

Epistemologias do Sul e Saúde Coletiva: diálogos sobre Saúde da População Negra no cenário brasileiro¹

Epistemologies of the South and Collective Health: dialogues on the Health of the Black Population in the Brazilian scenario

Winnie Samanú Lopes²

Resumo

Este artigo refere-se à aula ministrada no curso de Serviço Social (UFBA) sobre Epistemologias do Sul e vem com o objetivo de dialogar e contextualizar como, historicamente, as reivindicações e atuação frente às negligências à Saúde da População Negra no cenário pré e pós-abolicionista, comungam com os ideários e ações que constituíram o Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária. Sob a luz da perspectiva histórica de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos apontamentos dos movimentos sociais negros e das normativas internacionais de acesso à saúde como direito fundamental, ressalto a importância das discussões sobre raça, racismo e saúde para o fortalecimento das ações empreendidas em prol de um SUS equânime. Ainda sobre a Saúde da População Negra, desloco os olhares para as práticas que evidenciam um grande esforço contra-hegemônico na garantia de direitos e na redução das graves iniquidades raciais vivenciadas pela população negra dentro do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Saúde da população negra; Ciências Sociais e Humanas em saúde; Epistemologias do Sul.

Abstract

This article refers to the class taught in the Social Service course (UFBA) on Epistemologies of the South and comes with the objective of dialoguing and contextualizing how, historically, the claims and actions in the face of the neglect of the Health of the Black Population in the pre and post-abolitionist scenario, share with the ideas and actions that constituted the Brazilian Movement for Sanitary Reform. In the light of the historical perspective of consolidation of the Unified Health System (SUS) and the notes of black social movements and international regulations on access to health as a fundamental right, I emphasize the importance of discussions on race, racism and health to strengthen the actions undertaken in favor of an equitable SUS. Still on the Health of the Black Population, I shift my gaze to practices that show a great effort against hegemonic in guaranteeing rights and reducing the serious racial inequalities experienced by the black population within the Unified Health System.

Keywords: Health of the black population; Social and human sciences in health; Epistemologies of the South.

¹ Este texto se baseia na palestra proferida em outubro de 2020, a qual agradeço imensamente o convite e também a participação neste livro.

² Pós-doutora pelo INOVA Fiocruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. *E-mail:* winnie.samanu@gmail.com

Introdução

O primeiro passo para a compreensão da saúde da população negra, assunto tão polêmico, deve ser pelos caminhos e olhares que foram e ainda são direcionados aos corpos negros pela medicina e pela academia. A visão destes corpos sempre foi inserida em uma perspectiva secundária e desviante das regras e imposições de normalidade apontadas pelos cientistas e pesquisadores em um contexto branco heterocisnormativo. Importante considerar que não só os corpos, mas também os aspectos culturais e sociais da população negra foram retratados como divergentes dos padrões eurocêntricos.

Uma relevante referência desta interpretação da academia, temos o caso de Sarah Baartman. Uma mulher sul-africana que, devido a sua estrutura corporal, foi levada à Europa para exposições circenses onde o seu corpo, visto como aberração, foi então estudado pelos cientistas da época. Após sua morte, seu corpo foi exposto no Museu de História Natural de Paris até meados da década de 1970 (MARTINS, 2004).

O caso pouco visibilizado de Sarah Baartman traz um relato histórico da visão desviante conferida ao corpo negro, e a necessidade de categorização do mesmo. Considera-se para a época a identificação das diferenças como potencial para os estudos anatômicos, com uma ótica eurocêntrica e colonizadora para legitimar as tendências às hierarquias raciais (MARTINS, 2004).

Outro forte exemplo da medicalização do desvio dos corpos negros, tem-se a drapetomania, diagnóstico criado por Dr. Cartwright, para definir a conduta das pessoas escravizadas em suas tentativas de fuga de seus cárceres. A medicalização deste comportamento, com o aporte de teorias como a Antropometria, a Craniometria, e ainda a Teoria Evolutiva Darwiniana, também eram utilizadas para legitimar as hierarquias raciais e a “medicalização da fuga” (DUSTER, 2006).

A imposição de um padrão eurocêntrico aos corpos humanos teve um forte reflexo na indústria farmacêutica e em diversos setores relacionados à saúde. De acordo com Osada (2012, p. 39):

É importante notar que a pesquisa médica nos Estados Unidos até os anos 1980 admitia apenas um modelo de ser humano – homem, branco, 35 anos, 60 quilos. O modelo único implicou na dosagem inadequada de medicamentos prescritos às crianças e aos idosos, negligenciou doenças que ocorriam com maior incidência em determinados grupos étnicos, como a anemia falciforme entre a população negra.

As diversas intervenções cirúrgicas, sem consentimento ou anestesia, sofridas por Anarcha Westcott e suas companheiras de fazenda também exemplificam a interferência acadêmica na vida e saúde de mulheres escravizadas no contexto norte-americano. Anarcha, Besty, Lucy e diversas outras foram alvo do médico, ainda intitulado como o pai da ginecologia moderna, James Marion Sims. A glória conferida ao médico ginecologista e o apagamento da história e da tortura vivenciada por estas mulheres reforça a lógica dos corpos negros utilizáveis como ‘objeto’ de estudo e pesquisa, no sentido mais pejorativo da palavra (KHABELE *et al.*, 2021).

No Brasil, a perspectiva da saúde da população negra como objeto também era perpetuada. A saúde da população escravizada foi extremamente posta à margem assim como suas condições de vida. Ângela Porto (2006) aponta como a saúde desta população era vista como secundária, e como a inserção das pessoas escravizadas era a principal causa dos males físicos e morais da sociedade brasileira, principalmente quando analisada pelo discurso médico do século XIX. Segundo a autora, a saúde das mulheres negras era observada e posta em análise quando fossem lidar diretamente com a população branca, como no caso da amamentação mercenária – romanticamente conhecidas como amas de leite.

No período pós-abolição, a população escravizada foi liberta, mas inserida em situações de marginalização frente à sociedade. Com os primeiros indícios do fim da escravidão, medidas legais foram tomadas para restringir os direitos de acesso e oportunidades aos escravizados recém-libertos. Um forte exemplo dessa marginalização foi a Lei

de Terras (nº 601), instituída em 1850, que garantia que propriedades privadas não poderiam ser adquiridas por pessoas negras, garantindo o poder agrário nas mãos de uma suposta elite da época (COSTA; AZEVEDO, 2016).

Com o cenário imposto pela Lei de Terras, e pela impossibilidade de compra pela população de baixa renda e escravizados já libertos, a manutenção em grandes propriedades de perfil escravista era tida como uma forma de moradia, ainda que temporária (COSTA; AZEVEDO, 2016).

Com a Lei Áurea, em 1888, o Brasil foi o último país das Américas a abolir a escravização dos negros e, assim como a condição nas quais essa população foi posta na sociedade e todos os projetos políticos com ideário de exclusão impostos pela elite, diz muito sobre como o país tratava a população negra naquela época e seus intensos reflexos nos dias atuais. Com a suposta abolição, os negros se viram livres, mas sem nenhuma condição de arcar com as próprias despesas de moradia e alimentação. A solução encontrada era, diversas vezes, a busca por espaços cada vez mais distantes dos centros urbanos (COSTA; AZEVEDO, 2016).

Com as políticas de branqueamento do governo brasileiro e o incentivo à imigração de europeus, à população negra livre restou um espaço ainda menor nos campos de trabalho e uma posição ainda mais marginalizada. As grandes dificuldades de acesso enfrentadas pela população negra atualmente, se faz, não somente, mas em grande parte, pelas teorias e impossibilidades de ascensão social que eram impostas neste período pós-abolição de forma tão impositiva (SCHWARCZ, 2011).

Estudos da época como o de João Batista de Lacerda e as fortes teorias de branqueamento propostas, como o incentivo da mão de obra e imigração europeia, e a forte influência de teorias da superioridade branca do período colonial com inspirações nazistas, colocaram a população negra em posições de maior exclusão social e discriminação (SCHWARCZ, 2011).

No Congresso Mundial das Raças, da Organização das Nações Unidas (ONU), realizado em 1911, o médico e cientista João Batista de Lacerda

garantiu em sua exposição, que em cerca de três gerações, ou 100 anos, a população negra no Brasil seria completamente extinta, garantindo o desenvolvimento da pátria brasileira pela superioridade branca (SCHWARCZ, 2011).

Todas as inspirações nazistas e medidas eugênicas da época direcionavam para um branqueamento da população, e conseqüente substituição gradual até a extinção da população negra no Brasil (CALVO-GONZALES, 2014). Com esse desaparecimento, uma nação brasileira livre de enfermidades e mais evoluída surgiria em algumas gerações. As práticas e políticas do governo fracassaram e se consolidou no Brasil, atualmente, uma maioria expressiva da população negra, ainda que marginalizada e sem acesso a serviços (WERNECK, 2016).

Com o fracasso parcial das medidas eugênicas, uma nova perspectiva passou a ser explorada pelo Estado brasileiro: a democracia racial. O ideário propagado nesta época, representava um Brasil democrático, onde as três raças – branca, negra e indígena – conviviam harmonicamente, sem discriminação racial e com igualdade de oportunidades, sem empecilhos legais e/ou institucionais que impedissem o acesso a quaisquer serviços por toda a população brasileira (DOMINGUES, 2005).

Com a construção do mito da democracia racial, o quesito cor da pele deixou de ser a justificativa oficial para o insucesso pessoal e do grupo geral da população negra, apontando então questões relativas à competência, inteligência e à famigerada meritocracia (DOMINGUES, 2005, p. 118).

O autor Petrônio Domingues (2005, p. 118) ainda afirma:

Assim, o mito da democracia racial era uma distorção do padrão das relações raciais no Brasil, construído ideologicamente por uma elite considerada branca, intencional ou involuntariamente, para maquiar a opressiva realidade de desigualdade entre negros e brancos.

O mito da democracia racial foi amplamente desconstruído pelo incansável trabalho de ativistas do Movimento Negro Unificado e personalidades

brasileiras, os quais destaco o papel de Lélia Gonzales e de Abdias do Nascimento que revelaram os impactos nefastos da suposta democracia e a posição ainda marginalizada da população negra no cenário brasileiro. Importante destacar como o reflexo do mito da democracia racial ainda é observado nos baixos indicadores sociais da população negra no Brasil.

A saúde da população negra, então livre das amarras da escravização, continuou sendo examinada apenas quando colocava em xeque a saúde da elite branca. Já residentes em áreas de ocupações irregulares, produto da Lei de Terras de 1850, as condições de moradia, sem preocupações sanitárias ou de tratamento de água e esgoto, geravam inquietações sobre a propagação de doenças como a cólera e a febre amarela.

As medidas de saúde do governo brasileiro neste período, entre 1900 e 1920, possuíam um forte modelo campanhista, como o pacote de reforma de Oswaldo Cruz, a instituição da polícia sanitária e as providências coercitivas que culminaram na mobilização popular conhecida como Revolta da Vacina, no Rio de Janeiro. Com o rápido e desordenado crescimento dos centros urbanos – em especial os nomeados cortiços, as campanhas de saúde foram a aposta do governo brasileiro para tornar a população saudável (PORTO, 2003).

Por um longo período, o acesso à saúde no Brasil esteve atrelado às condições financeiras e aos vínculos empregatícios formais, pelos fundos direcionados aos trabalhadores ou pelo Instituto de Previdência Social. A população sem vínculos formais de trabalho, destaco aqui a maioria da população negra neste grupo, era assistida pelas Santas Casas de Misericórdia, mantidas com poucos recursos e vinculadas a instituições religiosas, e a medicina não tradicional como as parteiras, os sangradores e as benzedeadas³, nos espaços não formais de saúde (PIMENTA, 1998; REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2006).

Ainda em perspectiva histórica, destaco as mobilizações civis e federais que tinham por objetivo atender as necessidades de saúde dos brasileiros. Em 1923, pela iniciativa de trabalhadores fabris, a Lei Eloy Chaves cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), que visava garantias em casos de acidentes, doenças e aposentadorias. Em 1932, o governo federal instituiu, pela forte pressão popular, os IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões, como uma ampliação das CAPs, mas ainda falhava em fornecer atendimento e assistência a toda população no país (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011).

Em um salto histórico, destaco aqui a criação do Ministério da Saúde, em 1953, que ainda em um modelo campanhista e com baixo financiamento, se voltava para ações no interior do país, enquanto nos grandes centros urbanos o acesso à saúde era restrito a quem tinha carteira de trabalho registrada (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2006).

No período de Ditadura Militar no Brasil, entre os anos de 1964 e 1985, a saúde pública ainda estava voltada para um perfil hospitalocêntrico, curativista e preso na hegemonia biomédica. A redução significativa de verbas e a proliferação de doenças como dengue, malária e meningite causavam temores na população. O enfraquecimento do serviço público, que já não era amplamente acessível, se agravou drasticamente, abrindo espaço para instituições e planos privados de saúde, reforçando a mercantilização da saúde (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011).

O cenário internacional e as pautas levantadas sobre a questão da saúde eram fortemente contrários ao observado no Brasil. Em 1977, a XXX Assembleia Mundial da Saúde, promovida pela Organização das Nações Unidas, propõe o lema “Saúde para todos no Ano 2000”, que passa a nortear as ações internacionais sobre saúde. No mesmo bojo, em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, define em

³ Sobre o tema, sugiro a leitura do texto de Tânia Salgado Pimenta (1998) intitulado “Barbeiros-sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28)”. O artigo demonstra como o ofício era desempenhado majoritariamente pelas pessoas de nacionalidade africana e como, pela hierarquização das práticas de cura, esse ofício passou a ser perseguido no Brasil.

documento conhecido como Declaração de Alma-Ata, a saúde como direitos de todos e como dever do Estado (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

No Brasil, a insatisfação popular, a ineficácia do Estado e os recentes direcionamentos internacionais, refletem em uma forte crise no setor da saúde. O abismo das desigualdades sociais e a necessidade de alternativas a favor de justiça social, direcionaram os passos seguintes da Saúde no país (NUNES, 1994).

A crise da saúde e a mobilização popular em prol da redemocratização culmina no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que representa um conjunto de ideias e transformações necessárias pela garantia do acesso à saúde, em alternativas às graves iniquidades enfrentadas pela população. O reconhecimento da saúde como obrigação do Estado, o impacto das condições socioeconômicas em saúde e das medidas de proteção social para além das proteções médicas, marcaram o Movimento da Reforma Sanitária de maneira fundante (NUNES, 1994).

Na perspectiva da nova reforma, a ampliação de espaços de encontros e discussões foi significativa. Encontros, fóruns, simpósios e conferências pautavam o conjunto de mudanças necessárias para a melhoria da saúde no Brasil. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi o marco histórico do Movimento da Reforma Sanitária. Como produto deste evento, obteve-se o documento base para a Constituição cidadã, de 1988, e ainda o embrião do Sistema Único de Saúde (GUIZARDI *et al.*, 2004).

Importante ressaltar o grandioso papel dos movimentos sociais neste período histórico, tanto na simbólica VIII Conferência quanto nas ações anteriores à Reforma Sanitária. O papel do movimento negro e das mulheres negras na atribuição de agendas em saúde, foi representativo, como afirma a intelectual Jurema Werneck (2016, p. 536):

As reivindicações da população negra e de movimentos sociais – especialmente o Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro – por mais e melhor acesso ao sistema de saúde participaram da esfera pública ao longo dos vários períodos da história das mobilizações

negras, principalmente no período pós-abolição, e se intensificaram na segunda metade do século XX, com forte expressão nos movimentos populares de saúde, chegando a participar dos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde.

Como pontos cruciais da Reforma Sanitária, as autoras Souto e Oliveira (2016) apontam três importantes eixos. O primeiro deles se volta à dimensão civilizatória da Reforma Sanitária que aponta para a nova perspectiva da Saúde como um direito universal. A dimensão democrática participativa que reflete a ampla participação popular nas pautas da saúde e a dimensão epistemológica que institui um novo campo científico, a Saúde Coletiva (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

O nascimento da Saúde Coletiva enquanto campo científico se pauta sobre uma grande dificuldade de definição, mesmo entre os atores engajados na temática. Entretanto, o grande consenso se volta para o caráter contra-hegemônico em que a disciplina foi instituída. Joel Birman, em artigo intitulado “A *Physis* da Saúde Coletiva”, de 1991, aponta para o papel agregador do campo científico em integrar as discussões sociais à saúde que ainda era focada apenas no perfil biomédico (BIRMAN, 1991).

A Saúde Coletiva surge em uma proposta inovadora, em uma perspectiva contra-hegemônica e crítica à Saúde Pública vista até então de caráter biomédico e eurocentrado. Uma grande influência na consolidação do campo da Saúde Coletiva foi o projeto preventista que visava a reintegração dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, que sob o auspício da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), chega à América Latina trazendo grandes transformações, não só na área da saúde, mas também mudanças e reconfigurações no ensino superior e nos currículos acadêmicos (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Outra corrente inspiradora para os princípios da Saúde Coletiva no Brasil foi a Medicina Social, que ao incorporar as Ciências Humanas em Saúde, apresenta uma nova ótica em saúde, pelas práticas de saúde e pela totalidade social do processo de

adoecimento. A Medicina Social, por sua vez, chega ao Brasil sob influência de diversos projetos de reformulação da Medicina Social como a Medicina de Estado (Alemanha), a Medicina Urbana (França) e a Medicina da Força de Trabalho (Inglaterra).

O pesquisador Jairnilson Paim, um dos precursores da Saúde Coletiva no Brasil, em fala no 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, em 2017, discute como a militância sociopolítica integra os princípios do campo e ainda afirma que a crítica ao sistema hegemônico faz parte do DNA da Saúde Coletiva (JAIRNILSON [...], 2017).

O Professor Everardo Nunes (1994) destaca a Saúde Coletiva como uma notável corrente de pensamento que alia a academia, os movimentos sociais, tanto quanto um campo teórico de discussões quanto como práticas de intervenção e transformação social. A Saúde Coletiva se desdobra em três grandes áreas: Planejamento e Gestão em Saúde, a Epidemiologia e as Ciências Sociais e Humanas em Saúde (NUNES, 1994).

O prestigiado Professor João Arriscado Nunes, em conversa com o Professor Marcelo Firpo de Souza Porto, realizada no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra em 2017, direciona olhares para as grandes áreas da Saúde Coletiva sob a perspectiva das Epistemologias do Sul. Um ponto chave do diálogo foi como as Ciências Sociais e Humanas atuam como a porta de entrada de ‘outros’ saberes para a Saúde Coletiva, em contraposição à visão biomédica e engessada ainda observada na área da Epidemiologia. Nunes (2017) destaca como a escuta ativa aos saberes dos povos reduz a hierarquização do saber e preconiza a *ecologia dos saberes*.

Na mesma conversa, o pesquisador Marcelo Firpo de Souza Porto (2017) faz uma brilhante aproximação entre a Saúde Coletiva e a Epistemologia do Sul com o conceito e abordagens de Paulo Freire sobre Educação Popular em Saúde. Para

Porto, em sua fala, salienta o papel das lutas e dos movimentos sociais na atenção à saúde.

O papel da mobilização social em saúde, assim como da Reforma Sanitária no Brasil, tem como grande produto a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴. Com o foco na universalidade, integralidade e equidade como princípios doutrinários, reconfigura a perspectiva de acesso à saúde no Brasil, principalmente por pautar de maneira única o conceito amplo de saúde preconizado também pela Organização Mundial da Saúde. A ótica aplicada por essa concepção configura saúde não só como ausência de doenças, mas considera a amplitude dos aspectos sociais e psíquicos impactados no bem-estar do indivíduo.

O SUS, uma referência mundial de eficácia em sistema de saúde, possui estratégias de atuação distribuídas em todas as esferas do governo e tem a sua magnitude expressa nos números e estatísticas apresentados anualmente pelo Ministério da Saúde. Mais de 4 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 11 milhões de internações, 19 milhões de procedimentos oncológicos e ainda o controle de 98% da distribuição de vacinas são realizados pelo SUS anualmente⁵. Importante pontuar que os usuários do Sistema Único de Saúde se autodeclararam negros em sua expressiva maioria (WERNECK, 2016).

No ano de 2006 foi instaurada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), que propõe, no âmbito do SUS, a coexistência de saberes e práticas em saúde, rompendo a monocultura biomédica e incluindo alternativas à assistência à saúde em 29 modalidades, como *reiki*, reflexoterapia, biodança, homeopatia, acupuntura, terapia de florais, hipnoterapia, entre outras (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

As PICS têm em sua centralidade abordagens pelas dimensões sociais, psíquicas e espirituais como forma de escape à lógica biomédica. Como exemplo da relevância das PICS no sistema de saúde, Guimarães *et al.* (2020) descrevem os

⁴ Recomendo o *site* www.pensesus.fiocruz.br para mais informações sobre o Sistema Único de Saúde. Este *site*, organizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), possui elucidações básicas sobre o sistema de saúde brasileiro.

⁵ Infográfico sobre o SUS em números – disponível em: <https://cartausus.org/>.

impactos positivos da Terapia Comunitária Integrativa, como forma de resgatar a autoestima da população assistida e na promoção de uma emancipação dos serviços de saúde, visando uma perspectiva não medicalizante e pouco invasiva, na prevenção e na promoção da saúde.

O grande questionamento em relação às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde é a ausência de estratégias direcionadas aos grupos específicos da população brasileira, como a medicina tradicional indígena ou as práticas curativas das religiões de matriz africana (Guimarães *et al.*, 2020). Para Guimarães *et al.* (2020), o paradoxo das PICS vem pela ausência de diálogo com as realidades locais, o que reforça a hierarquização do saber colonial e invisibiliza o saber local.

Outro grande ponto relevante sobre as PICS se volta para a aplicabilidade e o financiamento direcionado à Política Nacional, que reflete novamente a colonialidade do saber. Guimarães *et al.* (2020, p. 12) expõem:

A insuficiência no financiamento, na formação e na pesquisa em PICS, bem como a pouca ou a não legitimação e institucionalização de determinadas práticas integrativas revelam outros modos de colonialismo do poder no sistema público de saúde, sendo necessárias novas análises e reflexões.

No Brasil, como reflexo da invenção da democracia racial, a criação de políticas sociais específicas para a população negra, sejam elas no âmbito educacional ou da saúde, foram amplamente questionadas. O vínculo entre raça e saúde proporcionou, e ainda proporciona, diversos embates no meio acadêmico e fora dele. Em termos biológicos, o termo “raça” não possui aplicabilidade funcional aos grupos humanos, mas o vocábulo enquanto categoria social de análise se faz mais que necessário para elucidar as diversas e imensas iniquidades sofridas pela população negra. Como afirma o antropólogo Kabengele Munanga (2003, p. 6):

Podemos observar que o conceito de raça tal como o empregamos hoje, nada tem de biológico. É um conceito carregado de ideologia,

pois como todas as ideologias, ele esconde uma coisa não proclamada: a relação de poder e de dominação. A raça, sempre apresentada como categoria biológica, isto é natural, é de fato uma categoria etno-semântica. De outro modo, o campo semântico do conceito de raça é determinado pela estrutura global da sociedade e pelas relações de poder que a governam.

Direcionado os olhares para a Saúde da População Negra, apesar de ser a maioria na utilização dos serviços ofertados pelo SUS, grandes embates ainda são enfrentados por este grupo por um acesso integral e equânime em saúde. O racismo institucionalizado, apresentado por Jurema Werneck baseado no Movimento dos Panteras Negras dos Estados Unidos, representa a falha das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem étnico-racial, pauta e perpassa o acesso da população negra aos serviços de saúde (WERNECK, 2016).

O artigo de Suzana Kalckmann *et al.* (2007), intitulado “Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS?”, aborda de maneira primorosa os empecilhos criados no acesso à saúde pela população negra. Com frases que marcam o estigma e o racismo no atendimento da população negra, o artigo aponta para o impacto do racismo institucional e, principalmente, dos estereótipos criados no imaginário sobre a população negra, na condição de saúde dos indivíduos.

As frases apresentadas por Kalckmann *et al.* (2007 p. 152) ressaltam experiências vivenciadas por pessoas negras no acesso ao sistema de saúde. Uma frase marcante apresentada pelos autores é a de uma mulher negra de 43 anos: “Escutei a recepcionista (pré-natal) falar: negra é como coelho, só dá cria.”. O estereótipo animalizado agregado à população negra como vimos no início do capítulo ainda perpetua iniquidades em saúde de maneira lamentável, agravando a situação de saúde das mulheres negras mais impostas ao racismo obstétrico (TEMPESTA; ALMEIDA, 2020).

Outra frase citada no artigo de Kalckmann *et al.* (2007) que merece problematização foi captada

por um homem negro de 55 anos: “Rapaz! Um negão desse tamanho sentido dor?”. A destituição de humanidade imposta aos negros no período de escravização e da colonização reverbera na forma como este grupo expressa processos dolorosos, afetando também a credibilidade e o enfrentamento do sofrimento, seja ele físico ou psíquico.

Os estereótipos que recaem sobre a população negra foram amplamente discutidos e desconstruídos pela importante autora e integrante do Movimento Negro Unificado, Lélia Gonzales, que além de seu trabalho incansável na desmistificação da democracia racial no Brasil, problematiza os olhares estereotipados sob a população negra brasileira (GONZALES, 1984).

O descaso em relação à Saúde da População Negra é reflexo de toda a carga carregada por este grupo na trajetória histórica no Brasil. A ausência da questão racial ainda é uma evidência nos cursos da área da saúde que, mesmo com a implantação da Lei 10.639, de 2003, que institui a obrigatoriedade do ensino da história e cultura afro-brasileira, assim como seu complemento – Lei 11.645/08, que também inclui a pauta indígena, a desinformação segue perpetuada.

Para sanar as drásticas iniquidades sofridas pela população negra no acesso aos serviços de saúde, em 2009, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (SEPPPIR) junto ao Ministério da Saúde (MS), instituíram a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que assim como a Lei de Cotas, contou com uma longa trajetória de luta do movimento negro, ativistas e de diversos atores engajados na temática racial no Brasil (WERNECK, 2016).

A PNSIPN distribui estratégias de gestão entre as esferas de governo e reconhece os impactos do racismo na condição de saúde dos indivíduos, assim como os agravos de maior incidência sob este grupo, como hipertensão, doença falciforme e diabetes *mellitus* (BRASIL, 2009).

A política nacional específica da saúde da população negra traz um grande peso e avanço ao ter como marca: “Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo

institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (BRASIL, 2009). E ainda prevê como objetivo a redução das desigualdades raciais e o combate ao racismo nos ambientes institucionalizados de saúde (BRASIL, 2009).

Outra grande marca para a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é o reconhecimento da interseccionalidade. Segundo Kimberlé Crenshaw (2002), o conceito vem para união de opressões sem que hierarquias sejam estabelecidas, garantindo a indissociabilidade das posições e a necessidade de luta em prol de todos os direitos inerentes às condições impostas pelos marcadores sociais da diferença.

Ainda sobre interseccionalidade, Carla Akotirene traz uma renovada abordagem enquanto método. Como lentes de análise, esse método “funciona como localizador da experiência do racismo” (AKOTIRENE, 2019, p. 30), aliadas a outras estruturas de opressão e seus eixos de subordinação.

Mesmo após uma década da oficialização da PNSIPN, sua implantação não segue o expectável. De acordo com Luis Eduardo Batista e Sônia Barros (2017), a dificuldade de implantação da política segue constante, seja pela falta de conhecimento sobre os impactos do racismo na saúde, seja pela inabilidade dos gestores em adaptar os instrumentos de gestão em prol da atenção integral à população negra (BATISTA; BARROS, 2017).

Para além da exclusão dos discursos da história da população negra nos espaços acadêmicos, é importante notar como os corpos negros também são excluídos destes espaços. O reconhecimento da intelectualidade negra se faz a passos lentos e discretos, principalmente por, muitas vezes, não se encaixar nos cânones acadêmicos eurocentrados. Sob essa perspectiva, destaco novamente o trabalho de Lélia Gonzales (1988) e suas incessantes tentativas de subverter a lógica de produção de conhecimento acadêmico. A autora questiona como a construção linguística utilizada nesses ambientes também pode ser uma forma de opressão.

A pesquisadora Ângela Figueiredo (2008) aponta para a baixa representatividade negra nos

espaços de construção de saberes e legitimação do conhecimento, principalmente pelas mulheres negras. Por muito, a produção de conhecimento sobre a população negra foi orquestrada por pesquisadores brancos que, embora com grandes acertos, sem lugar de fala ou cuidado com as reais necessidades e afrontamentos vivenciados pelos negros no Brasil, sempre na errônea intenção de observar a população negra como objetos de estudo e não como produtores e detentores de um conhecimento legítimo.

No ano de 2012 a então conhecida como Lei de Cotas, Lei 12.711/12, estimula a presença negra nos espaços de ensino superior no Brasil como política afirmativa. Sancionada em resposta à grande mobilização e provocação popular, principalmente por ativistas dos movimentos negros. A tentativa de justiça cognitiva, assim como medidas anteriores que preconizavam o acesso ao ensino superior, representaram um grande avanço em prol da diversidade nas instituições de ensino superior.

Boaventura de Souza Santos (2016), precursor das Epistemologias do Sul, aponta para como as estruturas de poder do colonialismo, capitalismo e patriarcado atuam na perpetuação da lógica pautada na valorização eurocêntrica de produção de conhecimento. Para o autor, a justiça global deve ser alcançada pela justiça cognitiva, em uma possibilidade de produção e valorização de saberes não hierárquicos.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra também se debruça sobre a produção de conhecimento científico, pela análise das produções voltadas à questão racial em saúde, bem como pela formação de profissionais qualificados e sensíveis à diversidade racial no Brasil. Em prol da capacitação dos profissionais, a PNSIPN se volta para a promoção de mudanças nas estruturas curriculares dos cursos da área da saúde em um sentido amplo. Formação de profissionais aptos a lutar, reconhecer as iniquidades e as especificidades da saúde da população negra em prol de um atendimento integral é condição crucial para a aplicabilidade da Política e pela garantia das condições de acesso e atendimentos adequados à população negra.

A implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, e a inclusão de novos olhares na produção de conhecimento em aliança aos movimentos sociais, a partir do deslocamento da lógica eurocêntrica de epistemologias, pode ser o ponto chave para a garantia de qualidade de vida, promoção da saúde à população negra, historicamente negligenciada no Brasil.

Referências

- AKOTIRENE, Carla. *Interseccionalidade*. São Paulo: Pólen, 2019.
- BATISTA, Luis Eduardo; BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, p. 1-5, 2017.
- BIRMAN, Joel. A *physis* da saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1. p. 7-11, 1991.
- BITTENCOURT, Isaiane Santos; VILELA, Alba Benemerita Alves; NUNES, Emanuelle Caires Dias A. Políticas públicas de saúde no Brasil: evolução histórica. *Enfermagem Brasil*, Pernambuco, v. 10, n. 2, p. 131-136, 2011.
- BRASIL. *Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009*. Institui a política nacional de saúde integral da população negra. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- CALVO-GONZÁLEZ, Elena. Sobre escravos e genes: “origens” e “processos” nos estudos da genética sobre a população brasileira. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1113-1129, out./dez. 2014.
- COSTA, Duane Brasil; AZEVEDO, Uly Castro. Das senzalas às favelas: por onde vive a população negra brasileira. *Socializando*, Ceará, p. 145-154, jul. 2016.
- CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 171, n. 1, p. 171-188, 2002.
- DOMINGUES, Petrônio. O mito da democracia racial e a mestiçagem no Brasil (1889 - 1930).

Diálogos Latinoamericanos, Dinamarca, n. 10, p. 116-131, 2005.

DUSTER, Troy. Lessons from history: why race and ethnicity have played a major role in biomedical research. *The Journal of law, medicine & ethics*, Boston, 2006.

FIGUEIREDO, Ângela. Gênero: dialogando com os estudos de gênero e raça no Brasil. In: SANSONE, Livio; PINHO, Araújo Osmundo (org.). *Raça: novas perspectivas antropológicas*. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2008.

GONZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, São Paulo, p. 223-244, 1984.

GONZALES, Lélia. A categoria político-cultural de amefricanidade. *Tempo Brasileiro*. Rio de Janeiro, p. 69-82, jan./jun. 1988.

GUIMARÃES, Maria Beatriz *et al.* As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 1, 2020.

GUIZARDI, Francine Lube; PINHEIRO, Roseni *et al.* Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15- 39, 2004.

JAIRNILSON Paim no 3º Congresso Brasileiro de Política. TV Abrasco. Rio de Janeiro, RJ: TV Abrasco, 2017. 1 vídeo (18:45 min). Disponível: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-politica-planejamento-e-gestao-em-saude/jairnilson-paim-no-3o-congresso-brasileiro-de-politica-planejamento-e-gestao-em-saude/29263/>. Acesso em: 13 set. 2020.

KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete Gomes dos; BATISTA, Luís Eduardo; CRUZ, Vanessa Martins da. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, ago. 2007.

KHABELE, Dineo; HOLCOMB, Kevin; CONNORS, Ngina K.; BRADLEY Linda. A perspective on James Marion Sims, MD, and antiblack racism in obstetrics and gynecology. *The journal of minimally invasive gynecology*, United States, v. 28, n. 2, p. 153-155, fev. 2021.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

MUNANGA, Kabenguele. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE RELAÇÕES RACIAIS E EDUCAÇÃO, 3., 2003. Rio de Janeiro. *Palestra [...]*. Rio de Janeiro: PENESB-RJ, nov. 2003.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MINAYO, Maria Cecília de Souza; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; AKERMAN, Marco; CARVALHO, Yara Maria de (org.). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 19-40.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3. n. 2, p. 5-21, 1994.

OSADA, Neide Maria. *O processo de biomedicalização no Brasil: estudo da prática científica em pesquisa sobre doenças genéticas*. 2012. Tese (Doutorado em Programa em Política Científica e Tecnológica) - Instituto de Geociências - Unicamp, Campinas, 2012.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 205-218, 2015.

PIMENTA, Tânia Salgado. Barbeiros-sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28). *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 349-374, 1998.

PORTO, Ângela. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1019-27, out./dez. 2006.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. *Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

PORTO, Mayla Yara. Uma revolta popular contra a vacinação. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 55, n. 1, jan./mar. 2003.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso; CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. *Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde*. São Paulo: Módulo Político Gestor, 2006.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais à ecologia dos saberes. *In: SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula. Epistemologias do Sul*. Coimbra: Almedina, 2009.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. Previsões são sempre traiçoeiras: João Baptista Lacerda e seu Brasil branco. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 225-242, jan./mar. 2011.

SOUTO, Lucia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016.

TEMPESTA, Giovana Acacia; ALMEIDA, Morgana Eneile Tavares. O racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento. *Amazônica*, Pará, v. 12, n. 2, p. 751-778, jul. 2020.

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

Recebido em: 28 jul. 2022

Aceito em: 10 nov. 2022

