhar no frigorífico dois dias depois e a vida foi tocando. No frigorífico, ela trabalhava com controle de qualidade, perto da linha de produção ocupada pelas pessoas negras haitianas. Como a qualidade era muito importante, não havia janelas e as portas estavam sempre trancadas, o ar-condicionado estava sempre gelado, fazendo com que os funcionários rangessem os dentes. Tinham umas brancas também, mas elas estavam sempre juntas e nunca falavam em português. Formava uma divisão do setor, de um lado só se ouvia francês, do outro lado só se ouvia alemão e a Nina no meio, quieta.

Um dia, talvez dada a sua quietude, certamente, as brancas acharam que ela não entendia o português, e conversaram entre si sobre um local sobrando que havia entre a Nina e um colega haitiano. Uma das brancas falava para a outra se sentar no lugar, para ficarem mais perto. Entretanto, rindo alto, a outra respondeu: - Eu que não vou sentar no meio dos pretos! E a risada correu entre as brancas.

A Nina parou a produção na hora, olhou nos olhos da mulher branca e perguntou se ela achava que iria pegar alguma coisa se sentasse ali; se ela achava que iria virar preta. O riso das brancas morreu na hora. Nunca mais elas falaram em português perto da Nina, mas volta e meia o riso ainda corria solto entre elas.

Se no frigorífico a Nina era tratada como haitiana, na escola ela era tratada como algum tipo de animal mitológico muito raro e sentimental. As outras professoras ouviam tudo o que ela falava com uma atenção caricata, sempre um tom acima, sempre forçando como uma atuação. E riam de suas pequenas tiradas, com gargalhadas que a deixavam desconfortável. Ela sabia que ser a única professora negra da cidade lhe colocava em uma posição de exceção, mas aquilo era demais, essas pessoas nunca viram uma preta na vida? Talvez, se o frigorífico tivesse janelas....

E a Nina ia ficando cada dia mais desconfortável com sua dupla vida de haitiana à tarde e bicho místico de manhã. Ela só queria ser gente e aproveitar do IDH da sua nova cidade, não queria nada além disso. Foi uma época difícil e ela mal saía de casa. Até que uma noite ela se encheu dessa baboseira e decidiu que era hora de se divertir. Tinha uma festa que acontecia uma vez por mês no clube da cidade, que era o mais próximo de uma balada que tinha ali naquelas bandas, ela achava fofo. O local era muito seguro, todo mundo passava por uma revista, tinham câmeras e seguranças por todos os cantos e, quando havia uma mínima briga, o caso já repercutia como o grande babado do ano.

Ela vestiu sua melhor roupa e se foi, na entrada ninguém a revistou, eles a conheciam como professora. Ela riu baixinho pensando que se quisesse, entrava com uma faca e ninguém ia ver nada! Lá dentro, muita gente a cumprimentou, dançaram com ela, mas ninguém se aproximou muito, pensando bem, ela não tem lembranças se alguém a tocou. E, ao longe, por entre quem dançava perto dela com um sorriso um centímetro mais largo que o normal, ela podia ver olhares diferentes. As pessoas bebiam e olhavam de soslaio, punhos cerrados, balançando a cabeça levemente em negação, os lábios contraídos. Havia uma fina camada de falsa alegria que a cercava em um mar de ódio que lhe gelou a espinha. Ela pegou suas coisas e voltou pra casa.

Mas não foram só as alemãs do frigorífico que descobriram que Nina era brasileira e falava português, foram também os haitianos. Nos dias seguintes, Nina começou a ser abordada por eles várias vezes. No começo de forma tímida. Um queria ajuda para

entender partes do seu contrato que ele ainda não compreendia, outro não conseguia entender o nome da medicação que precisava comprar. Conforme ela ajudava, eles começaram a procurá-la mais e mais vezes. Ela descobriu que, além daquele frigorífico, pouquíssimas empresas na cidade aceitavam a contratação de haitianos, colocavam até nas portas das fábricas que eles não eram bem vindos. Descobriu que as mulheres e as crianças recém chegadas ao país não tinham onde trabalhar e que moravam em pensões lotadas, com pouca ou nenhuma explicação de qualquer coisa. Mas o principal auxílio que pediam era no hospital.

A cidade tinha um pequeno hospital de emergência e outras poucas unidades básicas de saúde. Mesmo com a política migratória, não havia qualquer placa, indicação ou mesmo orientação em francês em nenhum desses locais. De fato, disseram a Nina que os médicos até se surpreendiam quando eles apareciam lá falando em francês, parece que a política de migração era um segredo! No começo eles iam com frequência, mas eram recebidos sempre com uma desconfiança desmedida. Sempre que via um preto, o olhar dos profissionais da saúde mudava. Os pretos também nunca podiam ficar doentes, pois os médicos davam a entender que estavam tentando enganar para ganhar atestado e faltar ao trabalho. Os haitianos entendiam em parte e ficavam muito confusos, mas para Nina era nítido que haviam duas formas de atendimento: se fosse um branco ao hospital, o médico fazia atestado rindo, se fosse um preto, só faltava expulsar com uma vassoura, era muito ódio. As dificuldades com a língua e a impossibilidade de entrar com intérprete foi fazendo com que os haitianos tivessem cada vez mais receio de procurar a saúde pública.

Quando a pandemia atingiu com força, foram os haitianos que se tornaram as grandes vítimas e os grandes culpados. Se adoecia mais dia ou menos dia, era quase uma sentença para eles. A Nina via, nos olhos das brancas, o ódio que aumentava com o medo da contaminação, eram os pretos transmissores de vírus e que morriam aos montes em uma quarentena sem janelas. Os haitianos, por outro lado, tinham muito medo de qualquer repercussão, não queriam tornar público o que acontecia, porque tinham medo de perderem as poucas oportunidades que tinham. A Nina não ficou sem posição, ela começou a fazer quase que um terceiro turno, quando saía do frigorífico, ficava na porta dando explicações de saúde, como funcionava a transmissão e como evitar o contágio, até melhorou o francês dela.

A princípio, ela explicava em português para todos os funcionários entenderem, mas as brancas nunca paravam pra ouvir, algumas sempre repetiam algo como "schmutzig schwarz", que ela tinha certeza se tratar de algum xingamento, e seguiam caminho. Os haitianos até entendiam o português, mas não o suficiente para que o trabalho pedagógico funcionasse, ela fazia então um meio-de-campo. Quando veio a vacina, ela fez um esforço junto ao quilombo das proximidades para que os haitianos e os quilombolas fossem prioridade de vacinação, haja vista a quantidade de mortos. Depois da terceira dose, ela fez uma festa na frente da casa nova que alugou para comemorar, e até umas professoras brancas apareceram. Algumas crianças também passaram por lá, mas os moleques sempre aparecem onde tem festa e comida de graça. A Nina encontrou seu lugar, mesmo sabendo que nunca teria acesso pleno ao IDH daquela região, mesmo sabendo que a saúde integral era privilégio dos brancos, mesmo com tudo isso, ela aprendeu a amar o aspecto trilingue, de como seu pensamento se alterava entre o português, o francês e o alemão e de como ela se tornou uma chave para desbloquear as barreiras linguísticas impostas. A Nina tem uma cerca branca e uma visão que vai até o horizonte, e lá, onde ela mora, é sempre bastante silencioso. Nesses dias em que ela sente que encontrou seu lugar, ela costuma pensar sozinha: "la belle vie, on se la fait soi-même".

8.1. Um projeto necroliberal de genocídio: Ou ainda sobre armas e gatilhos

Em determinado ponto da história de Nina, a população negra começa a morrer aos montes durante a pandemia de Covid-19. Certamente, não há como compreender que é a partir deste ponto que as iniquidades em saúde produzidas pelo racismo dão as caras, e elas estão presentes desde o primeiro parágrafo. Onde estão as crianças negras nas ruas por onde Nina caminha? Quais são os motivos que levam aquele local a ter um nível de desenvolvimento tão superior ao da cidade anterior da protagonista? Em princípio, somos levados a crer que as diferenças dizem respeito ao tamanho das cidades, em seguida, que dizem respeito a diferenças culturais, para enfim nos darmos conta do que ocorre por baixo dos panos, ou melhor, por trás das paredes sem janelas.

Nesse sentido, para se compreender a saúde das populações negras na história de Nina, é preciso compreender - minimamente - a formação histórica do capitalismo, ou seja, é fundamental para formular uma análise adequada dos contextos que levam a migração haitiana para o Brasil, como chegam ao Sul do país e em quais condições é permitida a sua permanência.

O Haiti paga até hoje a conta por ter sido a primeira república no mundo a acabar com a escravidão e tornar o racismo um crime a partir de sua constituição revolucionária de 1804. Desde então, essa nação sofre com uma série intensa de condenações indenizatórias aos seus colonizadores, ocupações militares e fortes instabilidades políticas. A partir de 2004, quando o então presidente Jean-Bertrand Aristide se exilou por receio de um golpe civil-militar, o Brasil iniciou sua participação nessa lógica macabra (COUTO, 2019).

Para conter as revoltas que exilaram Aristide, o Conselho de Segurança da ONU decidiu instalar uma “missão de paz” chamada de Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti (MINUSTAH), cujo objetivo institucional seria deter a escalada do conflito civil e convidar o Brasil para liderar essa iniciativa. No entanto, o que se apresentou como um esforço de auxílio das instituições do Estado Haitiano acabou ganhando contornos de força de ocupação, dado o longo tempo em que militares brasileiros permaneceram em solo haitiano. A missão só terminou no ano de 2016, 12 anos após o seu início (SILVA; CORSINI, 2019).

Uma ocupação estrangeira de tão longo prazo que alguém poderia até confundir com um processo contemporâneo de colonização. Observo, por exemplo, a leitura de Karen Cilene Couto (2019) sobre as características que levam a população haitiana a migrar para o Brasil a partir da missão de paz:

Mediante essa presença militar no Haiti, o Brasil imprimiu na população haitiana um imaginário de prosperidade e de possibilidades que antes eram assimilados em relação a outros países como Estados Unidos e Canadá [grifo nosso]. A presença também de Ongs (Viva Rio), e da igreja (Católica e Protestante) atuam como intermediadores culturais na construção desse imaginário, fazendo do Brasil um lugar possível para um novo começo. As experiências e as memórias se entrecruzam construindo novos espaços de interlocução através desses agentes (COUTO, 2019 p. 6).

Menos do que uma crítica, permanece uma reflexão, pois me deixa um gosto muito amargo na língua ver que, alterando a palavra “Brasil” para “França”, parece que estou lendo os mesmos exatos textos colonialistas de séculos passados. E observo que,

independentemente de como se nomeie, a instalação de uma série de entidades que “atuam como intermediadores culturais” em conjunto com uma intervenção militar sobre as populações civis é política exatamente igual às efetivadas por ocupações colonialistas. Podemos perceber até determinadas repercussões iguais, com a instauração de um ideal de “lugar melhor” que produziu uma grande migração de trabalhadores e trabalhadoras que serão, em solo brasileiro, extremamente precarizados.

Na história de Nina, há uma política de imigração que funciona como uma rede de captação de trabalhadores e trabalhadoras precarizadas, aos mesmos moldes que vemos nos grandes centros das metrópoles europeias. São pessoas que migram com um ideal fantasioso do que são essas localidades e se deparam com uma máquina de moer gente - de preferência preta (DIEME; TONHATI; PEREDA, 2020). De qual outra forma, podemos entender uma política migratória que traz uma quantidade de pessoas significativa para uma cidade, mas que não dialoga criando as possibilidades dessas pessoas habitarem o local? Ora, se não podem habitar, vieram para quê?

Com poucas oportunidades de trabalho, relegados a subempregos, sem contar com políticas de acessibilidade e confinados a residências pouco adequadas, às condições sociais e históricas dessa população determinou seu destino: a morte por Covid-19. Desculpem, me corrijo. Assassinato por Covid-19, Morticínio, ou Genocídio por Covid-19. Quando a pandemia atingiu a cidade da Nina, os pretos e as pretas não foram vistos como as vítimas, que eram na prática, mas, sim, com mais ódio e mais desconfiança. Já havia, como podemos compreender, um intenso medo inconsciente da “contaminação negra”, essa contaminação tomou concretude a partir da Covid-19. Esse medo também se demonstra em forma de paranóia, que são as premissas básicas do que Mbembe (2021) denominou de políticas de inimizade.

O frigorífico não se coloca apenas como um dos cenários da história, mas também como a onipresença da forma latente de reprodução social e econômica: o capitalismo. Essa forma de reprodução é diretamente responsável pela expansão - e intensificação - da pandemia, a partir da agressiva e predatória destruição da natureza, da precarização das condições sociais e da disseminação globalizada da exploração (MATTA, et. al., 2021). Não por acaso, a contaminação por Covid-19 dentro de frigoríficos foi extremamente disseminada no Brasil e no mundo. Apenas no Estado do Rio Grande do Sul - local onde a história se passa - foram confirmados 5.804 casos

apenas nos primeiros seis meses de pandemia. Ainda no mês de junho de 2020, o número de trabalhadores/as positivados chegou a 32% de todos os casos no Estado, sugerindo que essa forma de trabalho possa ter contribuído majoritariamente para a interiorização, e racialização da doença (SEGATA; MUCCILLO; BECK, 2020).

A indústria da carne é, historicamente, um dos setores da economia que mais causam adoecimento físico e mental no mundo. Sua relação com acidentes de trabalho, ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático já foi trabalhada por outros/as autores/as (SORDI; SEGATA; LEWGOY, 2022). Sendo assim, o espalhamento da Covid-19 entre os/as trabalhadores/as do frigorífico da história poderia ser considerado previsível. Mas a questão a que me ateno não é a previsibilidade da ocorrência. Neste caso, precisaríamos falar sobre trabalhadores/as em uma situação de alta vulnerabilidade, ou seja, passíveis de uma medição econométrica e prescritiva de uma noção de “risco”.

A noção de “risco” implica na criação de uma série de tecnologias de prevenção. Falando especificamente da saúde e da biossegurança, podemos retomar uma história de criação de protocolos laboratoriais e de engenharia genética que derivou todo um campo de estudos a partir dos anos 1970 e que se converteram em sistemas políticos de contenção cada vez mais robustos, que definem e distribuem riscos e vulnerabilidades, tanto no sentido restrito da saúde, quanto em um sentido ampliado da própria noção de inimigo interno e de inimizade (MATTA, et. al., 2021; MBEMBE, 2021).

Ou seja, são populações inteiras que precisam ser contidas como um vírus, pois seu espalhamento poderia significar a destruição do *status-quo*. Mbembe (2021), muito baseado nos conceitos de biopolítica e biopoder de Michel Foucault (1986), observa a história da colonização africana e do sistema de *apartheid* e, a partir dessas experiências, apresenta um modelo de política baseado na morte, no controle do corpo, na gestão do morticínio e cujo poder emana da ilegalidade e irracionalidade de um Estado inimigo de seu próprio povo, um Estado necropolítico. Essa necropolítica é o que conduz as políticas de imigração nessa história, assim como também as políticas de saúde. Para além disso, poderíamos também falar das diversas tentativas históricas de branqueamento do povo brasileiro. Sob justificativa de evitar uma possível haitianização do país, se estabeleceu uma política de “importação” de brancos europeus

em conjunto com táticas de genocídio da população negra (NASCIMENTO, 2016; QUEROZ; JUPY, 2021). Podemos ter aí pistas sobre a quem serve a noção de “risco”.

Outras dessas pistas se revelam naquilo que as tecnologias de biossegurança não conseguem - ou não querem - prever. Segundo Jean Segata, Luisa Muccillo e Luiza Beck (2020), ao mesmo tempo em que as técnicas de mapeamento e os *softwares* de análise de macrodados conseguem rastrear, superexpor e antever a curva de casos e mortes que um vírus pode causar, não são “sensíveis o suficiente” para colocar em suas análises os problemas históricos, culturais e econômicos que afetam as estruturas básicas das sociedades marginalizadas. Como a falta de água para lavar as mãos, a falta de saneamento básico e os transportes coletivos lotados e insuficientes para conduzir os/as trabalhadores/as em segurança (GODOI, 2022). Essas tecnologias hiperavancadas também não percebem que “pobres, negros, mulheres e indígenas são convertidos em ‘serviço essencial’ para a manutenção do novo normal das elites e da classe média branca” (MATTA, et. al., 2021, p. 09).

Para os/as profissionais da saúde, os pretos e as pretas estão sempre pensando em “um meio de faltar ao trabalho”, portanto, os seus atestados médicos são sempre dados com reticência, cuidado e muita desconfiança. Somos apresentados a um quadro no qual as diferentes posições dos sujeitos na sociedade representam um ponto de mudança nos discursos e práticas de profissionais e instituições. Tal mudança está de acordo ao que observamos a partir da revisão teórica do conceito de determinação social da saúde. Neste caso, a posição que marca as diferentes práticas profissionais é a racialização dos sujeitos, independente inclusive de sua nacionalidade. É simples, se você é branco/a, é tratado com respeito, se não for, é tratado/a com desconfiança.

Nesse sentido, o risco pouco importa, pois não faz diferença real para a produção de políticas implicadas com a dignidade humana. O risco é apenas mais uma variável da conta do lucro. Caso o segundo sobressaia ao primeiro, então não há importância em perder vidas. De fato, isso foi dito quase literalmente por diversos empresários, com concordância de uma série de setores produtivos e, inclusive, do governo federal durante o auge da pandemia de Covid-19. Mas, se o risco é apenas parte do cálculo, a determinação social da saúde dá conta do que é o projeto imposto a essa população.

Quando pensamos a determinação social da saúde, e temos em vista que a maioria dos/as trabalhadores/as desses locais são pessoas negras, latinas, imigrantes ilegais, em grande parte mulheres, temos uma ideia então do que é, e o que não é, pensado para saúde. Quando entendemos a partir da determinação, e não do risco, nos aproximamos do ponto central do trabalho de Jean Segata, Luisa Muccillo e Luíza Beck (2020):

[...] à despeito da frequente exotividade com a qual se narra a origem de um vírus, é no cotidiano mais vulgar que suas histórias de contaminação são escritas. A indústria de processamento de carnes é um exemplo disso. Ela tece uma miríade de encontros íntimos entre humanos, animais de vida curta e baixa resistência a doenças, resíduos químicos e orgânicos altamente tóxicos e relações de trabalho precário e de sofrimento compartilhado. Convivência e contágio, afeto e risco, vida e morte estão o tempo todo implicados nestes ambientes (SEGATA; MUCCILLO; BECK, 2020 p. 364).

Torna-se impossível compreender a saúde da população negra na história de Nina sem a compreensão das lógicas que estruturam o racismo e o capitalismo na sociedade brasileira, e esse entendimento vem sendo realizado por outros/as autores/as também. Segata, Muccillo e Beck (2020, p. 367) afirmam que o processo saúde e doença não podem mais ser lidos como “um negócio do tipo vítima-algoz”, mas sim enquanto uma multiplicidade de “encontros sempre inesperados, situados, contingentes, nunca completos”. Assim, me parece impossível fazer uma compreensão integral da saúde dos/as usuários/as do SUS sem que o tratamento esteja implicado com alguma teoria da sociedade, como nos fala Roberto Nogueira (2010). Essas diferentes posições constroem uma série de mecanismos que efetivaram a iniquidade: o medo, a paranóia, o ódio, a empregabilidade, a renda, a língua, a falta de informações. A pandemia se apresenta como o gatilho de uma arma já apontada para o corpo do/a preto/a.

Em um acompanhamento das políticas públicas de controle da pandemia de Covid-19 na cidade de Porto Alegre, realizada entre os meses de março e junho de 2020, cheguei à conclusão de que não havia qualquer novidade nos caminhos percorridos pelo vírus Sars-CoV2. Ele apenas trilhou os caminhos já construídos pelo colonialismo/capitalismo. Da mesma forma, as políticas adotadas acompanharam uma forma de pensar saúde que coloca a vida humana dentro dos cálculos financeiros das margens de lucro, forma essa situada historicamente a partir da escravização negra e expandida para todas as colônias. Assim, o que ocorreu não foi um desagravo de um governante iletrado ou um projeto facista “delirante” que deveria ser combatido com

uma intervenção psiquiátrica, mas sim o que defendo ser um projeto necroliberal de genocídio (GODOI, 2022).

Na história de Nina, observamos várias mortes: a morte do desejo, a morte do convívio público, a morte da confiança, a morte da cidadania e, enfim, a morte derradeira do corpo. Mas a arma que matou esses corpos não atira sozinha, depende do dedo que puxa o gatilho e, veja só, quando derivamos a situação da população negra haitiana migrante no Sul do país, é impossível não percebermos que esse gatilho já havia sido puxado por muitas vezes antes. As pandemias não são feitas unicamente pelos vírus, mas também pelas lógicas que criam “estradas” por onde esses vírus percorrem. O combate principal não é aos vírus, mas sim ao próprio capitalismo que “opera na carne a sua indústria de sofrimento e de exploração crônica” (SEGATA; MUCCILLO; BECK, 2020 p. 368). A morte, como podemos dizer, é uma determinação, sua causa é só um anexo.

8.2. Diferentes facetas de um racismo cotidiano

No excerto em que a atendente dá à Nina um formulário em francês, acredito que podemos fazer duas leituras: uma primeira poderia nos levar a imaginar que a atendente foi induzida ao erro pelo fato de que aquele local específico estava contratando muitos imigrantes haitianos, junto ao fato de que na cidade haveriam poucas pessoas negras. Assim, Nina teria sido imediatamente lida como estrangeira por uma automatização burocrática. No entanto, quando observamos o quadro geral do que nos é apresentado, mais e mais elementos nos conduzem a uma leitura mais profunda de tal situação e que se liga diretamente às construções raciais inconscientes que produzem uma população branca altamente alienada e agressiva.

Há um simbolismo poético evidente na justaposição de um frigorífico sem janelas e repleto de pessoas pretas. Essa imagem representa quase que um signo de toda a relação estabelecida por essa cidade com a sua população negra. Uma relação de rechaço, vergonha e ódio subjacente, mas que também é de intrínseca dependência. Ao mesmo tempo em que se deseja esconder de todas as formas possíveis a existência das populações negras no local, também se incentiva a sua vinda, talvez por conta da ocupação de cargos indesejáveis.

É muito interessante observar que Nina possui uma dupla posição nesse contexto, onde ela sofre o mesmo racismo que seus colegas de trabalho haitianos no frigorífico, mas um tipo de preconceito muito mais específico na sua vida como professora. A participante traz muito presente que nenhum dos tratamentos que recebe são adequados, ambos são facetas diferentes do racismo e ambos são igualmente desumanizantes. Para Lélia Gonzalez (2020), essa relação ambígua e extremamente entranhada no subconsciente da população brasileira é o que forma o racismo, sendo esta a sintomática que caracteriza a neurose cultural brasileira. De fato, qualquer relação com o/a preto/a é tão impossível dentro desse contexto, que Nina é imediatamente entendida como haitiana (estrangeira) aos olhos das pessoas brancas.

Há uma forte lembrança colonial em diversos sentidos nessa história, pois todo o seu entorno é colocado como uma recordação da colonização. Desde sua introdução, a cidade se apresenta como um personagem no qual ainda se fala o alemão do século XIX, ou o pomerano. Essa lembrança se traduz na própria produção intrapsíquica dos personagens, eles/as entendem, como Fanon (1968) bem observa, que os/as brancos/as e os/as colonialistas se fundem no mesmo sujeito e se polarizam com os/as negros/as e os/as colonizados/as, em uma relação de total interdependência. Essa diferença é tão estratificada que sequer a mesma língua os personagens falam, até mesmo os/as brasileiros/as deixam de utilizar o português a determinada altura da cena. Não consigo compreender de outra forma o medo irracional de “virar preta”, como definiu Nina em determinado momento de sua história, sem ser por essa neurose do racismo.

A ideia de estrangeiro é amplamente referenciada em textos de autoras negras, principalmente no feminismo negro. É interessante retomar tanto as falas de Patricia Hill Collins (2016) quanto de bell hooks (2017) sobre as suas experiências de contato com pessoas brancas. Eu mesmo a senti na pele no ensino superior. Essa sensação de não-pertencimento social, cultural e racial que, a partir do que lemos, podemos ter pistas de que se trata de uma via de mão-dupla. Pois, na história, Nina não se sentia pertencente e também não era lida como pertencente daquela comunidade.

Além destes, também me parece se colocar uma ideia latente de democracia racial. A Nina é a única pessoa não revistada na festa que ela vai, as pessoas dançam com ela, riem do que ela diz, prestam atenção nela. Nessa comunidade, a regra implícita diz que as pessoas negras ocupam uma posição de invisibilidade e precariedade -

condição da população haitiana local - Já Nina, é alçada a um patamar oposto a esse. Enquanto professora, ela ocupa um lugar de exceção que é tão desumanizante quanto a regra. Me parece que esse corpo docente tem uma postura ativa que busca comprovar suas próprias crenças de que não existe racismo. Isso no Brasil tem um nome e um histórico: mito da democracia racial.

Entre 1994 e 1995, o Instituto Datafolha realizou uma ampla pesquisa sobre racismo no Brasil. O intuito da pesquisa era simples: identificar qual a porcentagem da população brasileira que apresentava algum nível de preconceito racial. Entretanto, essa pesquisa atingiu números, a princípio, bastante confusos. Segundo o Datafolha, apesar de 89% dos brasileiros dizerem haver preconceito de cor contra negros no Brasil, apenas 10% admitiam ter um pouco ou muito preconceito. Entretanto, indiretamente, 87% revelaram algum preconceito, ao pronunciar ou concordar com enunciados preconceituosos, ou ao admitir comportamentos de conteúdo racista em relação a negros (TURRA; VENTURI, 1995).

Essa clássica pesquisa levou a propagação do termo “racismo cordial”, como forma de denominar pessoas que cometiam ou tinham pensamentos racistas, mas que estariam tão alienadas pela lógica do racismo, que não conseguiriam perceber como suas atitudes e pensamentos contribuem para a segregação racial no país. Como dizem Turra e Venturi (1995) ao ser questionado sobre o racismo, o racista, cordialmente, o nega. Entretanto, essa cordialidade, ou pretensa cordialidade, não pode ser confundida com uma falta de conhecimento ou entendimento sobre o racismo, como se fosse “um deslize”.

A cordialidade, como diz Sérgio Buarque de Holanda (2015), cumpre uma função muito mais insidiosa do que se pretende deixar revelar. Segundo o autor:

Nossa forma ordinária de convívio social é, no fundo, justamente o contrário da polidez. Ela pode iludir na aparência- e isso se explica pelo fato de a atitude polida consistir precisamente em uma espécie de mímica deliberada de manifestações que são espontâneas no 'homem cordial': é a forma natural e viva que se converteu em fórmula. Além disso, a polidez é, de algum modo, organização de defesa ante a sociedade. Detém-se na parte exterior, epidérmica do indivíduo, podendo mesmo servir, quando necessário, de peça de resistência (p. 107).

Esconde-se sobre a camada de uma polidez exagerada, de uma gargalhada acima do tom ou de uma atenção atuante, uma intensa produção de perversidades. A principal delas sendo a desumanização do outro. Não se trata, como já se pensou, de um racismo

cordial, e, sim, de uma formação neurótica inconsciente que cria subjetividades perversas e cindidas, segundo as quais o corpo do negro é tão feio e sujo quanto desejável de posse (GONZALEZ, 2020)

Para Lélia, existe nesse mito de mistura harmônica de raças uma ocultação dos verdadeiros mecanismos subjacentes da violência. Ela exemplifica a partir da mulher preta carnavalesca, que é objeto de desejo, mesmo que por uma noite, a partir de sua fisicalidade, de suas pernas, de suas coxas, de sua bunda. Ora, aqui traduzimos essas pulsões sexuais em uma outra forma de desumanização. A desumanização da exceção: “Olha, vejam, temos uma professora negra! Que antirracistas que somos!” E como se riem das piadas dela, como prestam muita atenção em todas as suas frases, vejam, nem a revistam!

É justamente do outro lado do “endeusamento carnavalesco” que se manifestam as verdadeiras intenções da exceção, ou seja, confirmar a regra. É tendo Nina como o totem da negrura que essa população esconde o tabu por trás de frigoríficos sem janelas, por trás de pensões afastadas, por trás de uma política de migração que não inclui a cidadania e que mantém a lógica de exclusão a partir de barreiras linguísticas que impedem o acesso das populações negras francófonas aos atendimentos de saúde. “É por aí que a culpabilidade engendrada pelo seu endeusamento se exerce com fortes cargas de agressividade” (GONZALEZ, 2020 p. 80).

Coloca-se por diferentes formas, o racismo cotidiano que desumaniza tanto Nina quanto todos/as os/as demais negros/as de sua história. No entanto, seria branco demais assumir, a partir disso, que o racismo é o grande protagonista aqui. Seria como afirmar que essas populações negras se mantêm passivas na história das grandes coisas e esse não é o caso. Nina e seus demais colegas encontram meios para lidar com a situação a partir de uma forte ligação que constroem entre si, essa ligação, poderíamos chamar de negritude?

8.3. Duas nações, dois SUS, uma negritude: deslocando o Humano Universal

Acredito que a história da Nina nos dá algumas pistas para reafirmarmos nossa aposta em questionar o próprio conceito de saúde. Pois, veja, Nina está localizada em um território que possui uma das melhores estruturas de saúde do Estado. Local cujo

nível de desenvolvimento humano supera a média, ainda mais em termos de saúde pública. A Nina tem acesso ao CAPS, às unidades básicas de saúde, aos hospitais e também a uma ampla gama de profissionais. Não há falta de equipe, financiamento ou material nos equipamentos da saúde desta cidade e, mesmo assim, as problemáticas que se constroem a partir da história que ela nos traz não é muito diferente de um lugar cujas estruturas sejam precarizadas.

Há na história de Nina, como na minha própria, dois SUS. Um que atende sob os princípios da universalidade e da integralidade; e outro que trabalha a partir das bases mais perversas do paradigma biomédico, desconfiando e desconsiderando a opinião, a cultura e a linguagem. No entanto, se no meu caso esses dois SUS estavam separados por mais de 1.000km de distância - um em Porto Alegre e o outro em São Paulo - no caso de Nina a situação é ainda mais acirrada, pois essas duas formas se sobrepõem sobre os mesmos dispositivos e os mesmos profissionais.

Embora tenhamos, já há alguns anos, a promulgação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, essa política não aparece em nenhum ponto da história de Nina. Em determinado momento de nossa conversa, questionei se ela conhecia essa política e se ela era aplicada de alguma forma. Ambos rimos, pois a resposta é tão evidente que torna a pergunta ridícula. Tal compreensão também é compartilhada por Centeno, Meyer e Andrade (2018) que nos mostra uma intensa dificuldade demonstradas pelos/as próprios/as profissionais de saúde em efetivar essa política.

A partir de Nina, posso pensar que a distância não era o que, necessariamente, alterava a qualidade do atendimento prestado. Talvez, quem sabe, o lugar onde minha avó definiu sem assistência alguma, fosse o mesmo no qual outra pessoa fosse tratada com todo o respeito que as políticas de saúde exigem. Nesse sentido, o acesso sequer se coloca como problema, mas como sintoma de algo muito mais profundo e arraigado nas políticas públicas de saúde, podendo esse problema ser justamente o racismo estrutural do qual tanto falamos.

Jurema Werneck (2016) trabalhou com o termo “racismo institucional” justamente a partir de suas experiências com a saúde pública. Haverá na saúde uma condição na qual o racismo se demonstra com uma de suas facetas mais abjetas? Segundo o Ministério da Saúde, a grande maioria dos/as usuários/as do sistema público

de saúde são pessoas pretas (BRASIL, 2017). Isso seria capaz de tornar o campo da saúde um excelente campo de análise do racismo? Haveria aí, então, de certa forma, uma pista que aproxima ainda mais a discussão racial da discussão radical que está implicada na determinação social da saúde? Talvez precisemos de um novo nome para isso.

A ideia de saúde vaza por todos os cantos. Se tomarmos conta de uma perspectiva multiespécies, podemos também encontrar ferramentas para tensionar e deslocar as noções de saúde e doença hegemônicas, pensá-los como processos interativos complexos entre humanos, animais, micróbios e ambientes. Em suma, uma outra política de convivência com suas formas de engajamento e pertencimento (SEGATA; MUCCILLO; BECK, 2020). Adicionalmente, uma perspectiva de direitos, engajamento e pertencimento a uma mesma comunidade de seres dotados de dignidade e, portanto, com direitos autoevidentes.

Podemos adicionar ainda uma perspectiva radical, e, aí, a determinação social da saúde representa uma forma de compreender as políticas públicas de saúde a partir de uma ampla análise da conjuntura sócio-histórica do capitalismo e da corrente internacional do trabalho. O que proponho, a partir da leitura de Nina, é que façamos uma leitura na qual a questão racial apareça tão protagonista quanto a questão de classe, para que assim possamos fazer uma leitura mais complexa do que seriam esses dois SUS que se sobrepõem. Além disso, cabe também pensarmos que saúde e doença não constituem necessariamente dois estados separados, mas sim um continuum de relações com os ambientes e os demais sujeitos, seres e instituições (CANGUILHEM, 2011; SEGATA, MUCCILLO E BECK, 2020). Com isso, talvez seja mais adequado pensar em uma determinação sócio racial do processo saúde-doença.

Mesmo assim, não é possível definir, a partir da história de Nina, que apenas o racismo agia na mudança radical de atitude dos locais de saúde frente a diferentes sujeitos. Algumas questões pairam em minha mente sobre isso: haveria alguma diferença no atendimento entre homens e mulheres negras nesses locais? Haveria também alguma diferença sensível entre o atendimento de Nina, uma mulher negra brasileira, para o das mulheres negras haitianas? Como gênero, raça, classe e nacionalidade se interseccionam para proporcionar um determinado tipo de atendimento?

Essas perguntas não puderam ser respondidas a partir desse material, pois falamos de um ponto de vista único sobre a questão. Assim, me parece que pesquisas posteriores poderiam se beneficiar muito ao buscar compor grupos de conversação, não apenas conversas individuais, pois poderíamos então observar diferentes posições dentro de uma mesma conjuntura, trazendo mais nitidez às nuances da problemática apresentadas.

Outra pista nos parece apontar para aquilo que já vínhamos estudando: são as implicações da negritude no combate à lógica segregacionista na saúde. Se entendemos, como Césaire (2010) que a negritude não se refere apenas a um movimento específico do anticolonialismo, mas sim a uma atitude de afronta ao real e um deslocamento do conceito de Humano, me parece que Nina vem fazendo justamente isso. Quando a participante inicia seu “terceiro turno” realizando explicações de saúde na entrada de seu local de trabalho, a situação apenas se torna protagonista. Porém, podemos perceber que a negritude vem atuando dentro dessa história desde o seu início.

Nina começa o seu relato querendo apenas aquilo que qualquer um de nós, independentemente de sua racialidade, deseja: paz, tranquilidade, talvez uma companhia. A protagonista não é nada senão mais um sujeito, mais um Humano. O seu deslocamento é realizado justamente na forma pela qual ela é tratada nos diferentes espaços que passa a habitar, assim como nas composições de pessoas que ela vai se dando conta. A partir dessas composições, a protagonista vai percebendo justamente as perversidades racistas que subjazem sob a camada de cordialidade. E qual sua reação a isso?

Em primeiro lugar, ela revela que sabe exatamente a linguagem das mulheres racistas que trabalham com ela na linha de produção. Aqui podemos entender de forma literal, como de fato foi narrado, Nina revela que entende e fala português, o que faz com as mulheres brancas abandonem a língua passando a utilizar apenas o alemão. Entretanto, podemos também fazer uma compreensão simbólica. Ao se revelar, Nina diz que compreende a linguagem do racismo, que compreende os mecanismos que subjazem a camada de cordialidade e que consegue trazer à tona todo o ódio e agressividade que se colocam naquele local.

Isso não tem reação apenas nas brancas, mas fundamentalmente nos colegas negros. É a partir dessa revelação que Nina passa a ter uma função social para a

comunidade imigrante e que ela também passa a encontrar um lugar de pertencimento dentro daquela comunidade no geral. Ao ponto de que, vendo se tornarem graves as condições da pandemia, ela passa a agir como uma profissional de saúde, ou melhor, cumprindo o papel que os/as profissionais de saúde deveriam estar cumprindo. E não apenas às pessoas negras, mas todas as pessoas que habitavam seu convívio.

Como diz Césaire (2010), a negritude não se enclausura no corpo negro, mas emana deste para o mundo. O modifica através de uma postura ativa e contínua de contestação da realidade, seja concreta ou subjetiva. Entendo também, que Nina não age em oposição ao racismo, mas sim em oposição à desumanização que o racismo propicia. A negritude da Nina não se refere a aumentar a divisão racial/linguística da cidade, mas sim, tendo a alteridade como um valor, tentar aproximar diferentes formas pedagógicas para auxiliar a todos/as. Aqui está uma das premissas mais básicas do pensamento de Césaire.

No fim, Nina não se torna haitiana, não adota o francês; não abandona o alemão e não rejeita as funções que recebe nem como educadora infantil, e nem como desvio das barreiras linguísticas. Nina se coloca exatamente em um “entre” todas essas diferentes formas nas quais ela foi colocada e pelas quais ela, atualmente, compõe um local para sua vivência enquanto ser humano. A festa da Nina tem até umas professoras brancas e uns moleques que vem só pela comida grátis, assim como em qualquer festa, em qualquer lugar.

9. Opará

A Opará não era de levar desaforo pra casa de graça. Assim, sem fazer nada. A Opará batia de frente com policial, com segurança, com médico e, se preciso fosse, até com governador. Até se o tal presidente da república viesse tentar fazer alguma gracinha pros lado dela, já levava um fora bem dado, que era pra ver se aprendia alguma coisa. A Opará era mulher de luta, não dava pra ficar perdendo tempo com ladainha, com bobagenzinha de gente que não entende nada do que se passa na periferia da cidade. E olha que o Rio de Janeiro tem uma periferia pra lá de grande!

A Opará morava no Complexo do Alemão e lá que ela também desenvolvia a sua militância. Ela levava cesta básica, passagem de transporte público, montava horta comunitária, buscava apoio pros projetos sociais que ela curtia, ela fazia vários corres com o movimento social. Era a sua paixão! A Opará não baixava a cabeça não, quando diziam pra ela que tinha que fazer mais campanha na defesa dos direitos dos homossexuais ela logo levantava e dizia: “Homossexual é homem, eu sou é Lésbica!” E o pessoal todo se eriçava, os viado tudo encabulado e as viada tudo em polvorosa: a Opará fervia!

Mas, naquele dia, como poucas vezes em sua vida, Opará se sentia intimidada. Cabeça baixa, olhando meio que de canto de olho pra toda a gente que esperava. O coração palpitava como se fosse pular do peito e fugir. Se alguém perguntasse, ela negava, mas estava, na verdade, morrendo de medo. Medo, sim, mas pior que medo, vergonha. Vergonha porque ali não era um lugar que ela achava que tinha que estar, não era nada do que ela pensou quando decidiu com a esposa que iriam engravidar. A Opará tinha o sonho de ter crianças, formar gente de luta como ela, uma menina que não abaixasse a cabeça pra ninguém ou um menino que aprendesse a ser educado e respeitoso com toda a forma de vida ou qualquer coisa nesses entremeios do gênero que a criança decidisse ser. Foi com essa ideia da família margarina, a família padrãozinha, aquela dos comerciais de TV, que elas começaram a pensar em como realizar o sonho, decidindo por fim procurar o setor de planejamento familiar que existia na unidade de saúde de seu bairro, o que parecia óbvio.

O médico que a atendeu ficou bastante surpreso, e até pediu pra ela repetir a história, ora, veja só se pode! Uma mulher tentando engravidar a outra! Ele não sabia o que

fazer, nunca havia recebido um pedido dessa forma em todos os seus anos de formação. Na sua falta, ele fez o que havia aprendido, ele pensou que, na maioria das vezes, as mulheres procuravam o setor após várias tentativas fracassadas de engravidar e queriam saber se havia algum problema no seu corpo, e aí ele fez o que o sistema lhe ofertava nesses casos. Foi assim que Opará chegou onde está neste momento: no setor de infertilidade feminina do maior hospital da cidade, cercada por mulheres heterossexuais com problemas para engravidar, sendo, ela mesma, fértil.

Ela balançou a cabeça, nem toda a mulher casada com homem é heterossexual. A heterossexualidade é compulsória pra mulher! E pra mulher negra ainda? Ela sabia bem como era. Ela pensava e remexia no calhamaço de páginas que trazia consigo, pois era a segunda vez que entrava naquela unidade. Na primeira nem foi tão difícil assim, um médico que ela mesmo entrevistou para sua monografia fez a consulta. Ele era uma das maiores autoridades no campo da infertilidade. Ela ficou feliz de reconhecer a sua competência, mas ele pareceu ainda mais absurdamente intrigado com a presença dela em tal local. Será que ela não sabia que uma mulher não engravida a outra? Enfim, ele não perguntou e, já que estava ali, a tratou como trataria qualquer uma das mulheres brancas e heterossexuais que ele normalmente atende, ou seja, lhe passou uma série imensa de exames.

Opará olhou os exames e, vendo um nome que a deixou incomodada, perguntou:

- *Esse aqui vai doer, doutor? - E ele respondeu que não. Mas ela insistiu:*
- *É mesmo? Porque eu sinto dor à toa. - Ele retrucou que ela era uma*

mulher muito forte e que não tinha com o que se preocupar.

A Opará murmurou em concordância e não acreditou em nada do que ele disse. Mulher forte, uma ova! Ela estava cansada de ver lésbicas como ela terem rompimento de hímen por conta de um exame desnecessário. Depois, ele falou mais um monte de outras coisas, mas a preocupação dela se fixou no exame. Ficou com aquilo na cabeça pelos dias seguintes. Ela não tinha medo realmente, mas se tinha uma coisa que ela não gostava, era de sentir dor e o exame era um tal de um nome esquisito que pegava um tubo e enfiava lá por baixo sem dó nem piedade pra ver sei-lá-que-coisa. E ela pensava e se remexia e pensava e se remexia, doida de medo - quer dizer, medo ,não - receio, e ela nem precisava passar por aquilo, afinal, ela não era infértil! Ela até procurou anestesistas que pudesse custear, mas o dinheiro andava curto também! O negócio foi

tomando uma forma que Opará decidiu consultar os orixás, porque eles haveriam de saber o que fazer.

Na mesa de jogo da umbanda Omolocô, a sua resposta veio certa e, para seu alívio, o orixá a aconselhou a fazer os exames indolores e deixar o dolorido para as mulheres que realmente necessitassem dele. O médico estaria mais do que embasado. Opará saiu feliz da consulta e fez exatamente o que o orixá lhe falou para fazer. Agora, ela estava em dúvidas se contava, ou não, para o médico, o que lhe foi dito. Enfim, não havia mais tempo. A porta branca da sala de entrada abriu e um homem bem jovem de cabelos escuros e pele branca cheia de espinhas chamou seu nome de maneira bastante mecânica. Era hora de entrar na caverna do dragão e encarar o que fosse que tivesse de encarar. Ela engoliu o medo pedindo para que aqueles exames fossem o suficiente e entrou.

E, para a sua surpresa, entraram com ela uns outros vinte moleques espinhentos. Cada um com um jaleco de estudante de medicina. Não só no setor, mas entraram no consultório com ela! E ela sem entender nada, mas nem deu tempo de perguntar, o médico já a cumprimentou, a fez se sentar e falou:

- Boa tarde Opará, como está? Como combinamos na última consulta, os estudantes do hospital vão acompanhar o seu caso, já que é um caso que não costuma aparecer para nós.

E foi aí que ela sacou, e ficou tão apavorada com o exame dolorido que nem deu bola quando o médico perguntou se ela aceitava que outros estudantes acompanhassem suas consultas. Mas era estranho, ela não lembrava se ele tinha dito “um” ou “uns”. Lembrando agora, ela pensava que ia ser um só e não uma turma inteira! Era ridícula toda aquela situação, ela já se sentia horrível por estar naquele local, ainda mais agora sendo observada como se fosse um bicho de zoológico. Todo mundo veio pra ver a preta que não sabe que uma mulher não engravida a outra, que horror! Ela sentiu náusea, mas já que estava lá... Eles sentaram bem atrás e fizeram silêncio, ela tentou não olhar.

Com poucas amenidades, ela entregou os papéis para o médico que calmamente olhou um por um, bem devagar. Cada exame que passava ele murmurava e anotava alguma coisa, as folhas viravam e ela tinha certeza que seria obrigada a fazer o exame dolorido. Mas não vinha a cobrança, apenas anotação e murmúrio, anotação e

murmúrio, até que acabaram as folhas. Ele largou a última em cima de sua mesa, depois, de forma meticulosa, largou também o bloco de anotações com a caneta ao lado dos exames, virou para Opará e lhe disse:

- Está faltando um.

Aí se foi o boi com as cordas! Mas ela não ia enfiar aquele tubo de jeito nenhum! Restava era a verdade, a posição firme e a cabeça erguida. O medo passou foi no mesmo instante e ela falou com tranquilidade:

- Não fiz.

- E não fez por que, Opará?

- Porque fui na mesa de jogo e meu orixá me falou que não era necessário. O que tem aí é suficiente para o senhor fazer a sua análise.

E foi assim, vapt-vupt, saiu que nem sentiu, ela ficou até mais leve e o médico nada mais perguntou ou assentiu, apenas retornou ao seu estado anterior. Entretanto, ali atrás ouviu-se um burburinho, um remelexo, os estudantes incomodados comentavam baixinho entre si, até que um falou mais alto do que gostaria e ela ouviu: - Que bobagem! - Ao que ela retrucou na hora, assertiva, mas na maior elegância: - Desculpa, o que é bobagem? - E fez-se então um silêncio constrangedor de alguns segundos que duraram horas, até que o corajoso respondeu: - Onde já se viu uma religião estar acima da medicina! - E, então, não houve mais palavras. Opará ficou entre um misto de perplexidade, raiva e surpresa, mas não teve tempo de dizer nada. O médico a chamou para falar sobre o seu ciclo menstrual, as suas formas de inseminação e sobre as possibilidades de gravidez. Falou e falou sem parar até que acabou o tempo.

No final da consulta, o médico disse que talvez, quando a visse de novo, dali um mês, ela já estivesse até grávida e sorriu. Ela sorriu de volta e não voltou nunca mais. No caminho, ela pensou naquele jovem estudante branco e espinhento. Ele falaria o mesmo se fosse uma testemunha de Jeová? E se fosse uma muçulmana? Ou, então, alguém que dissesse ter recebido uma revelação de Nossa Senhora? Nada disso aconteceria se o médico branco não tivesse pedido aquele exame, que ele sabia que não precisava, e se ele tivesse dito direito que ia ser acompanhada por uma turma inteira! E nada disso aconteceria, também se o médico branco da unidade básica não a tivesse encaminhado a um setor de infertilidade!

Ela chegou em casa morrendo de raiva, mas aí sentiu um cheiro gostoso de café, a esposa chegou mais cedo e na mesa da sala estavam três cestas básicas que estavam esperando para distribuição. Quando adentrou a cozinha, a esposa estava separando os alimentos perecíveis dos não-perecíveis em diferentes cestas feitas à mão pelas próprias pretas lésbicas da comunidade, ela colocava cuidadosamente quilo por quilo, como que fosse para entregar um presente para a pessoa mais querida. Ela lembrou então do porquê havia passado por tudo isso em primeiro lugar. Amanhã haveria de ser outro dia, muitas mulheres negras e lésbicas aguardavam aquele mínimo. Opará iria ter um bebê com a mulher da vida dela e nunca mais ia deixar qualquer babaca dizer que uma mulher não engravida a outra.

9.1. Ela não é homossexual, ela é lésbica! Notas de uma possível determinação sócio racial da saúde

Como um homem marcado pela cisheteronormatividade, deparei-me com dificuldades para realizar aproximações com a fala de Opará. Não por uma pretensa violação de um lugar de fala específico, mas, sim, em tentar apreender de forma mais inteira possível as nuances que sua vivência transpassa através da história que ela conta. Se a base do que nos move enquanto militantes de movimentos sociais é a empatia, o reconhecimento de que a luta do outro é tão importante quanto a minha, como fazer com que isso sangue nesse texto composto em multiplicidade? Assim, em primeiro lugar, um pouco de contexto.

A vivência das mulheres lésbicas é marcada por uma intensa violência de gênero, mas que é constantemente invisibilizada. Das poucas pesquisas nacionais que buscam entender a situação, o lesbocenso (2022) é uma das ferramentas mais recentes e mais completas. Sobre a violência contra mulheres lésbicas, 78,61% das entrevistadas relataram ter sofrido algum tipo de lesbofobia e 77,39% afirmaram ter conhecidas que já sofreram alguma forma de lesbofobia. Entre as violências mais presentes estão o assédio moral (31.36%), assédio sexual (20.84%) e violência psicológica (18.39%). A intensidade e constância da violência e da invisibilização determinam em muito não só a qualidade, mas a quantidade da vida das mulheres lésbicas. Segundo o Dossiê do Lesbocídio de 2018, escrito por Milena Cristina Carneiro Peres, Suane Felipe Soares e

Maria Clara Dias, a expectativa de vida de uma lésbica ou sapatão que não performa a feminilidade é de 24 anos no Brasil, expectativa que ainda pode diminuir dependendo da intersecção com outros marcadores sociais, como a cor da pele.

Sobre as formas imediatas de lidar com a última agressão lesbofóbica sofrida, 38.36% das respondentes do lesbocenso não fizeram nada, 22.47% procuraram ajuda de amigas/os/es e apenas 6.95% acionaram a polícia, o judiciário ou órgão oficial. Opará também não fez nada em sua história, ela sentiu um forte misto de sensações, mas foi impedida de falar por conta do médico que passou a tomar toda a fala para si. Seria interessante pensar se as respondentes não fizeram nada ou se sentiram impedidas de fazer alguma coisa, seja esse um impedimento concreto ou subjetivo.

Sabemos que o racismo/sexismo impõe diversas barreiras e que, às vezes, as únicas formas pelas quais as mulheres podem enfrentar essas barreiras se dá pela evitação do uso de determinados serviços ou localidades. Sobre as formas como mulheres negras enfrentam a violência racista/sexista, Patricia Hill Collins (2016) já demonstrou como os/as pesquisadores/as brancos/as têm dificuldade em compreender a complexidade das ações articuladas, fazendo com que tenhamos grandes lacunas na bibliografia ou conclusões errôneas de que as mulheres negras seriam passivas na história das grandes coisas.

Quanto ao acesso à saúde, a maioria das respondentes afirmou que utilizavam a rede privada (67.10%). Apenas 31.49% das entrevistadas acessaram a rede pública de saúde. 72.94% relataram que possuíam medo/receio/constrangimento de falar sobre sua sexualidade/orientação afetivo-sexual ou falar que é sapatão/lésbica em algum atendimento de saúde. Entretanto, 88.29% nunca tiveram um atendimento de saúde negado por ser sapatão/ lésbica. No que se refere à frequência que realizavam exames ginecológicos, 26.06% afirmaram que os realizavam sem regularidade, 12.54% nunca realizaram e 12.28% realizavam de 2 em 2 anos. Situação que pode estar relacionada ao fato de 24.98% terem relatado que se sentiram discriminadas/violentadas por serem lésbicas/sapatão em um atendimento ginecológico (LESBOCENSO, 2022).

O lesbocenso é uma das ferramentas mais potentes para tentarmos compreender a violência que ocorre contra mulheres lésbicas, e essa iniciativa deve ser alargada através de financiamentos e recursos humanos para que possamos ter uma visão mais acurada da situação. Mesmo assim, preciso ressaltar que a pesquisa tem sérias

limitações que dificultam o entendimento da complexidade da lesbofobia. A principal delas é o escopo, haja vista que 61.94% das respondentes se autodeclarou como branca e a grande maioria afirmou receber entre R\$ 2.000,00 e R\$ 4.000,00 reais, o que não condiz com a realidade da população brasileira. Poder capilarizar a pesquisa nos revelará como outros marcadores se interseccionam para produzir violência, além de captar melhor a problemática envolvendo a saúde pública.

Nesse sentido, é interessante a revisão integrativa que Jhúlia Félix e colaboradoras (2022) fizeram sobre a assistência à saúde das mulheres lésbicas, demonstrando que a grande maioria das/os autoras/es que pesquisam sobre o assunto entendem que há uma profunda defasagem de material bibliográfico sobre o tema. Sendo que os próprios currículos dos cursos de graduação da área da saúde mostram a falta de disciplinas ou um baixo número de horas que abordem a saúde das mulheres lésbicas. O mesmo ocorre quanto aos treinamentos e atualizações dos profissionais da saúde (DULLIUS; MARTINS; CESNIK, 2019).

Por conta desta falta de conhecimento, estudantes de graduação e profissionais da saúde afirmam estar mal fundamentados/as técnica e teoricamente para discutir sexualidade. Também dizem não ter conhecimento adequado sobre gênero, identidade e as especificidades da transição de afirmação de gênero, tendo como consequência uma falta de familiaridade com as necessidades do acompanhamento do processo saúde-doença das mulheres lésbicas. Quanto às situações de violência lesbofóbica presenciada s, os/as profissionais de saúde também não têm certeza de como responder quando testemunham o comportamento discriminatório dos/as outros/as colegas (COOK; GUNTER; LOPEZ, 2017).

Estaríamos fazendo uma leitura muito superficial se acreditássemos que a invisibilização produz as violências que observamos na história de Opará e contextualizadas no lesbocenso e no dossiê do lesbocídio. De fato, o que ocorre é o oposto, são as violências que produzem a invisibilidade e a mantêm como a estrutura de um sistema acostumado a tratar corpos fora da norma de maneiras desumanizantes. A relação de gênero está posta sem precisarmos adentrar nela, todos os médicos são homens, todas as pacientes são mulheres, as mulheres e os homens são todos/as lidos/as como heterossexuais. O mesmo se poderia dizer em relação a racialidade, todos os médicos que Opará encontra são brancos, todos os estudantes de medicina também.

Com essas relações todas previamente posicionadas a violência se produz justamente na sua subjacência. Independente de suas vicissitudes, todas as mulheres acabam parando no mesmo lugar, o setor de infertilidade.

Em princípio, a história de Opará me pareceu um completo absurdo, como alguém poderia errar ao ponto de enviar uma mulher fértil para um setor de infertilidade? No entanto, o caso não é incomum, como constata o estudo de Hélene Engröm e colaboradoras (2018), realizado na Suécia com mulheres lésbicas em processo de reprodução assistida. Esse estudo demonstrou que estas mulheres acabam recebendo o mesmo esquema de tratamento para infertilidade que mulheres heterossexuais, precisando passar por uma descarga tubária e preparação do tratamento de ovócitos com estimulação hormonal desnecessária. Com isso, a grande maioria das participantes relataram que a falta de conhecimento dos profissionais de saúde é um sério problema a ser enfrentado. Também tiveram uma percepção do processo de concepção como demorado, estressante e clínico.

Essa falta também é percebida na revisão de Jhúlia Félix e colaboradoras (2022), que apontam um consenso sobre a necessidade de responsabilizar os cursos de graduação pela defasagem técnica e teórica dos/as profissionais da saúde. Entre as propostas estão incluir questões relacionadas ao atendimento de mulheres lésbicas nos currículos de graduação (MEADS et al., 2019); Incluir em seus projetos políticos conceitos transversais como gênero e sexualidades, assim como as questões de saúde presentes entre as lésbicas (ARAÚJO et al., 2019); e a necessidade de investimento em uma atualização profissional contínua após a graduação (DULLIUS; MARTINS; CESNIK, 2019). Tais proposições poderiam diminuir as violências contra mulheres lésbicas na saúde.

Já existem políticas que tratam sobre o tema da saúde das mulheres lésbicas no Brasil, e a principal delas é a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, promulgada em 2011 (BRASIL, 2011). Entretanto, não se considera haver uma eficiência dessa política no combate a violência que ocorre contra mulheres lésbicas na saúde. Essa questão foi inclusive debatida na 16ª Conferência Nacional de Saúde, em 2019, pois ainda se observa, por parte dos/as profissionais de saúde, uma carência educacional, envolvendo discriminação e preconceito contra mulheres lésbicas (BRASIL, 2019). Há uma forte dificuldade em

aceitar a sexualidade feminina, o que cria iniquidades em saúde que geram diminuição quanti e qualitativa da vida. A lesbofobia se demonstra ,também, em mitos repetidos por profissionais de saúde, como a crença de que não ocorreria transmissão de IST's entre lésbicas, tornando desnecessária ou esporádica a ida ao ginecologista e a realização de exames preventivos (SILVEIRA; CERQUEIRA-SANTOS, 2022).

Quando Opará afirma sua lesbianidade acima de sua homossexualidade, é justamente sobre essa invisibilidade que ela trata. Afinal, em referência a intersecção das violências de gênero, raça e classe, as pautas dos homens *gays* brancos sobrepujam historicamente as demais pautas incluídas nas políticas LGBTI+. Seria o caso de subdividimos ainda mais as identidades e propor uma política nacional de saúde integral da população lésbica? Afinal, uma política específica poderia prevenir que a pauta fosse diluída em outras mais hegemônicas.

Penso que as propostas feitas no sentido de aumentar os currículos de graduação e fomentar investimento em treinamento profissional não atacam a questão central do problema, pois tratam a invisibilidade como causa das violações, não como sintoma de uma estrutura mais doentia. Quando analisamos a história de Opará sob a perspectiva da determinação sócio racial do processo saúde doença, devemos tomar em conta que a estrutura patriarcal e colonial que se coloca sobre as instituições de saúde criam um ambiente extremamente hostil para que as mulheres exerçam seu direito de forma autônoma e democrática. Principalmente as mulheres negras e ainda mais as mulheres negras lésbicas.

Nesse sentido, não é a falta de incentivo, fomento, investimento ou estudo que fazem com que as mulheres negras lésbicas sejam violentadas na saúde, mas sim a posição de marginalidade que ocupam dentro da corrente internacional do trabalho e das necessidades que o capitalismo impõe aos corpos lidos como femininos (GONZALEZ, 2020). O que se determina como saúde, não necessariamente deve ser lido dessa forma. Afinal, o que é a proposição de um exame dolorido sem anestesia? O que é a recusa em aceitar a opinião da usuária embasada em sua própria visão de mundo? Se os corpos negros são os corpos dos/as trabalhadores/as desprovidos de tudo, cuja a força física - dos braços e das ancas - representam a necessidade para o capital, assim como nos diz também Achille Mbembe (2021), apresenta-se, aí, a noção de saúde que subjaz de um exame dolorido sem anestesia ou da recusa de uma opinião.

Não falamos aqui de um ou outro erro factual, técnico ou falha teórica, mas sim de um entendimento de que a saúde da população negra diz respeito unicamente a quantidade de força que esses corpos conseguem fazer ou suportar, sendo que estes corpos não possuem legitimidade para opinar sobre isso. Se o atual conceito de saúde é um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade”, quem define o que seria esse bem-estar? Se a crença de que as mulheres negras possuem um limiar de dor maior e que as mulheres lésbicas precisam de menos atenção à saúde, qual a definição de bem-estar para a saúde das mulheres lésbicas?

Observo então que essa definição subentende que o estado completo de bem-estar é algo já dado na atual estrutura social e, portanto, não nos concede meios para questioná-la. A determinação sócio racial da saúde nos permite fazer esse exercício de pensar as bases estruturais da sociedade como criadoras de diferentes concepções de saúde que invadem os processos de saúde-doença dos diferentes corpos posicionados no capitalismo e pode nos levar a proposições de políticas públicas mais adequadas à saúde das mulheres negras e lésbicas.

9.2. As nossas vidas e as nossas emoções: por uma leitura protagonista do medo, da raiva, e da dor.

A raiva se divide e se transmuta em diferentes sentimentos. Em um sentido estritamente evolucionista do termo, a raiva é uma emoção básica, como todas as outras emoções, serve a um propósito utilitarista. A raiva é aquilo que nos move para frente contra o que consideramos ruim, injusto, inadequado, falso ou perigoso. A raiva é desagradável de sentir, mas não é ruim. Opará sente muita raiva e faz diferentes usos dessa emoção. Em primeiro lugar, sua raiva se transmuta em indignação, em movimento de ação social, Opará é uma militante ferrenha, não venha para os lados dela com a boca mole e um papo estranho, não tem carteiraço com a Opará, não, nem pesquisador nem político tira dela um centímetro de espaço. A indignação de Opará produz uma intensa ligação dela com as mulheres lésbicas do complexo do alemão a quem ela busca ajudar com um mínimo de proteção social.

Podemos dizer que é o medo que impede Opará de fazer o exame realizado pelo médico? Medo da dor, afinal, Opará sente dor à toa, segundo ela mesma. O medo a leva a buscar ajuda em sua espiritualidade? Não acho que o medo dê as cartas com as quais Opará joga não, viu? Voltando ao sentido evolucionista/utilitarista das emoções básicas, o medo é uma sensação desagradável que nos impede de nos colocarmos em situações potencialmente perigosas ou prejudiciais, se houver como fugir, o corpo/mente sempre preferirá manter sua integridade a um confronto. O evolucionismo coloca frente a frente aqui, raiva e medo, luta ou fuga, dois lados de uma mesma moeda.

Mas Opará não foge, ela busca auxílio, experiência, aconselhamento. Na mesa do jogo, ela recebeu uma resposta para sua pergunta, ela analisou essa resposta como analisou a resposta que obteve do seu médico. Com isso, ela comportou as respostas em uma atitude de conciliação, quando voltou ao consultório ela sentiu muito medo sim, mas não um medo-vergonha do que não tinha feito, mas um medo-raiva por entender que poderia ser obrigada a realizar um exame doloroso desnecessário. Quando entra na caverna do dragão, Opará, como uma cavaleira das histórias românticas, entra em uma situação de luta ou fuga e a Opará é “mulher de luta”!

Não “mulher forte”, como o médico pretende que ela seja. Há aqui uma grande diferença. A raiva e o medo são emoções próprias da Opará e não emoções que se pretende incutir nela, os usos que Opará faz dessas emoções são justos e contextualizados para a sua própria concepção de bem-estar. Não há qualquer “força” em se submeter a uma dor desnecessária por uma falta de conhecimento - para não dizer capricho - do profissional de saúde. Mas a raiva e o medo poderiam ser utilizados para esses sombrios fins. Alguns homens e mulheres pretas têm mais medo do/a profissional de saúde e fazem os exames doloridos sem necessidade, algumas mulheres aprendem a esconder a raiva, ou a demonstrá-la como forma de suportar a dor. Eu não sou mulher, mas entendo um pouco sobre emoções, sobre saúde e sobre racismo. Não pretendo dar as palavras definitivas para ninguém, mas afirmar que, como humano, posso empatizar quando outra humana igual a mim sente medo, raiva e dor.

Audre Lorde (2019) fala muito melhor do que eu sobre a raiva e seus diferentes usos. Segundo a autora, não há qualquer valor em ter medo da própria raiva, não há qualquer ensinamento em assumir que as nossas emoções mais básicas são nossas inimigas. No mundo em que vivemos, especificamente as mulheres negras, a raiva é

especialmente uma resposta ao racismo. Resposta: porque o racismo é quem gera toda essa violência ensandecida, hipócrita e nojenta que nos joga em locais desnecessários, nos fazem perguntas desnecessárias, aconselham-nos a ser menos, menores e mais “calmos/as”.

No caso das mulheres negras, essa obsessão pelo corpo e seu controle é muito mais acirrada. Um corpo que a branquitude não consegue tomar por completo, que cinde em desejo e repulsa, como já bem afirmou Lélia Gonzalez (2020). Também é um corpo passível de todo o tipo de exame, toque, dedada, olhar, perfuração, penetração, corte, etc. Violações que não são apenas concretas, mas também subjetivas, como a penetração de uma imagem estereotipada, produzida externamente, que se instala no fundo da cabeça dizendo que há naquele corpo uma pretensa “mulher forte” que sente menos dor, coisas que aprendi com Patricia Hill Collins (2016).

Certa vez, em uma das aulas da minha graduação, um professor de neurociências, médico, branco, convidou-nos ao necrotério da universidade. Ele considerava que os estudos teóricos da psicologia poderiam nos fazer esquecer a existência de um corpo concreto, que é regido por neurotransmissores, receptores e todo o tipo de química do cérebro. Quando chegamos lá, havia apenas uma pessoa, uma mulher, acredito que na casa dos cinquenta anos de idade. A pele estava exangue e eu não conseguia perceber se era uma pessoa negra ou não. Ela não tinha olhos, estava nua e seu corpo estava completamente inchado. A barriga dela estava aberta e o topo do crânio havia sido retirado, deixando os órgãos à mostra. Ela parecia triste.

Os/as estudantes pegaram suas luvas e começaram a tocar naquele corpo, em todas as suas partes, dentro e fora. Eles/as riam e comentavam da viscosidade, das texturas, dos cheiros e dos formatos, era demasiado bizarro para mim. Não fiquei lá, saí, fui embora. Mas aquela mulher permanece na minha lembrança, ela faz um nó lá no fundo da minha garganta. Quando lembro, imagino que aquilo seja a experiência derradeira do racismo/sexismo/classismo. O corpo vira uma atração, nossos órgãos viram curiosidade, nossa sexualidade, uma inexistência, nossos olhos sumidos ou consumidos, um processo que só pode ser descrito por um ódio sem fim contra nós. E contra esse ódio precisamos ter raiva e fazer o uso dela, como faz Opará, como descreve Lorde:

[N]ão é a nossa raiva que faz com que tenhamos o cuidado de trancar as nossas portas à noite ou a não vagar pelas ruas de Hartford sozinhas. É o ódio

deles que nos espia naquelas ruas, a urgência de nos destruir se nós trabalharmos de verdade por mudanças em vez de satisfazer a retórica acadêmica. Este ódio e nossa raiva são diferentes. O ódio é a fúria daqueles que não partilham de nossos objetivos, e os quais têm como objetivo a morte e a destruição. Raiva é uma luta de distorções entre pares, e o seu objetivo é a mudança (LORDE, 2019, p. 163-164).

A raiva não é ódio porque a raiva é da ordem daquilo que é humano, não Humano, mas humano, como qualquer outra/o. A raiva é resposta ao ódio racista que nos quer mortos e, diferente do ódio, que não se transforma em nada, a raiva pode se transformar em amor, em comunhão. É o que ocorre no final da história de Opará. A resposta final da protagonista não é a continuidade do choque contra aqueles que a fazem mal, mas um intenso sentimento de amor por sua companheira e que se coloca na forma como elas montam os produtos nas cestas básicas que serão entregues. A raiva da Opará produz projeto de futuro, ela terá uma criança com a mulher que ama e será feliz. Não há coisa mais terrível para a branquitude do que isso.

10. Carolina

Na semana passada morreu um senhor na sala de recepção de uma unidade de saúde da cidade da Carolina. Ela viu a notícia na TV, mas não lembra onde era. Disseram que um senhor de uns 60 anos de idade, negro, estava sentado sozinho na recepção, acharam que ele tava dormindo, só foram ver que o homem estava morto horas mais tarde, quando já não havia ninguém no lugar e a unidade iria fechar. A Carolina passou um tempão pensando naquilo, nem ela mesmo sabe porquê. Volta e meia vem na cabeça dela a imagem de um homem negro, de idade avançada, morrendo quieto no meio de uma unidade de saúde e então ela fica muito confusa, difícil de dizer o que sente.

Às vezes, no meio das aulas, vem como se a imagem estivesse sendo martelada na sua mente, aquele homem morto, as enfermeiras passando, conversando, rindo. Ela não consegue entender, mas ela depreendeu disso algumas coisas. A primeira era que, quando ela estivesse formada em enfermagem, jamais deixaria algo parecido acontecer na unidade dela. A segunda era que ela jamais seria uma dessas enfermeiras que fazem só o mínimo. Ela iria trabalhar na rua, com prevenção, com informação no bairro onde ela estivesse, ela iria fazer todo o possível. Como pode alguém morrer assim, na frente de todo o mundo, sem incomodar ninguém?

Tinha muita coisa que a Carolina não entendia, mas que queria muito entender, e ,por isso, ela escolheu a enfermagem, uma escolha muito pessoal. Ela lembra até de como aquilo começou. A Carolina tinha uns quinze anos na primeira vez que achou que iria morrer. Era um dia normal de verão, como qualquer outro, ela estava fazendo crochê, sentada na sala de casa, tinha acabado de tomar um chimarrão e um remédio para dor de cabeça, ela andava mesmo sentindo muita dor de cabeça naqueles dias.

Aí, ela sentiu como se alguma coisa estivesse a enforcando. Mãos invisíveis, pesadas, duras, apertando cada vez mais forte. Ela achou que estivesse com alguma coisa entalada na garganta, levantou, tentou puxar o ar, abriu a boca o máximo que pode e nada, o ar vinha com cada vez mais dificuldade, a coisa segurava sua garganta mais e mais apertado. Ela começou a se desesperar, sentiu como se o rosto começasse a ser contraído de dentro para fora, seus olhos lacrimejaram e também começaram a se fechar, ela teve a certeza que iria morrer. Correu sem direção até outro cômodo onde

encontrou a mãe, agarrou-se nela como se fosse um bote no meio do mar, depois ela não lembrava de muita coisa.

Na rua da Carolina, havia inaugurado uma nova unidade de saúde toda moderna, chamada UBAI - Unidade Básica de Atendimento Imediato, mas ela não sabe o que a sigla quer dizer. Era um prédio bonito, bem acabado e bem pintado, com várias especialidades diferentes. As pessoas nem queriam mais usar o posto comum, a UBS - Unidade Básica de Saúde - queriam saber só da UBAI. Foi para lá que levaram ela. Colocaram a menina em uma maca e levaram para dentro, até os ouvidos dela estavam inchados demais para entender qualquer coisa, ela sabia que era o fim. Mas dentro de poucos minutos o monstro soltou-a. O rosto foi desinchando como um balão lentamente esvaziando, o coração batia tão rápido que ela tinha certeza que podiam escutar do outro lado do corredor e então ela chorou de alívio.

Uma mulher branca veio checar como ela estava, mas não perguntou nada. Mexeu na cabeça dela, olhou os olhos, depois colocou um palito na boca dela e viu a garganta, checou o soro que estava no braço e lhe deu um sorriso carinhoso, mas foi só isso. Meia hora depois a liberaram para casa. Ela até perguntou para enfermeira que passou para lhe dar alta o que aconteceu e a moça respondeu: - “você teve um ataque alérgico” e foi só isso. Ela ficou com mais perguntas do que respostas, não entendeu nada. Quando os dias passaram, a Carolina foi começando a achar aquela situação toda muito estranha, tão descolada da vida dela, parecia mais que tinha acontecido em algum sonho.

Mas, se fosse sonho, a pobre Carolina sofria de um sonho recorrente, que se tornou cada vez mais insistente e constante. A segunda vez foi na casa do pai dela, a terceira vez foi no colégio, quando falavam sobre a formatura do terceirão. Sempre a mesma coisa, começava com as mãos apertando o pescoço dela, subia para as bochechas e depois os olhos, inchavam até o ponto de parecer que a cabeça dela iria explodir. Ela sempre ia na UBAI e, na UBAI, recebia sempre a mesma resposta afetiva “você teve uma crise alérgica”. Na época, a Carolina era muito bobinha para perguntar e a família dela também não conseguia entender. Ela só sabia que, quando isso acontecia, tinha que ir na UBAI e lá lhe davam uma injeção, colocavam soro na sua veia e o inchaço parava, como por mágica.

Teve uma tia uma vez que ficou muito encucada com isso. Como assim? Alergia ao quê? E injeção do quê? A Carolina disse que eles colocavam o nome em um papel, mas ela já havia perdido o último papel. Não era como se a Carolina não estivesse tentando entender e encontrar uma solução. Primeiro, ela largou a carne, depois foi o leite, a soja, o glúten e nada funcionava. A Carolina achou até que estivesse com uma maldição ou algum carma. E se aquilo acontecesse na formatura? Ou no dia do vestibular? E se aquilo acontecesse em um encontro, a Carolina tinha dúvidas muito pertinentes para qualquer adolescente da idade dela.

Conforme os anos iam passando, a Carolina ia ficando cada vez mais envolta em perguntas que transpassavam seu próprio corpo. As mudanças pelas quais uma menina adolescente passa são muito difíceis de se entender e de se comentar, as de uma menina adolescente negra, então, têm toda uma nova camada de dificuldades e transformações. Mas a negritude da Carolina era uma coisa que ela conseguia enxergar, o racismo tinha um nome, um modo de produção operante que a atingia e da qual ela sabia que poderia se defender, mas aquela alergia, o que era aquilo? Seu corpo parecia querer produzir a sua morte.

Quando fez 17, ela teve uma crise tão forte que precisou ser internada dentro de uma ambulância, e aquilo marcou muito ela. Se pedissem para explicar, o relato sairia como alguém tentando contar um sonho. Ela estava completamente alheia, presa em um sufocamento mortal, do qual ninguém sequer parecia se importar em lhe dizer qualquer coisa. Depois ela ficou sabendo que a UBAI estava perto do seu horário de fechamento quando chegou lá e, por isso, a trataram dentro de uma ambulância. Ela não entendeu nada, mas iria perguntar para quem? Eles a moviam de lugar, davam-lhe injeções, abriam sua boca, pegavam no seu pulso, nos seus olhos, nas suas narinas, enfiavam as mãos no seu rosto, nas suas costas, sobre o seu peito e não lhe diziam nada!

Foi quando ela decidiu bater o pé e voltou na UBAI na manhã seguinte - ela não iria sair dali antes de descobrir o que tinha. Na recepção, disseram que ela tinha que marcar uma consulta, mais isso, ficar esperando horas! Ela havia sido atendida na noite anterior e já era conhecida por ali. Bateu o pé de tal forma que a moça da recepção até se assustou. Encaixaram ela em um tempo extra com o médico que, após pedir alguns exames, chegou a conclusão que ela tinha alergia a medicamentos. Só isso, mais nada, nenhum outro passo a seguir.

Ela não ficou totalmente satisfeita. Mesmo assim, saber qual era a causa do seu sufocamento já lhe causou um imenso alívio. Foi por essa época que ela decidiu fazer enfermagem, ora ficar ali morrendo sem incomodar ninguém. Não era uma alergia que iria ficar atrasando a vida dela sem que ela fizesse nada a respeito.

Desde então a Carolina tem tentado lidar com isso. Ela sente como se a alergia fosse ficando cada vez mais poderosa, mais restritiva. Antigamente ela não podia tomar dorflex, mas podia paracetamol, não dava para tomar engov, mas não tinha problema algum com sonrisal. Com o passar dos anos ela teve que tirar tudo isso da vida dela. Quando sente dor, a Carolina tem que aguentar na pele e no osso. E Carolina tem dores de cabeça terríveis! Mas nada é tão terrível quanto as suas cólicas. A Carolina tem cólicas que chegam a desmaiar uma pessoa! Nesses dias do mês ela se encolhe toda no quarto, coloca uma bolsa de água quente na barriga e aperta os dentes, chega a lhe faltar o ar.

Uma vez, a dor foi tão forte que superou até mesmo o medo do sufocamento e ela tomou um buscopan. A sua glote começou a fechar quando ela já estava na esquina da UBAI para tomar injeção, nem doeu tanto. O pior foi quando ela contou para o médico o que fez e ele ficou completamente indignado. Disse que era muito perigoso e que ela poderia morrer agindo daquela forma, ela era uma irresponsável! Ela saiu da UBAI se sentindo um lixo, mas um lixo sem cólicas. Ela nunca fez de novo, mas é o sonho dela.

Quando entrou na universidade pela primeira vez, e viu todos aqueles alunos e alunas brancas saídos diretamente do mesmo molde, a Carolina não se chocou com a divisão racial que expulsa negros e negras do ensino superior, mas sim com a possibilidade de que seriam pessoas como aquelas que chegariam nos locais e que não explicariam nada para pacientes como ela. Quando pensa nisso agora, vem a imagem do senhor idoso morrendo sozinho na recepção de uma unidade de saúde. Será que ninguém se dignou a perguntar o que ele estava fazendo ali? Se já havia sido atendido? Se já tinha um encaminhamento? Qualquer coisa?

A Carolina nunca ganhou um encaminhamento para lugar nenhum. Depois que entrou na universidade ela começou a fazer estágio em um hospital e com o dinheiro que recebeu ela procurou um alergista particular. Ele deu uma penca de exames, cada um mais caro que o outro. Assim que viu a pilha de nomes, a Carolina já sabia que não teria como prosseguir. Ele até deu uma receita de um antialérgico que poderia ajudar,

mas o remédio custava 63 reais! Um preço praticamente impossível! Ela ficou tão triste com aquilo que demorou uns dois dias para sentir o gosto das coisas de novo.

Hoje em dia, a Carolina segue nas aulas, no estágio, segue em casa, vai seguindo. A vida dela voltou a um lugar de determinado relaxamento. Só esse homem morto na unidade de saúde que a incomoda e não sai da sua cabeça, a deixando confusa, com vertigem, estranha. Ela queria ter dinheiro para poder sair desse marasmo no qual ela se encontra, mas tudo isso há de melhorar em breve.

Quando a Carolina se formar, quando ela tiver um bom emprego, quando ela estiver com aquele jaleco branco, ninguém mais vai tratá-la como um pedaço de carne em um açougue, uma mercadoria do mercado mais barato que se manuseia sem qualquer respeito. Quando a Carolina formar ela vai trabalhar com promoção em saúde e com informação, para que nenhuma menina como ela fique tantos anos confusa e com medo. A Carolina vai se formar e, quando isso acontecer, talvez ela pare de ter que aguentar a dor na pele e nos ossos.

10.1. Acesso em saúde: um perfil dos/as usuárias a partir da determinação sócio-racial da saúde

O SUS tem como porta de entrada a Rede de Atenção Primária, composta principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde que se distribuem a partir do princípio de descentralização e regionalização das políticas de saúde. É na Atenção Primária onde encontraremos muitas das procuras iniciais por uma série de questões relacionadas à saúde e a violência, entre elas o abuso infantil e a violência doméstica e intrafamiliar. O SUS é uma das maiores políticas públicas do Brasil e, mesmo assim, ainda temos uma imensa dificuldade em produzir pesquisas que tratem sobre o perfil sociodemográfico de seus usuários, principalmente interseccionando raça e gênero. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019, as mulheres representavam 69,9% de todos/as usuários/as da Atenção Primária nos seis meses anteriores à pesquisa, dessas 60,9% eram pretas ou pardas, 53,8% não tinham uma ocupação e 64,7% tinham renda domiciliar per capita inferior a um salário mínimo, ou seja, dependiam única e exclusivamente da saúde pública.

A PNS nos apresenta um quadro no qual a atenção primária é, em sua imensa maioria, utilizada por mulheres negras de baixa renda (BRASIL, 2019). O que pode nos ajudar a entender o motivo desta pesquisa, apesar de ter procurado manter uma paridade de gênero em seu escopo, não foi capaz de encontrar homens dispostos a participarem de uma conversa sobre saúde pública, muito embora o banco de dados utilizado na captação possuísse muitas respostas de homens cisgênero. Além da baixa representação masculina, o que ocorre quando complexificamos os dados do acesso, transpassando-os pelos perfis sociais dessa população negra que habita o SUS?

Como a determinação social da saúde tem como elemento principal de análise a posição dos sujeitos na corrente internacional do trabalho, é lógico que iniciemos a busca por essas/es usuárias/os a partir do mercado de trabalho, mas os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2019 ainda não nos dá definições conclusivas. Segundo a PNAD, embora os homens negros ocupem uma grande parte do mercado informal, principalmente nos setores agropecuário (65%) e construção civil (64,8%), são as mulheres, em especial as mulheres negras, que possuem as taxas mais elevadas de informalidade entre todos os recortes da pesquisa. São 73,1% das trabalhadoras de serviços domésticos e 74,6% das trabalhadoras do setor agropecuário. No total, a população preta e parda ocupa 47,3% de todas as posições informais no Brasil, um número significativamente maior que a população branca, que ocupa 34,6% dos cargos (IBGE, 2019). Marcia Pereira Alves dos Santos e colaboradoras/es (2020), ao analisar a série histórica do IBGE, afirmam que esta se manteve com poucas oscilações, refletindo as desigualdades historicamente construídas no Brasil, ressaltando para o fato de que as famílias brancas têm renda 73,9% maior das que as famílias compostas por pessoas pretas e pardas.

A informalidade no trabalho pode levar a dificuldades significativas no acesso à saúde, já que as/os trabalhadoras/es estão negados de alguns direitos básicos como descanso remunerado, afastamento médico sem perda de remuneração, abono de faltas, limite máximo de horas diárias trabalhadas, licença maternidade, vale transporte, entre outros direitos. Sem isso, as/os trabalhadoras/es podem muitas vezes se verem obrigadas a escolher entre o salário do dia e o cuidado com a saúde. Uma escolha que é falsa, pois na maioria dos casos o salário diário é utilizado para compras básicas e imediatas como alimentação, transformando a saúde em uma das últimas prioridades. Além disso, a falta

de regulamentação faz com que muitos dos locais de trabalho informal sejam insalubres para as/os trabalhadoras/es. São empresas que fazem com que as/os funcionárias/os carreguem muito mais peso do que podem suportar, que trabalhem em situações extremadas de calor ou frio, que realizem funções de risco sem treinamento adequado e que não tenham em suas dependências equipamentos de saúde básicos ou profissionais para prestar primeiros socorros (LACAZ, 2019).

Quando observamos esses dados, parece-me que a posição social na qual a população negra se encontra, principalmente as mulheres negras, produz uma série de barreiras iniciais para o acesso e cuidado em saúde. Todavia, isso não explica a baixa representação masculina, fazendo-se necessário aprofundar os entendimentos acerca dos estudos de gênero para podermos chegar mais próximos desse homens negros e de onde estão. Porém, não há dúvida de que o racismo estrutural compõe aqui grande parte da problemática do acesso.

Atualmente, a Política Nacional de Atenção Básica considera que o racismo produz efeitos deletérios na saúde da população negra e se atribui a responsabilidade de ofertar cuidado a partir do princípio de integralidade para que assim se possam combater as iniquidades em saúde com base no preconceito racial. Entre outras ações preconizadas, a promoção, prevenção, proteção, redução de danos e cuidado integrado, são as principais (SILVA, *et. al.*, 2020).

Também podemos fazer menção à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que reconhece o racismo institucional como um conjunto de práticas interligadas que contribuem para a existências e manutenção das desigualdades baseadas em grupos raciais e que atuam de forma a produzir barreiras no acesso. Tendo como estratégias a formação continuada de profissionais de saúde nas especificidades da saúde da população negra, implementar políticas de fomento ao acesso à atenção primária e aprimorar o preenchimento dos critérios raça-cor nos registros das/os usuárias/os (BARBOSA; SILVA; SOUSA, 2021). No entanto, não é o que observamos na história de Carolina. De fato, não observamos em nenhuma das histórias contadas em nossas conversações, o que está havendo?

Quando nos voltamos para a produção teórica e de pesquisa, a situação se torna ainda mais complicada. A revisão sistemática realizada por Monique Brito Leal e colaboradoras/es (2021) acerca das condições de acesso aos serviços de saúde, bem

como as principais políticas públicas voltadas para a população negra, percebeu uma significativa falta de estudos focados no tema. Por mais que existam políticas públicas aprovadas para diminuir as iniquidades do racismo, a implementação dessas políticas ainda não é suficiente para sanar as necessidades. As autoras concluem que essa lacuna entre o que é aprovado e o que é, de fato, implementado se dá por conta do racismo institucional velado que continua impondo marginalização aos corpos pretos na saúde (LEAL, et. al., 2021).

A pesquisa realizada por Mônica Gonçalves, Maria Marques e Lia Schucman (2018) com profissionais e estudantes de graduação em saúde concluiu que a raça ainda constitui uma diferenciação biológica no imaginário das equipes de saúde, nas palavras das autoras:

“[N]a educação em saúde a inscrição de um discurso epidemiológico sobre diferentes perfis de adoecimento decorrentes de padrões biológicos raciais constitutivos característicos. A análise das falas diz que, enquanto matriz hegemônica, a raça aparece como condição biológica na Atenção Básica: como conjunto de doenças ocasionadas por características biológicas que diferem entre negros e brancos, criando padrões de adoecimento que resultam dessa diferenciação (GONÇALVES; MARQUES; SCHUCMAN, 2018, p. 93)”.

A falta de estudos relacionados à saúde da população negra denotam que não é um tema relevante no campo das ciências da saúde. Segundo Jurema Werneck (2016), a saúde da mulher negra não é parte dos currículos dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde, tornando este um assunto vago e ignorado pela grande maioria dos/as pesquisadores/as, estudantes e profissionais (WERNECK, 2016). Estas problemáticas estão diretamente relacionadas à história de Carolina, pois seu tratamento não é visto pela própria como adequado, assim como também não é sua formação como enfermeira. Tratar o acesso à saúde a partir de uma visão da determinação social da saúde nos levou a questionar o mercado de trabalho e a formação acadêmica, portanto, aprofundaremos esses dois temas para problematizar ainda mais o que Carolina nos traz sobre seus entendimentos da saúde pública.

10.2. Ratos no labirinto: O acesso em saúde no limite da necropolítica

Para além das políticas voltadas para a inserção da população negra na saúde pública, em especial na Atenção Primária, quais são as expectativas das equipes de

saúde? Quais são as formas de tratamento oferecidas? Quais são as informações que possuem sobre os seus próprios corpos? Na história de Carolina, um homem negro, um idoso, morre na sala de recepção de uma UBS, isso a perturba por toda a sua narrativa. A morte, a dor e a invisibilidade mobilizam inclusive a forma como ela compreende sua própria formação enquanto profissional. Quais relações ela traça com esse homem?

Quando tratamos de homens negros não tratamos como o Homem Universal, pois também não são corpos hegemônicos. É equivocado, por parte dos homens negros, acreditarem compor parte de um extrato social privilegiado, unicamente por conta de sua identidade e expressão de gênero. Quando interseccionamos raça e gênero, observamos que a opressão nunca beneficiou, não beneficia atualmente e jamais beneficiará homens negros, são na verdade formas de controle de um patriarcado branco que, para manter a expropriação e a exploração impõe modelos específicos para a masculinidade negra. O feminismo negro, ou os feminismos negros, historicamente, estão ligados aos movimentos negros e fazem um contraponto ao feminismo branco hegemônico. Os feminismos negros lideram e conduzem vitórias para as pautas antirracistas, especificamente na área da saúde. Foram as reivindicações do Movimento de Mulheres Negras por mais e melhor acesso à saúde que levaram a conquistas históricas e que participaram ativamente do Movimento de Reforma Sanitária e da própria criação do SUS (WERNECK, 2016).

Não é possível falarmos sobre a saúde dos homens negros sem considerar o genocídio contínuo e histórico que é produzido pelo Estado Brasileiro contra a população negra. Afinal, das 57.956 mortes violentas ocorridas no país em 2018, 75,7% das vítimas eram negras e, entre as mulheres, 68% das vítimas de assassinato eram negras. A taxa de homicídio de entre jovens negros é 2,5 vezes mais alta do que jovens brancos (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2018). São números que repercutem o genocídio já denunciado por Abdias do Nascimento em 1977; que refletem exatamente o que Lélia Gonzalez e Beatriz Nascimento já discutiam nos anos 80; que cantam os Racionais MC's nos anos 90. Números que denotam um projeto continuado de morticínio (NASCIMENTO, 2016; GONZALEZ, 2020; NASCIMENTO, 2021).

Embora seja uma discussão acadêmica colocada há, no mínimo, quatro décadas, ainda não compreendemos como a violência genocida se dá em sua integralidade. Quando falamos da saúde da população negra, as pesquisas e políticas parecem tratar

apenas do corpo enquanto máquina, ou seja, de suas formas terminais de vida e morte. Mesmo nos poucos debates sobre relações raciais nos espaços de saúde, os debates ainda se desenvolvem sob uma perspectiva biologicista e racalista. Nos espaços formais e institucionais da saúde, as relações raciais são trabalhadas, majoritariamente, a partir de diferenciações biológicas – mais especificamente, das doenças atribuídas à população negra – o que também denota uma falta de visão integral de saúde (GONÇALVES; MARQUES; SCHUCMAN, 2018).

Mesmo quando falamos de violências interseccionadas com a saúde, esses debates dão maior ênfase à questão quando a mesma é geradora de danos visíveis à saúde física, mencionando apenas brevemente os impactos da violência sobre a saúde mental dos sujeitos. Nesse entremeio, se perdem várias formas de adoecimento que são deixadas à invisibilidade e, quando isso ocorre, o próprio sujeito integral é renegado para que seja atendida apenas a sua enfermidade. Com isso, concordamos com Barbosa, Silva e Sousa (2021) quando afirmam ser imprescindível a compreensão de que a violência racista afeta, além das condições materiais dos sujeitos, também a sua saúde mental.

A vinculação que Carolina faz entre ela e o homem idoso me parece trazer à tona a relação de morte existente na interação dos dois com a saúde. A morte não apenas enquanto evento fisiológico do corpo, mas como negação das possibilidades, da proibição do desejo e do cerceamento dos projetos de futuro. Carolina não morre quando vai até as unidades de saúde para tratar de sua alergia, mas é tratada como “um corpo”, mesmo que não morta, desprovida de desejo e protagonismo. Um corpo que não necessita de informações, que não precisa de uma relação afetiva e que pode ser tratado a partir de protocolos obscuros, manuseamentos violentos e encaminhamentos quase criptografados. Seria esse o acesso à saúde que tanto desejamos universalizar?

Essa interpretação vai ao encontro dos achados da revisão integrativa produzida por Nelma Nunes da Silva e colaboradoras/es (2019). Segundo as/os pesquisadoras/es, é justamente a discriminação e a violência cometida pelas equipes de saúde que mais dificultam o acesso de mulheres negras à saúde na América Latina e no Caribe. Já quando falamos do Brasil, as dificuldades de acesso parecem estar intrinsecamente interligadas aos níveis de renda e escolaridade, pois a revisão concluiu que as mulheres negras com menor nível educacional e financeiro tiveram os piores índices de qualidade

de acesso à saúde e também as que mais sofreram violências durante o acesso. Algo que nos faz retornar a importância da inserção da determinação social da saúde como premissa de análise das políticas públicas de saúde.

Tais entendimentos levam a perguntar o que significa, na prática, questionar o conceito de saúde? Afinal, qual a função de adentrar em um campo de discussão tão teórico se falamos de um problema tão disseminado e nítido? Porque não, ao invés disso, discutirmos o acesso à saúde? Falar sobre aquilo que já está efetivado politicamente não seria o método mais rápido e fácil para proporcionar uma atenção integral de qualidade à população negra? Estaríamos nos perdendo em discussões inúteis, pertinentes apenas a nós mesmos/as e que pouco contribuem para a prática profissional da ponta ou para as militâncias no campo da saúde?

Certa vez, perguntaram-me por que não adentrar a fundo nas problemáticas do acesso. A minha resposta imediata foi de que as problemáticas do acesso já são amplamente conhecidas e que não desejava continuar mais uma vez nesse mesmo argumento. No entanto, pensando sobre essa situação, seria necessário pensar um pouco mais sobre esse questionamento. Considero que a dificuldade no acesso mascara um problema mais grave, que é justamente qual acesso que está sendo proposto.

Por exemplo, façamos um exercício: pense que conseguimos atingir o maior nível de acesso imaginável, uma proporção 1:1. Cada um/a de nós terá acesso ao seu/sua médico/a particular, seu/sua terapeuta particular, seu/sua nutricionista, psiquiatra, cardiologista, urologista, dermatologista, etc... Uma junta completa de especialistas particulares focados/as apenas em cada um/a de nós. E todos eles/as se preocupando, opinando, aconselhando sobre nossa saúde, nosso comportamento, nossa alimentação, nosso sexo, enfim, trabalhando para que possamos sempre ter a melhor performance de saúde que for possível.

Eu não sei o que o/a leitor/a pensa, mas acredito que a minha vida se tornaria um verdadeiro inferno! Isso porque não é apenas o acesso que nos é negado, é a própria noção de saúde enquanto um direito humano. A cena que eu acabei de compor não é a de uma estrutura de apoio e manutenção dos nossos direitos básicos, e, sim, de uma espécie de labirinto, no qual nós somos os/as ratos/as do laboratório. Um labirinto no qual uma junta de especialistas não apenas prescreve o melhor caminho, mas também

cria as passagens por onde somos/as levados/as. Por isso é tão difícil discutir o acesso à saúde, justamente dessa armadilha que tento escapar.

É justamente nessa armadilha que Carolina parece se sentir presa. A protagonista é tão alienada das políticas de saúde que sequer sabe o significado da sigla da unidade na qual se atende, só sabe que é melhor que a unidade básica de sua região, pois sua estrutura física e recursos humanos receberam melhor financiamento. E de qual forma essa estrutura e esses recursos ajudam Carolina a entender seu próprio corpo? Como a saúde de Carolina é tratada para que ela possa exercer sua autonomia e a gerência democrática de seus tratamentos? Simplesmente, não existem essas premissas nessa história.

Carolina, como o senhor idoso, é um corpo sentado em uma sala de recepção, corpo sem vida, corpo sem alma, corpo sem desejo, corpo sem conhecimento. Observemos como várias noções que são historicamente construídas para relegar a população negra a uma posição de subalternidade estão em intenso diálogo neste dito “acesso” à saúde. A produção de uma política vertical, na qual o profissional de saúde é detentor do conhecimento, enquanto a/o usuária/o é apenas alvo de intervenções é herança da forma de reprodução social colonialista, cujo principal meio de produção/exploração se dava com base na escravização. Assim como também é herança a construção de um Estado inimigo de seu próprio povo, que elege determinados corpos como passíveis de morte a partir de relações de inimizade (MBEMBE, 2021).

Se o racismo é estrutural, a estrutura do acesso à saúde também é racista. Se o racismo produz morte, também produz morte as políticas de saúde. Não é mais aceitável analisar as políticas de saúde como se fizessem parte de uma rede de políticas separadas do Estado Brasileiro. Estado este que, a partir de sua herança colonial, constrói -se através do ódio à população negra, da construção da imagem das pessoas negras como piores, menores, inconfiáveis, criminosas, em suma, que produz com sua população negra relações de inimizade e, com isso, produz políticas de inimizade. Afinal, como não se produziria um Estado que, por todos os pontos levantados por Mbembe (2021), pode ser considerado como um Estado necropolítico? Por tal conta, repensar o acesso precisa se dar a partir da determinação social da saúde, pois ela revela as problemáticas estruturais, permitindo com que possamos compor formas outras de intervenção e produção de políticas públicas.

10.3. Negritude e formação em saúde

Como dissemos, a produção de estudos sobre saúde da população negra, principalmente sobre mulheres negras, segue sendo muito abaixo do que esperávamos tendo em vista o recorte populacional das/os usuárias/os do sistema. Também aparenta não haver qualquer interesse nessa produção, pois, como diz Jurema Werneck (2016), a maior parte das formulações conceituais, construções de pautas políticas, estratégias de enfrentamento e processos de atuação em relação a saúde da população negra parte da demanda dos movimentos negros militantes da sociedade civil que não fazem parte da gestão do sistema de saúde. Segundo a autora:

Nesse processo de formulação, as mulheres negras tiveram especial destaque, não apenas por sua experiência histórica e cultural nas ações de cuidado, mas também por serem as mulheres negras a parte expressiva de trabalhadoras de saúde das diferentes profissões. As instituições de pesquisa, os órgãos de fomento e as instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde permaneceram ausentes na maior parte desse processo e ainda necessitam de atuação mais consistente e capaz de responder adequadamente às demandas largamente expressas (WERNECK, 2016, p. 539).

Embora o movimento das mulheres negras estivesse fortemente implicado na formulação do SUS e no Movimento de Reforma Sanitária, ainda é difícil encontrar textos que retomam a história dessas mulheres e de suas frentes de atuação. Assim, como, apesar de toda essa história de lutas, ainda não foi possível implementar, de forma eficaz, mecanismos explícitos que facilitem o acesso e diminuam as barreiras apontadas pela população negra no seu atendimento e tratamento em saúde, especialmente as barreiras criadas pelo racismo (WERNECK, 2016). Mesmo a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra ainda está muito longe de ter a efetividade que a demanda exige, ou seja, é preciso que os/as gestores/as do SUS façam muito mais do que fazem atualmente para que seja possível um avanço na saúde da população negra.

Ainda parece haver fortes influências da herança colonial no que subjaz a formação em saúde, fazendo com que determinadas proposições pseudocientíficas ainda mantenham resquícios. Segundo a historiadora Lilia Schwarcz (1993), as relações entre saúde pública e raça remontam à formulação dos primeiros cursos de medicina no Brasil. Imbricados em um contexto de imensa maioria negra, de constantes revoltas de escravizados, do sucesso da luta quilombista em diversas regiões e do medo

permanente de uma revolução humanista e antirracista nos moldes da revolução haitiana, a intelectualidade branca encontrou conforto nas teorias eugenistas trazidas da Europa (MOURA, 1990).

A partir da ideia de que as raças humanas constituem diferenças biológicas - não históricas e sociais - os cursos de medicina se voltaram para acentuar, descrever, aumentar e ontologizar essas diferenças sob uma lógica reversa de causalidade. Tornando a ordem social vigente ahistórica e, ao mesmo tempo, reiterando esses aspectos desiguais. Segundo Lilia Schwarcz (1993), a única solução para a degenerescência da mistura de raças, explicação racista para o aumento constante do espalhamento de doenças entre as cidades do país, seria um amplo emprego de tecnologias e saberes disponibilizados pela saúde pública e pela medicina.

A partir dos cursos de Medicina, de História e junto a museus e institutos, que o “racismo científico” se estabelecerá como teoria hegemônica entre a intelectualidade branca do Brasil entre os séculos XIX e XX, estabelecendo não só o pensamento eugenista como base de estratégias e políticas públicas de saúde no período (SCHWARCZ, 1993), mas também criando um campo de intervenções sociais, fomento à pesquisa e incentivo financeiro para a criação de universidade. Assim:

A raça não apenas esteve fortemente presente e atuante na formação médica e em saúde como também constitui um dos pilares sobre o qual esses campos se levantaram (GONÇALVES; MARQUES; SCHUCMAN, 2018, p. 84).

Se os cursos de medicina e, por consequência, todo o campo de formação em saúde, está fortemente implicado na construção da lógica racista-eugenista que biologiciza as diferenças histórico-raciais, certamente essas instituições precisariam passar por uma grave reformulação para abandonar esse peso de pseudo-ciência. No entanto, não é isso o que observamos. As entrevistas realizadas por Mônica Gonçalves, Maria Marques e Lia Schucman (2018) com profissionais e estudantes de cursos de graduação da saúde me levam a esse pensamento. Segundo as autoras, apenas duas das entrevistadas afirmaram terem participado de espaços de formação em saúde, nos quais o conceito de raça foi abordado. Mesmo assim, a abordagem foi no sentido de descrever as doenças “relativas à população negra” sem implicar qualquer conceitualização do que seja a “raça”. Um trecho do texto das autoras nos chamou muito a atenção:

Atente-se que, na fala de Catarina, a associação entre a genética e a população negra mostra o entendimento tautológico da dinâmica entre raça e doença como assunto da biologia – que, por sua vez, remete ao inato. O mesmo pode ser extraído do discurso de Cristina. Sua fala traz o

entendimento explícito da raça como questão biológica ao associar de forma imediata as particularidades dos negros a “conformação das artérias, conformação muscular”, que resultam em um conjunto de doenças também específicas dos negros. Para ela, é a biologia particular do negro que o torna vulnerável. É exatamente neste ponto que podemos ver mais claramente como essa visão sobre as questões de saúde da população negra acabam por repor a raça a partir de marcos biológicos, remetendo às próprias formações raciais presentes na passagem nos séculos XIX ao XX (GONÇALVES; MARQUES; SCHUCMAN, 2018, p. 94-95).

Não nos passa despercebido que a composição dos cursos de graduação e pós-graduação em ciências da saúde é majoritariamente branco, assim como também não passa despercebido à Carolina. O espaço de formação da protagonista aparece sob dois aspectos sobrepostos. Inicialmente, ele compõe uma das estratégias utilizadas para retomar controle sob o seu corpo e atuar de forma autônoma sobre sua saúde, pois fazer enfermagem iria ajudá-la a entender sua alergia, além de lhe proporcionar um projeto de futuro. Depois, ao adentrar nas salas-de-aula, a enfermagem aparece como mais um espaço de violência habitado por ela, outro lugar no qual Carolina sente dor e que precisa aguentar essa dor como se nada houvesse.

A história de Carolina nos dá uma pista de que a composição majoritariamente branca dos espaços de gestão de saúde constitui um dos impedimentos de uma implementação realmente efetiva das políticas e estratégias já promulgadas de enfrentamento ao racismo institucional na saúde. Dessa forma, ações afirmativas, como a política de cotas, podem ajudar na diversificação de corpos gestores/as da saúde e facilitar a implementação de políticas de combate ao racismo na saúde. Além disso, é inegável que a forma de atuação profissional em saúde pensada por Carolina já é completamente diferente do hegemônico pensamento biomédico e intrinsecamente implicado com sua história de vida.

O acesso à saúde de Carolina produz, na protagonista, uma sensação de morte, como já discutimos, mas a sua relação com a morte real: o idoso morto em uma sala de espera de uma unidade básica de saúde, não produz isso. O que me parece ocorrer é que, a partir das relações de similaridade que Carolina traça com esse caso, a protagonista começa a tomar conta de sua própria vida e potencialidade. A história de Carolina é repleta de não-ditos sobre a sua saúde, seu corpo e seu tratamento, tanto nas unidades básicas que acessa quanto em sua própria família, o entendimento sobre as especificidades de sua alergia e como lidar com ela nunca se tornam questões relevantes em sua fábula.

A passividade de Carolina em relação à sua saúde é quebrada a partir do momento em que a protagonista realiza uma escolha por um comportamento de risco (se expor ao uso de medicações) ao invés de sentir as dores das cólicas que a acometem. É interessante observar que essa escolha é recebida de forma bastante agressiva pelos profissionais de saúde que a atendem, o que poderia fazer com que Carolina retomasse um comportamento passivo diante de sua saúde ou, ainda pior, desistisse de procurar ajuda no SUS. Podemos entender que a atuação dos/as profissionais de saúde foi inadequada e contraproducente com os princípios e diretrizes do SUS, mas o que poderia explicar tal comportamento?

Se tomamos conta da construção do campo de intervenções médicas e de políticas públicas de saúde, podemos pensar que Carolina, ao adotar um comportamento de risco, efetivamente leva a sua autonomia ao limite, realizando uma escolha que a coloca em real risco. A reação de agressividade que vem contra Carolina a partir disso seria para diminuir o risco de vida ou diminuir o risco de escolha? Nós nos colocamos aqui em um dilema que é, fundamentalmente, de cidadania.

Esse risco é colocado quando a protagonista efetivamente realiza uma escolha e vemos como ela enegresce os espaços de saúde em que habita, desloca e transforma a partir de si mesma os conceitos hegemônicos que vêm aprendendo. Longe de ser uma enfermeira, Carolina quer ser uma enfermeira preta, como uma referência que conheceu. Como Aimé Césaire (2010) nos diz, a negritude emana dos corpos pretos, não se enclausura em nós mesmos/as. A negritude é ato de confronto com a realidade, desafio a estrutura, inconformidade com aquilo que está dado. Talvez a negritude seja tão necessária para repensar as estruturas de saúde quanto a própria determinação social da saúde, enquanto uma é confronto com a realidade, a outra é análise da mesma, duas necessidades na formulação de políticas públicas.

Há pistas de que a negritude aparece a partir da relação de similaridade que unem Carolina ao homem idoso, é a indignação do que aconteceu a alguém misturado com a indignação do que acontece consigo própria que movimentam o corpo de Carolina em busca de autonomia, dignidade e, no fim das contas, cidadania. A partir dessa relação ela busca conhecer mais, batendo o pé sobre as barreiras de acesso que se impõe contra ela durante sua história e que se transformam em projeto de atuação

profissional. Carolina começa sua história como um corpo manuseado e nos deixa como devir de uma enfermeira preta implicada com os princípios do SUS.

A história de Carolina é a de muitas mulheres pretas que aguentam as dores do racismo e do sexismo no osso. Essas histórias a branquitude sabe contar muito bem, tem pessoas brancas que até choram de pena, envergonhadas de seus privilégios. Mais rara de ser contada é a história da Carolina imponente, ativa, braba, enfermeira. A população negra não é passiva na história e é isso o que podemos demonstrar a partir da negritude, a inserção do nosso pensamento nos currículos de graduação e pós graduação, conseqüentemente na gestão das políticas de saúde, é o que é verdadeiramente fundamental para impor um SUS antirracista.

11. Conversas que curam: dando tchau a um bonito percurso

Esta pesquisa teve como objetivo problematizar o acesso e o cuidado em saúde a partir de memórias e narrativas de pessoas negras sobre serviços do SUS, propondo um tensionamento crítico do conceito de saúde desde a perspectiva da negritude, da determinação social em saúde e do pensamento negro descolonial. Neste sentido, acredito que as três conversas realizadas atingiram a proposta inicial.

Encontrei-me com três mulheres negras bastante diferentes entre si e, também, em contextos bastante diferentes. Mesmo assim, o racismo ainda se configurou como uma trama que as une e as faz terem demandas coincidentes, independente das suas diferenças. Foi o racismo que impediu uma gestão adequada da pandemia na história de Nina; o racismo foi quem levou Opará a um dispositivo de saúde inadequado no qual ela sofreu diversas violências psicológicas; O racismo foi quem permitiu com que o corpo de Carolina fosse manuseado e “tratado” sem que ela tivesse qualquer gerência sobre isso. É o racismo que, nas três histórias, aparece como empecilho para políticas efetivas de saúde.

Mas o racismo não é protagonista em nenhuma dessas histórias, muito menos o único laço que une essas três mulheres. É apenas ao termos a perspectiva da Negritude que podemos lançar olhares para além daquilo que querem fazer de nós. Nas três histórias a Negritude é aspecto fundamental da luta que essas mulheres empreendem. É a Negritude que fez com que Nina encontrasse um lugar em sua nova cidade de residência e que pode tensionar as políticas de vacinação contra a Covid-19; É a Negritude que impede que Opará aceite uma compreensão biologicista sobre seu corpo, mantendo com sua esposa um projeto bonito de união. É a Negritude que movimenta Carolina para longe das amarras que a mantinham presa em dúvidas sobre seu próprio corpo e a fazem exigir respostas nítidas e compreensíveis sobre seu tratamento e que a impele a buscar uma formação na área da saúde, além de um projeto diferente do que fazer com que essa formação.

Se o racismo existe e é presente, a Negritude também é. Com isso, o conceito de saúde faz água em todas as histórias, em nenhum momento conseguimos vislumbrar um ideal de saúde como bem-estar bio-psico-social e muito menos o ideal de saúde como

base da democracia. O que vemos, penso eu, é mais um campo de batalha por direitos humanos na qual a população negra empreende lutas ainda pouco compreendidas tanto academicamente quanto politicamente. Estando a Negritude implicada nessas lutas por direitos, que é, no fim das contas, luta por dignidade.

Neste campo de contextos e políticas é que podemos perceber e valorizar o pensamento negro descolonial e a determinação social da saúde para esta pesquisa. O primeiro nos ajuda a entender um histórico de construções racistas que se mantém enraizados tanto no processo de formulação políticas, quanto na formação de profissionais de saúde, fazendo com que o racismo ainda seja uma enorme barreira não apenas para a produção de um sistema antirracista, mas também na efetivação de políticas de combate a desigualdade racial. O segundo nos mostra como a construção do sistema capitalista captura a noção de saúde e a subjuga as necessidades da corrente internacional do trabalho, nos obrigando a buscar uma teoria do social para compreender a saúde das populações.

Lidos em conjunto, a determinação social da saúde, a negritude e o pensamento negro descolonial me levam a pensar que o capitalismo constrói uma cadeia internacional de exploração e expropriação que depende do/a trabalhador/a desprovido/a de qualquer coisa para se manter lucrativo, sendo que é relegada a população negra este papel de negação de direitos. Essa cadeia não apenas determina, mas também constrói os corpos no campo social, assim sendo, também determina e constrói o que será a saúde para esses corpos. Nas três conversas que tive, minhas interlocutoras articulam essa ideia de maneira muito mais habilidosa que eu, possibilitado pela conversação.

A aposta feita na conversação como metodologia de obtenção de dados foi ao encontro da necessidade de aprofundar em discussões comuns sobre racismo e saúde, desvelando essas propriedades da luta empreendida a partir da Negritude. Quando Opará fala “eu não sou homossexual, eu sou lésbica!” e continua comentando sobre como uma mulher pode, sim, engravidar a outra, eu mesmo sou levado por ela na gira de sua conversa. A história parece sair dos trilhos, mas só parece. Opará produz uma intrincada teia de intersecções de raça-gênero-classe-religião-cultura, muito profunda e cara para nossas problematizações em saúde.

O mesmo faz Nina, quando começa sua história falando sobre conhecer uma cidade nova e Carolina, com todas as suas dúvidas sobre seu corpo e as vicissitudes dele. A conversação permitiu com que essas mulheres definissem o que, como e onde se posicionava a sua saúde, e também fez com que eu - com toda a bagagem que carrego sobre o que é, e que deveria ser, saúde - tivesse de me ver desconcertado, sem ideia de para onde aquelas conversas me conduziam. Para mim, uma produção muito bonita e igualmente aterrorizante enquanto pesquisador.

Porém, este processo levou a mudanças na estrutura metodológica, os episódios não saíram em blocos perfeitos como eu gostaria, eram uma colcha de temas circulantes dos quais eu precisei lançar mão de uma espécie de editoração para que não perdessem toda a sua profundidade. Eu poderia ter simplesmente transformado essa colcha em um bloco e o apresentado, mas se as pessoas com quem conversei não fizeram isso, porque haveria eu de fazer? Então, mantive a minha aposta nas fábulas, não modifiquei, apenas fabulei o que já estava escrito, apresentando a história de uma forma a fazer o/a leitor/a sentir um pouco do que a conversação nos passa por além das palavras.

Quando lemos as histórias a partir de toda a nossa bagagem sobre o SUS, a sua história, a história do colonialismo, da escravização, das lutas negras pelo mundo e do funcionamento do racismo enquanto eixo do capitalismo, podemos, enfim, dizer que o conceito atual de saúde proposto pela OMS não é suficiente para abarcar as necessidades de saúde ou mesmo para produzir políticas efetivas de saúde para a população negra. É preciso repensarmos a saúde a partir das produções negras, descoloniais e antirracistas para produzir políticas realmente implicadas com uma sociedade voltada para os Direitos Humanos e para a dignidade de todas/os/es.

12. Referências

- ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira e políticas farmacêuticas: uma análise dos fatos produzidos entre 2003 e 2014. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 45–59, set. 2017.
- ALMEIDA, Silvio. Prefácio da edição brasileira. IN: HAIDER, Asad. **Armadilha da identidade: raça e classe nos dias de hoje**. 1. ed. São Paulo/SP: Veneta, 2019.
- ALMEIDA, Sílvio. **Racismo estrutural**. 1. ed. São Paulo/SP: Editora Jandaíra, 2020.
- ALVES, Míriam Cristiane; SANT'ANNA JUNIOR, Ademiel; IZIDORO-PINTO, Cecília Maria. Conversações atrevividas por mulheres pretas: pistas para uma clínica política feminista antirracista. **D'Generus: Revista de estudos feministas e de gênero**. v. 01, ed. esp., p. 139 - 158, 2022.
- ANZALDÚA, Glória. Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do terceiro mundo. **Revista Estudos Feministas**, v. 8, n. 1, p. 229–229, 1 jan. 2000.
- AROUCA, Sérgio. Democracia é saúde. IN: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Anais... Brasília: DF, 1986. p. 35-42.
- ASSIS, Maria Marluce Araújo; KANTORSKI, Luciane; TAVARES, José Lucimar. Participação social: um espaço em construção para a conquista da cidadania. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 48, n. 4, p. 329–340, dez. 1995.
- AZEVEDO, Célia Maria Marinho de. **Onda negra, medo branco: o negro no imaginário das elites século XIX**. 2a ed. São Paulo, SP, Brasil: Annablume, 2004.
- BALIBAR, Étienne; WALLERSTEIN, Immanuel. **Raça, nação, classe: As identidades ambíguas**. 1 ed. Boitempo Editorial: São Paulo, 2021, 427p.
- BALLESTRIN, Luciana. América Latina e o giro decolonial. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 11, p. 89–117, ago. 2013.
- BARBOSA, Muryatan. Santana. O TEN e a negritude francófona no Brasil. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 28, n. 81, 2013.
- BELLO, Enzo. O pensamento descolonial e o modelo de cidadania do novo constitucionalismo latino-americano. **Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito**, São Leopoldo, v. 7, n. 1, p. 49-61, abr. 2015.
- BENTO, Maria Aparecida Silva. **Pactos narcísicos no racismo: Branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público**. São Paulo, SP: USP, 2002.
- BERNARDINO-COSTA, Joaze; MALDONADO TORRES, Nelson; GROSGOUEL, Ramón. **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. 2. ed. [s.l.] Autêntica, 2019.
- BERND, Zilá. **A questão da Negritude**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

BOIS, William Edward Burghardt Du. **As almas do povo negro**. 1ed. Veneta: São Paulo, 2021, 296p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde – artigo 196-200, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília/DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (dcnt) no Brasil 2011-2022**. Diário Oficial da União: Brasília/DF, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União: Brasília/DF, 2012

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Diário Oficial da União: Brasília/DF, 2016.

CAMPOS, Luiz Augusto. “O negro é povo no Brasil”: afirmação da negritude e democracia racial em Alberto Guerreiro Ramos (1948-1955). **Caderno CRH**, v. 28, p. 91–110, jun. 2015.

CAVALCANTI, Carlos André Macedo. História Moderna dos Direitos humanos: uma noção em construção. IN: TOSI, Giuseppe (org.). **Direitos humanos: história, teoria e prática**. Paraíba: Editora Ufpb, 2004. p. 43-73.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE (CEBES). O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro/RS, v 35, n 90 p 496-498, 2011

CERQUEIRA, Daniel. (COORD.) et al. Atlas da violência 2020. <http://www.ipea.gov.br>, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10214>. Acesso em 06 de jan. de 2022.

CÉSAIRE, Aimé. **Discurso sobre a negritude**. 1. ed. Belo Horizonte/MG: Nandyala, 2010. v. 3

CÉSAIRE, Aimé. **Diário de um retorno ao país natal**. São Paulo: Edusp. 2012.

CÉSAIRE, Aimé. **Aimé Césaire - Discurso sobre o colonialismo**. 1. ed. São Paulo/SP: Veneta, 2020.

COHN, Amélia. "Caminhos da reforma sanitária", revisitado. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 93, p. 225–241, ago. 2018.

- COMPARATO, Fábio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.
- COSTA, Luiz Arthur. O corpo das nuvens: ousos da ficção na Psicologia Social. **Fractal : Revista de Psicologia**, v. 26, n. spe, p. 551–576, 2014.
- DE CASTRO, Ricardo Dias de; MAYORGA, Claudia. Decolonialidade e pesquisas narrativas: contribuições para a Psicologia Comunitária. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 14, n. 3, p. 18, 2019.
- DEPESTRE, René. **Bonjour et adieu à la négritude**. Paris: Robert Laffont, 1980. 262p. p.82-160. Traduzido por FONSECA, M. N.; CUPERTINO, I.
- DIAS, Luma Teixeira.; CARVALHO, Pedro Ninó de. A ação climática brasileira diante da governança global do clima a partir de uma ecologia de saberes. **Sul Global**, v. 2, n. 3, p. 105–127, 30 set. 2021.
- DONNANGELO, Maria. Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. 2. ed. São Paulo/SP: Duas cidades, 1979.
- DOMINGUES, Petrônio. Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos. **Tempo** [online]. v. 12, n. 23. pp. 100-122. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-77042007000200007>>.
- DOMINGUES, Petrônio José. Movimento da negritude: uma breve reconstrução histórica. **África**, n. 24–26, p. 193–210, 9 dez. 2009.
- DOTTA, Renato Alencar. Um esboço necessário sobre a trajetória do integralismo brasileiro – da aib ao ciberintegralismo (1932 a atualidade). **Boletim do Tempo Presente**, nº 03, 2012, p. 1 - 15
- DUSSEL, Enrique. **The invention of the Americas: Eclypse of “the other” and the Myth of modernity**. 1. ed. Nova York/NY: Continuum, 1995.
- ELIAS, Paulo Eduardo. Reforma sanitária e o sus: uma agenda concluída? p. 4, 1995.
- SCOREL, Sarah. Saúde e democracia, democracia e saúde. **Revista Saúde em Debate**, n. 21, p. 51–5, 1988.
- SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. IN: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Org. GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa, et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
- FANON, Frantz. **Os condenados da terra**. 1 ed. Civilização Brasileira: Rio de Janeiro, 1968, 141p.
- FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução: Renato Da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.
- FANON, Frantz. **Alienação e liberdade**. Editora Ubu: São Paulo, 2021

- FAUSTINO, Deivisson Mendes. **Frantz Fanon um revolucionário particularmente negro**. 1 ed. Ciclo Contínuo: São Paulo, 2018
- FLEURI, Reinaldo Matias. **Aprender com os povos indígenas**. Educação Pública, [S.l.], v. 26, n. 62/1, p. 277-294, maio 2017. ISSN 2238-2097. Disponível em: . Acessado em: 31 ago. 2020.
- FLEURY, Sônia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743–752, jun. 2009.
- FONKOUA, Romuald. **Aimé Césaire (1913-2008)**. Paris: Éditions Perrin, 2013.
- FONTES, Francisco Lucas de Lima. et al. NOVAS PAUTAS DE REIVINDICAÇÃO DO MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **International Journal of Health Management Review**, v. 6, n. 2, 18 nov. 2020.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 42. ed. Petropolis: Vozes, 2011.
- FOUCAULT, Michel; SENELLART, M.; EWALD, F. **Nascimento da biopolítica**. 1. ed. São Paulo/SP: Edições 70, 2010.
- FRANÇA. Embassade du France au Brésil. **A declaração dos direitos do Homem e do Cidadão**. Disponível em: <<https://br.ambafrance.org/A-Declaracao-dos-Direitos-do-Homem-e-do-Cidadao>>, acesso em 05 de jan. de 2022.
- GALANTIN, Daniel Verginelli. A dimensão literária da genealogia em Foucault. **Kriterion: Revista de Filosofia**, v. 60, n. 143, p. 297–317, ago. 2019.
- GARBOIS, Julia Arêas.; SODRÉ, Francis.; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 63–76, mar. 2017.
- GIDDENS, Anthony.; SUTTON, Phillip. **Conceitos essenciais da sociologia**. [s.l.] SciELO - Editora UNESP, 2017.
- GILROY, Paul. **O atlântico negro: modernidade e dupla consciência**. [s.l.] Editora 34, 2001.
- GODOIS, Leandro. Direitos fundamentais sociais e neoliberalismo no brasil: as contradições entre a promessa emancipatória e a(s) política(s) de estado dos anos 1990 e seu impacto na judicialização da saúde. **Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**, v. 0, n. 0, 28 jun. 2016.
- GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Rio de Janeiro: Zahar : Editora Schwarcz, 2020.
- HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n, 5, p. 7-41, 1995.

- HAIDER, Asad. **Armadilha da identidade: raça e classe nos dias de hoje**. 1. ed. São Paulo/SP: Veneta, 2019.
- HERZ, Mônica; HOFFMANN, Andrea Ribeiro. **Organizações Internacionais: história e práticas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- hooks, bell. **Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade**. 2 ed. São Paulo/SP: WMF Martins Fontes, 2017.
- hooks, bell. **E eu, não sou uma mulher?** 7. ed. São Paulo/SP: Rosa dos tempos, 2019.
- hooks, bell. **Ensinando o pensamento crítico: Sabedoria prática**. 1ed. Editora Elefante, 2020.
- HUNT, Lynn. **A invenção dos direitos humanos: uma história**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- JAMES, Cyril Lionel Robert. **Os jacobinos negros: Toussaint L'Ouverture e a Revolução de São Domingos**. São Paulo: Boitempo, 2000
- KASHINDI, Jean Bosco Kakozi. Ubuntu como crítica descolonial aos Direitos humanos: uma visão cruzada contra o racismo. **Ensaio Filosófico**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 19, p. 8-21. 2019. Disponível em: <http://www.ensaiosfilosoficos.com.br/Artigos/Artigo19/>. Acessado em: 31 ago. 2020.
- KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. 1. ed. Rio de Janeiro/RJ: Cobogó, 2020.
- KOKABISAGHI, Fatemeh. Assessment of the Effects of Economic Sanctions on Iranians' Right to Health by Using Human Rights Impact Assessment Tool: A Systematic Review. **Internacional Journal Health Policy Management**, Kerman, Irã, v. 5, n. 7, p.374-393, jan. 2018.
- LACAZ, Francisco Antonio de Castro; et al. Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe8, p. 120–132, 2019.
- LENT, Herman. **O massacre de Manguinhos**. 2. ed. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2019.
- LIMA, Aluísio Ferreira de; CIAMPA, Antonio da Costa. “Sem pedras o arco não existe”: o lugar da narrativa no estudo crítico da identidade. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, n. 0, 18 dez. 2017.
- LORDE, Audre. **Irmã Outsider**. 1. ed. São Paulo/SP: Autêntica, 2019.
- LOSURDO, Domenico. **A não violência: a história fora do mito**. 1 ed. Revan: Rio de Janeiro/RJ, 2012
- LOSURDO, Domenico. **A contra-história do liberalismo**. 2 ed. São Paulo/SP Ideias e Letras, 2015.

- MARTINS, Zilda. Movimento da negritude: ethos político na França e no Brasil. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisador s Negr s - ABPN**, v. 12, n. 31, p. 365–390, fev. 2020.
- MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do partido comunista**. 3. ed. São Paulo/SP: Edipro, 2015.
- MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. 3. ed. São Paulo/SP: Edipro, 2021.
- MASCARO, Alysson Leandro. Direitos humanos: uma crítica marxista. **Lua Nova**, São Paulo, n. 101, p. 109-137, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452017000200109&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 ago. 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-109137/101>
- MATTA, Gustavo Corrêa. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, vol. 3, n. 2, p. 371-396. 2005.
- MBEMBE, Achille. **Crítica da razão negra**. 1. ed. [s.l.] n-1 Edições, 2018.
- MBEMBE, Achille. **Políticas da Inimizade**. 1. ed. São Paulo/SP: n-1 Edições, 2021.
- MEMMI, Albert. **Retrato do colonizado precedido do retrato do colonizador**. 1. ed. Rio de Janeiro/RJ: Civilização Brasileira, 2007.
- MIRANDA, Alcides Silva de. A Reforma Sanitária encurralada? Apontamentos contextuais. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 385–400, jun. 2017.
- MOORE, Carlos. “**Negro sou, negro ficarei**” - A Negritude segundo Aimé Césaire. Belo Horizonte, Ed. Nandyala, 2010.
- MOURA, Clóvis. **Rebeliões da senzala**. 3. ed. São Paulo/SP: Lech Editora, 1990.
- MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: **Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira**. 2004.
- MUNANGA, Kabengele. **Negritude: Usos e sentidos**. 4. ed. São Paulo: Autêntica, 2019.
- NASCIMENTO, Abdias. **O negro revoltado**. Rio de Janeiro: Ipeafro, 2ª ed. 1982.
- NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do negro brasileiro: Processo de um racismo mascarado**. 4. ed. São Paulo/SP: Perspectivas, 2016.
- NASCIMENTO, Maria Beatriz. **Uma história feita por mãos negras: relações raciais, quilombos e movimentos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro, Brasil: CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2010.
- OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 365–371, jun. 2017.

OLIVEIRA, Ana Caroline Amorim. Lélia Gonzalez e o pensamento interseccional: uma reflexão sobre o mito da democracia racial no Brasil. **Interritórios**, v. 6, n. 10, p. 89, 14 abr. 2020.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMSOrganiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-daorganizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 31.ago.2018.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Mundial das Nações Unidas. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. 1978. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acessado em: 20 de jun. de 2020.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>>. Acesso em 22 de abril de 2020.

OSÓRIO, Rafael. Guerreiro. TD 2657 - A Desigualdade Racial no Brasil nas Três Últimas Décadas. **Texto para Discussão**, p. 1–27, 11 jun. 2021.

OYĚWŪMÍ, Oyèrónkẹ. Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêntricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas. **CODESRIA Gender Series**, v. 1, p. 10, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 625–644, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. A organização panamericana de saúde (opas) e a reforma de recursos humanos na saúde na América Latina (1960-70). IN. FIOCRUZ. **História da cooperação técnica em Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. 2004. Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=44&item=1>> Acesso em 05 de jan. de 2022.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15–36, mar. 2014.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. IN: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. 1 ed. Porto Alegre: Sulina, p. 17-31, 2009.

PIOVESAN, Flávia. Direitos sociais, econômicos e culturais e direitos civis e políticos. **Sur, Rev. int. direitos human.**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 20-47, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452004000100003&

lng=en&nrm=iso>. access on 31 Aug. 2020.
<https://doi.org/10.1590/S1806-64452004000100003>.

PRÉCOMA, Adrielle Andrade; FERREIRA, Heline Sivine.; PORTANOVA, Rogério Silva. A plurinacionalidade na Bolívia e no Equador: superação dos estados coloniais? **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 9, n. 2, 18 out. 2019.

QUEIROZ, Marcos; JUPY, Lucas. O Haiti é aqui? A revolução haitiana no ensino do direito no Brasil. **Revista Culturas Jurídicas**, p. 1–21, 8 jul. 2021.

QUEIROZ, Marcos Vinicius Lustosa. Constitucionalismo brasileiro e o atlântico negro: A experiência constitucional de 1823 diante da Revolução Haitiana. p. 200, 2017.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad del poder y clasificación social. [versão eletrônica] **Journal of world-systems research**, v. 11 n. 2 p. 342-386, 2000.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Edgardo Lander (Org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais – perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires, CLACSO, 2005. p. 227-278

REDE NOSSA SÃO PAULO. **Mapa da desigualdade 2021**. Rede Nossa São Paulo, 2021. Disponível em:
<https://www.nossasaopaulo.org.br/2021/10/21/mapa-da-desigualdade-2021-e-lancado/>.
Acesso em 06 de jan. de 2022

RIBEIRO, Mayra Thais Andrade; CABRAL, Cristiane Helena de Paula Lima. A dignidade humana frente às medidas sanitárias restritivas da OMS e dos estados em tempos de pandemia. **Cadernos eletrônicos: Direito Internacional Sem Fronteiras**. Juiz de Fora/MG. v. 2, n. 1. 2020.

RODRIGUES, Kátia Frazão Costa. A construção da identidade no Caribe de língua francesa: Da Negritude à antillanidade: Césaire e Glissant. **Revista Brasileira do Caribe**, v. 8, n. 15, p. 29, 2007.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Edições Livres, 2019. 390 p. (Coleção Memória Viva).

ROMERO, Michele da Silva; SILVEIRA, Eliane Fraga da; GEDRAT, Dóris Cristina. Identidade negra e o contexto social em conflito. **Almanaque Multidisciplinar de Pesquisa**, v. 8, n. 1, 1 jul. 2021.

SAID, Edward. W. **Orientalismo: O Oriente como invenção do Ocidente**. 1 ed. Editora Companhia das Letras, 2007.

SANT'ANNA JUNIOR, Ademiél. Clinicar na transitividade: insurgências africanas descalças como relatos de experiências desde gestos – poéticas e políticas. In: ALVES, Miriam Cristiane; JESUS, O. O. K. J. P. de (Orgs.). **A Matriz Africana: epistemologias e metodologias negras, descolonias e antirracistas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2020, pp. 133-146. Disponível em:
<https://editora.redeunida.org.br/project/a-matriz-africana-epistemologias-e-metodologias-negras-descolonias-e-antirracistas/>. Acesso em 31 de janeiro de 2023.

SANTOS, Joel Rufino dos. **Épuras do Social: Como podem os intelectuais trabalharem para os pobres**. 1. ed. São Paulo/SP: Global, 2004.

SANTOS, Renato Penha de Oliveira. Reforma Sanitária Brasileira e o sindicalismo na saúde: quais perspectivas no contexto atual? **Saúde em Debate**, v. 43, p. 234–247, 7 ago. 2020.

SANTOS, Ronaldo Adriano Alves dos; MEZZARI, Danielly Christina de Souza.; TEIXEIRA-FILHO, Fernando Silva. A narrativa de histórias de vida como recurso metodológico na pesquisa em psicologia. **Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste**, v. 8, n. 16, p. 171–184, 2021.

SARTRE, Jean Paul. **Reflexões sobre o racismo**. São Paulo: Difusão Europeia do Livro. 1960.

SENGHOR, Léopold. S. **O contributo do homem negro**. In: SANCHES, M. R. (org.). Malhas que os impérios tecem. Textos anticoloniais, contextos pós-coloniais. Lisboa: Edições 70. 2011.

SILVA, Fabricio Pereira. **Ainda a negritude? Retomando um conceito vilipendiado**. Universidade Estadual Eduardo Mondlane (Centro de Estudos Africanos), 2018.

SILVA, Marcelo José de Souza e; SCHRAIBER, Lilia Blima.; MOTA, Andre. The concept of health in Collective Health: contributions from social and historical critique of scientific production. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. e290102, 2019.

SILVA, Mateus Lôbo de Aquino Moura. **Miscigenação e patriarcalismo à maneira maometana: origens da democracia racial em Gilberto Freyre**. 2017. 76 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciência Política)—Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

SOARES, Stênio. As poéticas da negritude e as encruzilhadas identitárias: uma abordagem a partir da noção de corpo-testemunha. **Rascunhos**, v. 7, n. 1, p. 19, 2020.

SOBRAL, Karine Martins.; RIBEIRO, Ellen Cristine dos Santos. A concepção de hegemonia no pensamento de Antonio Gramsci. **Cadernos do GPOSSHE On-line**, v. 3, n. 2, p. 90–106, 22 jun. 2020.

SODRÉ, Muniz. Prefácio. IN: SANTOS, Joel Rufino dos. **Épuras do Social: Como podem os intelectuais trabalharem para os pobres**. 1. ed. São Paulo/SP: Global, 2004.

SORDI, Caetano; SEGATA, Jean; LEWGOY, Bernardo. A Covid-19 e o capitalismo de desastre: “passando a boiada” na indústria de processamento de carne no Brasil. **Vibrant: Florianópolis**, v. 19, p 1-17, 2022.

SOULA, Haydée Paixão Fiorino. Negritude afroatlântica em travessia: do caribe ao brasil. **Revista internacional da academia paulista de direito**. n. 8, p. 13, 2021.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino.; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e

construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 204–218, mar. 2016.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro: ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. 2 edição ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2018.

STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 2005.

STOTZ, Eduardo. “O fantasma da classe ausente”: ensaio sobre as bases sociais do Movimento da Reforma Sanitária | “The ghost of the absent class:” an essay on the social basis of the Sanitary Reform Movement. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 17, n. 43, 12 jun. 2019.

TELLES, João. A trajetória narrativa: história sobre a formação do professor de línguas e sua prática pedagógica. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, n. 34 p. 79-92, 1999.

TELLES, Mauricio Wiering Pinto.; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Movimento sindical e Reforma Sanitária Brasileira: propostas da CUT para a saúde no período 1981-1991. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe3, p. 34–44, set. 2017.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco. 1989. p. 17–46.

TEODORO, Ronaldo. A Teoria sanitária e o Momento corporativo: a crítica de um desafio não superado. In: FLEURY Sônia (org.). **Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 183-219.

Apêndice I

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: Necropolítica e População Negra: problematizações sobre racismo e antirracismo e seus desdobramentos em tempos de pandemia e pós-pandemia da Covid-19

Pesquisador: MIRIAM CRISTIANE ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33714920.2.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.127.275

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa compõe as atividades do "Núcleo de Estudos e Pesquisas É'LÉÉKO", vinculado ao curso de Psicologia da UFPEL e ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS. Em tempos de pandemia da Covid-19, a possibilidade de destruição material de corpos negros é exacerbada consideramos a histórica situação de vulnerabilização social e racial a qual a população negra está submetida há mais de 500 anos. A pesquisa objetiva compreender e problematizar os efeitos do racismo e da luta antirracismo na vida de homens e mulheres negras antes, durante e pós-pandemia da Covid-19. As discussões teórico metodológica partirão de produções de conhecimentos contra hegemônicos, cuja perspectiva epistemológica de Ciência é tomada como uma forma de produzir questionamentos, reflexões e intervenções com sujeitos, grupos, comunidades numa relação sujeito/sujeito. A escolha dos métodos e técnicas de pesquisa partirão da necessidade de potencializar a relação dialógica entre pesquisadora e participantes. Serão participantes pessoas adultas, maiores de 18 anos, autodeclaradas pretas e pardas, que se dispuserem a contribuir com as discussões propostas pelo projeto. Serão utilizadas diferentes perspectivas teóricas e políticas em torno de um eixo, o antirracismo, cujos deslocamentos, desdobramentos e agenciamentos epistêmicos irão subsidiar a compreensão sobre o fenômeno estudado. A construção teórica do estudo tem a potência de

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3301-1801

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.127.275

estimular reflexões sobre usos e interpretações de matrizes do pensamento negro e produzir, quiçá, o que aqui chamamos de uma ciência negra desde o lugar ético, estático, ontológico e epistemológico negro.

O questionário on-line autoaplicável será divulgado por e-mail, pelo aplicativo whatsapp, pelo site do grupo de pesquisa e pela página do grupo no facebook. As pessoas que acessarem essa divulgação e que tiverem interesse em responder o questionário on-line autoaplicável, o farão por meio de um link que dará acesso ao instrumento.

A última questão do questionário versará sobre o interesse e disponibilidade do respondente participar de uma entrevista (presencial ou on-line) e/ou de um grupo de discussão (presencial ou on-line) sobre o tema do estudo. A definição de modalidade presencial ou on-line para a realização da entrevista e/ou grupo de discussão, dependerá dos seguintes fatores: a) condições sanitárias considerando a pandemia da Covid-19; b) disponibilidade, ou não, de deslocamento tanto dos participantes, quanto da pesquisadora.

Caso haja condições sanitárias e disponibilidade de deslocamento dos participantes e da pesquisadora, a entrevista e/ou grupo de discussão será realizada em horário e local definido com consentimento do participante, com duração média de 90 minutos. Será realizada a gravação em áudio e transcrição da entrevista e/ou grupo discussão se o participante permitir.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender e problematizar os efeitos do racismo e da luta antirracismo na vida de homens e mulheres negras antes, durante e pós-pandemia da Covid-19.

Objetivos Secundários:

- Fomentar a discussão sobre racismo e antirracismo e seus efeitos na sociedade;
- Visibilizar histórias de vida de homens e mulheres negras durante e pós-pandemia da Covid-19;
- Conhecer e compreender os movimentos de (re)existência ao racismo desenvolvidos por homens e mulheres negras antes, durante e pós-pandemia da Covid-19;
- Problematizar sobre os efeitos do racismo e da pandemia da Covid-19 na saúde mental da população negra;
- Visibilizar estratégias de autocuidado empreendidas por homens e mulheres negras durante a pandemia da Covid-19;
- Conhecer e problematizar as transformações produzidas na vida de homens e mulheres negras

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3301-1801

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.127.275

com a advento da pandemia da Covid-19;

- Problematizar a relação trabalho e isolamento social na vida de homens e mulheres negras durante a pandemia da Covid-19;
- Problematizar a construção de uma clínica política antirracista descolonial, ou seja, uma proposta epistemológica e metodológica de escuta e cuidado em saúde mental a partir do antirracismo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo apresenta riscos mínimos. No entanto, o preenchimento do questionário on-line e a participação na entrevista e/ou grupo de discussão poderão acarretar desconfortos ou constrangimento, e para minimizá-los as questões poderão ser ou não respondidas na sua totalidade, podendo haver desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para o participante.

O estudo não trará benefícios diretos aos participantes, mas, trará benefícios indiretos na medida em que estará contribuindo para o estudo na área da Psicologia e Relações Raciais, para a construção de material científico que dará visibilidade para as diferentes realidades de homens e mulheres negras antes, durante e pós-pandemia da Covid-19, e as suas repercussões subjetivas relacionadas ao racismo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa da Profª. Drª. Míriam Cristiane Alves, apresentado ao Colegiado do Curso de Psicologia e à Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação/UFPEL

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	29/06/2020		Aceito

Endereço: Av Duque de Caxias 250
Bairro: Fragata CEP: 96.030-000
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3301-1801 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 4.127.275

Básicas do Projeto	ETO_1576937.pdf	20:51:47		Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.docx	29/06/2020 20:41:14	MIRIAM CRISTIANE ALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_2020_2024_revisado_conforme_CEP.docx	29/06/2020 20:37:18	MIRIAM CRISTIANE ALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pesquisa_Necropolitica_Populacao_Negra_revisado_conforme_CEP.docx	29/06/2020 20:35:38	MIRIAM CRISTIANE ALVES	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Pesquisa_Necropolitica_Pop_Negra_Assinada.pdf	15/06/2020 12:35:38	MIRIAM CRISTIANE ALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 01 de Julho de 2020

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador(a))

Endereço: Av Duque de Caxias 250
Bairro: Fragata CEP: 96.030-000
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3301-1801 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.farmed@gmail.com

Apêndice II

QUESTIONÁRIO

Necropolítica e População Negra: problematizações sobre racismo e antirracismo e seus desdobramentos em tempos de pandemia e pós-pandemia da Covid-19

Se você é homem ou mulher negra, venha conhecer e participar de nosso estudo!

Você está sendo convidada/o a participar da pesquisa intitulada “**Necropolítica e População Negra: problematizações sobre racismo e antirracismo e seus desdobramentos em tempos de pandemia e pós-pandemia da Covid-19**”, coordenada pela Prof^ª. Dr^ª. Míriam Cristiane Alves através do Núcleo de Estudos e Pesquisas E’léékò. Esse núcleo está vinculado ao curso de Psicologia da UFPel e ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGpsi/UFRGS).

O objetivo da pesquisa é compreender os efeitos do racismo e da luta antirracismo na vida de homens e mulheres negras antes, durante e pós-pandemia da Covid-19. Ela foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), por meio do parecer número 4.127.275.

Para participar da pesquisa você precisa ter mais de 18 anos de idade, se autodeclarar preta ou parda, conhecer e concordar com o objetivo aqui exposto, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responder esse questionário on-line.

Ao término deste questionário on-line você será convidada/o a manifestar seu interesse e disponibilidade em participar de uma segunda etapa da pesquisa, caso o estudo apresente a necessidade de desdobramentos e aprofundamentos sobre algum tema. Essa segunda etapa consistirá na realização de uma entrevista e/ou de um grupo de discussão sobre o tema emergente.

1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu conheci os objetivos da pesquisa e concordo em preencher o questionário on-line.

Eu conheci os objetivos da pesquisa e não tenho interesse ou disponibilidade em preencher o questionário on-line.

2) Autodeclaração da raça/cor

Preta

Parda

3) Identidade de Gênero

Mulher Cis (que se identifica com o gênero que lhe foi designado ao nascer)

Mulher Trans (que não se identifica com o gênero que lhe foi designado ao nascer)

Homem Cis (que se identifica com o gênero que lhe foi designado ao nascer)

Homem Trans (que não se identifica com o gênero que lhe foi designado ao nascer)

Travesti

Não binário

Outro. Qual? _____

4) Orientação Sexual

Homossexual

Heterossexual

Bissexual

Outra. Qual? _____

5) Idade _____

6) Escolaridade

Ensino fundamental incompleto

Ensino fundamental completo

Ensino médio incompleto

Ensino médio completo

- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação incompleta
- Pós-graduação completo

7) Você possui ou acompanha alguma religião?

Se SIM, qual? De que maneira acontece esse acompanhamento/participação?

Se NÃO, fale sobre isso.

8) Você reside:

- No Brasil
- No exterior. Em qual país? _____

9) Se você reside no Brasil, qual o estado:

- Não se aplica
- Acre
- Alagoas
- Amapá
- Amazonas
- Bahia
- Ceará
- Distrito Federal
- Espírito Santo
- Goiás

- Maranhão
- Mato Grosso
- Mato Grosso do Sul
- Minas Gerais
- Pará
- Paraíba
- Paraná
- Pernambuco
- Piauí
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Rio Grande do Sul
- Rondônia
- Roraima
- Santa Catarina
- São Paulo
- Sergipe
- Tocantins

10) Você reside na zona urbana ou zona rural?

- Zona urbana
- Zona rural

11) Quantos cômodos tem o lugar onde você mora?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8 ou mais

12) Quantas pessoas moram com você?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 ou mais

13) Você trabalha fora de casa?

- Sim. Qual o seu trabalho? _____
- Não
- Fui demitida/o durante a pandemia. Qual era seu trabalho? _____

14) Se você trabalha fora de casa, esse trabalho é:

- Autônomo
- No setor privado
- No setor público
- Não se aplica

15) Se você trabalha fora de casa, esse trabalho é:

- Formal
- Informal
- Não se aplica

16) Qual a sua renda?

- De 0 a 1 salários mínimos (até R\$ 1.045,00)
- De 1 a 2 salários mínimos (R\$ 1.046,00 a R\$ 2.090,00)
- De 2 a 4 salários mínimos (R\$ 2.091,00 a R\$ 4.180,00)
- De 4 a 6 salários mínimos (R\$ \$ 4.180,00 a R\$ 6.270,00)
- De 6 a 8 salários mínimos (R\$ 6.271,00 a R\$ 8.360,00)
- Mais de 8 salários mínimos (mais de R\$ 8.360,00)

17) Qual a renda familiar?

- De 0 a 1 salários mínimos (até R\$ 1.045,00)
- De 1 a 2 salários mínimos (R\$ 1.046,00 a R\$ 2.090,00)
- De 2 a 4 salários mínimos (R\$ 2.091,00 a R\$ 4.180,00)
- De 4 a 6 salários mínimos (R\$ \$ 4.180,00 a R\$ 6.270,00)
- De 6 a 8 salários mínimos (R\$ 6.271,00 a R\$ 8.360,00)
- Mais de 8 salários mínimos (mais de R\$ 8.360,00)

18) Quem é responsável pelo sustento da família?

- Eu
- Outra(s) pessoa(s) da família
- Responsabilidade compartilhada entre as pessoas da família que trabalham fora de casa

19) Durante a pandemia você precisou sair de casa para trabalhar?

- Sim
- Não

20) Se você não precisou sair de casa para trabalhar, fale um pouco sobre isso (você desenvolveu trabalho remoto? É/está trabalhador/a do lar? Não foi liberado/a pelo/a empregador/a? outras situações).

24) Se você trabalha ou trabalhou fora de casa durante a pandemia, esse trabalho é ou era na área da saúde?

- Sim.
- Não
- Não se aplica

25) Se você trabalha ou trabalhou na área da saúde durante a pandemia, qual é ou era sua profissão/função?

- Médica/o
- Enfermeira/o
- Técnica/o ou Auxiliar de Enfermagem
- Farmacêutica/o
- Odontóloga/o
- Técnica/o ou Auxiliar em Odontologia
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Terapeuta Ocupacional
- Psicóloga/o
- Trabalhadora/o da higienização/limpeza
- Trabalhadora/o da segurança/vigilância
- Trabalhadora/o da recepção
- Outro _____

26) Se você trabalha ou trabalhou fora de casa durante a pandemia, esse trabalho é ou era na área da assistência social?

- Sim. Qual profissão/função? _____
- Não
- Não se aplica

27) Se você trabalha ou trabalhou fora de casa durante a pandemia, esse trabalho é ou era na área da segurança pública?

() Sim. Qual profissão/função? _____

() Não

() Não se aplica

28) Se você trabalha ou trabalhou na área da saúde, assistência social ou da segurança pública durante a pandemia, quais os efeitos que você sentiu em sua vida por estar nessa profissão/função? Reflita e escreva sobre isso.

29) Você está/esteve em isolamento social durante a pandemia, saindo de casa apenas para atividades essenciais como ir ao supermercado, farmácia, entre outros?

() Sim

() Não

30) Se você está/esteve em isolamento social durante a pandemia, em que condições você realizou o isolamento social? Quais os efeitos desse isolamento em sua vida? E relate algum acontecimento, cena ocorrido durante o isolamento social.

31) Você tem filhas/os?

() Sim

() Não

32) Se você tem filhas(os), quantos? _____

33) Se você tem filhas(os), elas/eles moram com você?

() Sim

() Não

34) Se suas/seus filhas(os) NÃO moram com você, elas/eles moram com quem? Por quê?

35) Se suas/seus filhas/os moram com você, quem é responsável pelo cuidado delas/deles (somente você; você e outras pessoas como pai, mãe, avó, avô, tio, tia, babá, etc.)? Como se dá esse cuidado?

43) Em algum momento você teve receio de usar a máscara de proteção durante a pandemia (em algum local público, loja, mercado, trabalho, entre outros) pensando que poderia ser confundida/o com uma/um assaltante?

Se SIM, reflita e escreva sobre seus receios, pensamentos, sentimentos.

Se NÃO, reflita e escreva sobre motivos pelos quais isso nunca lhe passou pela cabeça.

44) Em algum momento você teve receio de um familiar ou pessoa próxima usar a máscara de proteção durante a pandemia (em algum local público, loja, mercado, trabalho, entre outros) e ela/ele ser confundida/o com uma/um assaltante?

Se SIM, qual o vínculo que você tem com essa pessoa? Que idade essa pessoa tem?

Por que você acha que teve esse receio?

Se NÃO, reflita e escreva sobre motivos pelos quais isso nunca lhe passou pela cabeça.

45) Ao usar a máscara de proteção durante a pandemia (em algum local público, loja, mercado, trabalho, entre outros) alguma pessoa se afastou de você demonstrando receio ou medo?

Se SIM, por que você acha que isso aconteceu? Reflita e escreva sobre o acontecimento e sobre os seus sentimentos.

Se NÃO, reflita e escreva sobre o porquê isso nunca aconteceu com você.

46) Em algum momento de sua vida (antes ou durante a pandemia), você já foi seguida/o por algum segurança dentro de estabelecimentos comerciais?

Se SIM, por que você acha que isso aconteceu? Reflita e escreva sobre a situação e os sentimentos envolvidos.

Se NÃO, por que você acha que isso nunca aconteceu? Reflita e escreva sobre isso.

47) Em algum momento da sua vida (antes ou durante a pandemia), você já atravessou a rua ou reduziu os passos para evitar uma aproximação com outra pessoa que vinha em sua direção?

Se SIM, reflita e escreva sobre o acontecimento e os sentimentos envolvidos.

Se NÃO, reflita e escreva sobre o porquê isso nunca aconteceu com você.

48) Em algum momento da sua vida, você percebeu que alguém fechou os vidros do carro ao perceber a sua aproximação?

Se SIM, reflita e escreva sobre o acontecimento e os sentimentos envolvidos.

Se NÃO, reflita e escreva sobre o porquê isso nunca aconteceu com você.

49) Em algum momento da sua vida, você percebeu que uma pessoa segurou a bolsa/mochila/sacola ou qualquer objeto pessoal com mais força ao perceber a sua aproximação?

Se SIM, por que você acha que isso aconteceu? Reflita e escreva sobre o acontecimento e os sentimentos envolvidos.

Se NÃO, reflita e escreva sobre o porquê isso nunca aconteceu com você.

50) Você participou de protestos/manifestações/atos/marchas antirracismo antes e/ou durante a pandemia?

Se SIM, reflita e escreva sobre a experiência.

Se NÃO, reflita e escreva sobre isso.

53) Você tem interesse e disponibilidade em participar de uma segunda etapa da pesquisa, caso o estudo apresente a necessidade de desdobramentos e aprofundamentos de algum tema? Essa segunda etapa consistirá na realização de uma entrevista e/ou de um grupo de discussão sobre o tema emergente.

() Sim, tenho interesse e disponibilidade. E-mail e telefone _____

() Não.

Muito obrigada pela sua disponibilidade e por ter dedicado tempo à pesquisa!

Prof^ª. Dr^ª. Míriam Cristiane Alves
Coordenadora da Pesquisa

Apêndice III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada/o participante:

Você está sendo convidada/o a participar da pesquisa “**Necropolítica e População Negra: problematizações sobre racismo e antirracismo em tempos de pandemia e pós-pandemia**”, coordenada pela Prof^a. Dr^a. Míriam Cristiane Alves. O objetivo é compreender e problematizar os efeitos do racismo e da luta antirracismo na vida de homens e mulheres negras antes, durante e pós-pandemia da Covid-19. Ela foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), por meio do parecer número 4.127.275.

Sua participação é voluntária e envolve preencher um questionário on-line e, caso tenha interesse e disponibilidade, poderá participar de uma entrevista (presencial ou on-line) e/ou de um grupo de discussão (presencial ou on-line) sobre o tema do estudo. O tempo médio de preenchimento do questionário on-line é de 30 minutos. Caso você também participe da entrevista e/ou do grupo de discussão, o tempo médio de realização é de 90 minutos cada um. Salientamos que o questionário on-line é anônimo de modo que sua identidade será preservada.

A última questão do questionário on-line versará sobre seu interesse e disponibilidade em participar de uma entrevista (presencial ou on-line) e/ou de um grupo de discussão (presencial ou on-line). A definição de modalidade presencial ou on-line para a realização da entrevista e/ou grupo de discussão, dependerá: a) das condições sanitárias considerando a pandemia da Covid-19; b) da sua disponibilidade, ou não, de deslocamento, bem como da possibilidade de deslocamento da pesquisadora. Caso haja condições sanitárias e disponibilidade para você e a pesquisadora se deslocarem, a entrevista e/ou grupo de discussão serão realizados em horário e local definidos previamente, com o seu consentimento e observando-se a garantia de sua privacidade. Será realizada a gravação em áudio e transcrição da entrevista e/ou grupo de discussão se assim você permitir.

Os dados serão utilizados apenas para fins de pesquisa e ficarão depositados no Colegiado do Curso de Psicologia da UFPel, por um período mínimo de cinco anos.

Na construção de relatórios e publicação dos resultados da pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-la/o e será utilizado um nome fictício.

O estudo apresenta riscos mínimos. No entanto, o preenchimento do questionário on-line e a participação na entrevista e/ou grupo de discussão poderão acarretar desconfortos ou constrangimento, e para minimizá-los as questões poderão ser ou não respondidas na sua totalidade, podendo haver desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para você. Caso você sinta algum desconforto no preenchimento do questionário on-line poderá entrar em contato conosco pelo e-mail grupoeleeko@gmail.com ou pelo telefone 53 984798683.

Fazer parte da pesquisa não lhe trará benefícios diretos, mas, lhe trará benefícios indiretos na medida em que estará contribuindo para o estudo na área da Psicologia e Relações Raciais, para a construção de material científico que dará visibilidade para as diferentes realidades de homens e mulheres negras antes, durante e pós-pandemia da Covid-19, e as suas repercussões subjetivas relacionadas ao racismo.

Quaisquer dúvidas ou considerações relativas à pesquisa poderão ser elucidadas pela pesquisadora coordenadora através do e-mail grupoeleeko@gmail.com ou pelo telefone 53 984798683.

Prof^ª. Dr^ª. Miriam Cristiane Alves

Local e data

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data

Apêndice IV

Convite para participar de pesquisa sobre a saúde da população negra

Bom dia.

Meu nome é Gabriel Alves Godoi, sou mestrando do Programa de Pós Graduação de Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGpsi/UFRGS) e aluno da Prof^a. Dr^a. Miriam Cristiane Alves. Entro em contato por conta da pesquisa que participaste, intitulada “Necropolítica e População Negra: problematizações sobre racismo e antirracismo e seus desdobramentos em tempos de pandemia e pós-pandemia da Covid-19”, da qual tiveste interesse em participar de uma nova etapa/pesquisa. Pois bem, gostaria de convidá-la a participar do projeto intitulado “Encontrando meu corpo: diálogos entre negritude, saúde e descolonização”, um desdobramento do projeto maior, no qual pretendo conversar com pessoas autodeclaradas pretas ou pardas sobre as suas vivências com o SUS e as políticas públicas de saúde.

A participação consiste em uma, ou mais, entrevista através de reunião on-line, na qual conversaremos abertamente sobre suas experiências com o SUS para tentar compor uma problematização do conceito de saúde e sua aplicabilidade ao atendimento da população negra. Para isso, as conversas serão gravadas, transcritas e delas serão contados grandes episódios os quais serão discutidos com os conceitos de Negritude, determinação social da saúde e descolonização.

Sua ajuda é fundamental para que possamos tentar entender um pouco mais da vivência de pessoas negras com a saúde pública, principalmente em um momento tão grave como o qual nos encontramos, agravado pela pandemia da Covid-19. Em anexo, envio um resumo do projeto para sua apreciação, neste documento estão os meus contatos e os da professora Miriam Alves. Peço que responda se tiver interesse, ou não, de participar deste desdobramento do projeto maior. Se desejar participar marcamos uma conversa!

Desde já agradeço.

Atenciosamente,

Gabriel Alves Godoi