

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA



HAYANE MATEUS SILVA GOMES

“ACESSO RESTRITO”

Análise do Racismo Institucional em Unidades de Saúde Pública em Crato-Ce

JOÃO PESSOA/PB
2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

HAYANE MATEUS SILVA GOMES

“ACESSO RESTRITO”

Análise do Racismo Institucional em Unidades de Saúde Pública em Crato-Ce

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPB, como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Giovanni Boaes Gonçalves

Linha de pesquisa
Marcadores Sociais da Diferença: relações raciais, infância e religião

JOÃO PESSOA/PB
2016

G633a

Gomes, Hayane Mateus Silva

Acesso restrito: análise do racismo institucional em
unidades de saúde pública em Crato-Ce/ Hayane Mateus Silva Gomes.
– João Pessoa, 2016.
101 f.: il.col.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade
Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, 2016

Referencias

Orientador: Profº. Dr. Antonio Giovanni Boaes Gonçalves.

1. Racismo institucional. 2. Saúde. 3. Afrodescendentes I.
Titulo.

CDU 316:61

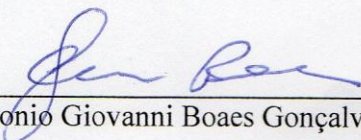
HAYANE MATEUS SILVA GOMES

“ACESSO RESTRITO”: Análise do Racismo Institucional em Unidades de Saúde Pública em Crato-Ce

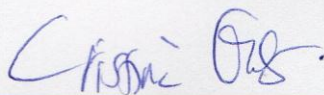
Dissertação apresentada pela mestrandia Hayane Mateus Silva Gomes, ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Sociologia do CCHLA-UFPB, para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Avaliada em 15 de setembro 2016

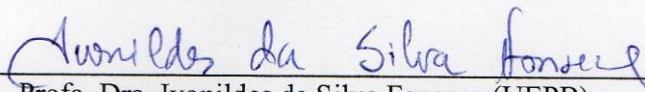
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Antonio Giovanni Boaes Gonçalves (PPGS/Orientador)



Profa. Dra. Teresa Cristina Furtado Matos (PPGS-UFPB)



Profa. Dra. Ivonildes da Silva Fonseca (UEPB)

Prof. Dr. Wallace Gomes Ferreira de Souza (UFCG)
Suplente

JOÃO PESSOA/PB
2016

Dedico este trabalho a minha mãe, Maria Divanilde Mateus, por aquecer meu coração, mulher guerreira a quem tenho como exemplo de luta, persistência e dedicação.

AGRADECIMENTOS

O gesto de agradecer é para mim, é um dos maiores atos que demonstram humildade. É também a manifestação de respeito para quem contribuiu de algum modo com o almejado e tão arduamente buscado. Durante todo o mestrado e elaboração dessa pesquisa recebi todas as dádivas de ajuda possível. Sou extremamente grata às seguintes pessoas:

A meus pais, Maria Divanilde Mateus e José Wilson da Silva Gomes, que me alimentaram diariamente com muito amor e companheirismo, mesmo sem noção do que significa um título de mestre, para cuja conquista jamais não mediram esforços, inúmeras vezes deixaram de realizar os seus sonhos para que os meus se tornassem realidade.

A meus irmãos Fernanda Mateus e José Wilson Júnior e a minhas sobrinhas (Maria Sophia e Maria Sarah), com quem partilho cumplicidades e identificações com afeto e admiração.

À minha avó materna, Elisete Mateus e a minhas tias, (Dalva, Neide, Risalva, Gorete, Zenelda e Consuelo) pelas infinitas orações.

À Minha ex- orientadora do tempo de graduação, Otília Aparecida Silva Sousa, ela foi a primeira pessoa a acreditar que era possível realizar a feitura deste projeto, ao apostar em meu potencial e que também me permitiu acreditar em mim mesma, acendeu as luzes que guiaram meus passos acadêmicos depois que a conheci.

Aos meus companheiros de jornada evolutiva e acadêmica, os quais assim como eu experimentaram morar longe de seus familiares e amigos em prol de um objetivo profissional. Com eles dividi emoções, confiança, lamentações, anseios, festas e boas risadas, Felipe Alves, Charles Farias, Ana Ruth e Tayane Silva.

Ao Amigo José Roberto Sena, com quem repartí angústias, medos, felicidade e muito respeito, grata por todos os incentivos e colaborações acadêmicas.

Aos amigos do mestrado pelos ricos momentos de convivência durante as disciplinas, em especial, Serge Katembera, Ana Olívia, Gabriel, Karla Maria, Ana Carmem, Gracila, Mariana, Jannine Diniz, Anna Kariny e Átila.

À minha amiga e eterna secretária do PPGS, Nancy Azevedo, sempre atenciosa, carinhosa, dedicada e muito eficiente.

Aos professores Adriano de León, Simone Brito, Mauro Koury e Giovanni Boaes pelas disciplinas que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa, pessoas generosas e pacientes.

À professora Teresa Cristina por sua disponibilidade e ricas contribuições na qualificação.

Ao professor Ronaldo Sales pelas excelentes dicas na qualificação, agradeço-lhe as sugestões de direcionamento na pesquisa, a disposição em discutir elementos pontuais do trabalho na fase inicial. O carinho e a disponibilidade em enviar textos complementares.

À Ivonildes, membro da banca, pela disponibilidade, amizade e contribuições teóricas e metodológicas.

À Dona Luzinete Candeia, que me deu guarida, comida, vento e água fresca, além de muito amor e amizade quando cheguei a João Pessoa.

Às amigas de longa data, Itamara Freires, Cícera Andrade, Marcyana Macedo, Joice Mara, Priscila Jerônimo e Ruth Rodrigues a quem recorri inúmeras vezes para me fortalecer.

À CAPES/CNPq que ao financiar a pesquisa, possibilitou sua realização.

Aos colaboradores deste estudo que, solicitamente, compartilharam um pouco de suas histórias, fazendo a minha experiência de mestranda algo mais significativo.

Em especial a Giovanni Boaes, meu orientador. Na verdade não foi ele quem me escolheu como orientanda, fui eu que o escolhi. Como nada é por acaso, ao vê-lo pela primeira vez ainda na banca de seleção do mestrado, tive a certeza de uma enorme afinidade e simpatia.

Agradeço-lhe pelo empréstimo de seus olhos, pela amizade, por todos os momentos, por dispor-se a discutir antes, durante e depois do processo de maturação das ideias, pelo espírito disciplinado em meio a minha falta de habilidade, foco e concentração, por me estimular quando me senti incapaz, por ter sido meu apoio, meu amigo, torcendo e trabalhando pelos melhores caminhos. Agradeço, pelo seu conhecimento intelectual que procura transmitir aos seus orientandos, seu enorme trabalho e respeito pela tradição afro-brasileira, incentivando a conhecer, debater e levar adiante este legado. Por fim, tenho-lhe imensa dívida intelectual e de gratidão.

RESUMO

A proposta dessa pesquisa é analisar o racismo Institucional na unidade pública de saúde Centro de Especialidades do Crato; compreender a relação e sua pertinência para pensar a realidade da saúde da população afrodescendente no município. É também uma tentativa de entender como os diversos segmentos que trabalham com a saúde e a população negra que se utiliza dela concebem essa temática. Nesse sentido, procura-se analisar como as instituições de saúde trabalham para garantir à pessoa negra a promoção, proteção e recuperação da sua saúde. O trabalho tem como método principal a análise das entrevistas semiestruturadas realizadas com os gestores municipais, coordenadores das unidades de saúde, profissionais e pacientes. Por fim, os afrodescendentes estão longe de se beneficiar integralmente dos direitos que lhes são concedidos. Ao denunciarem diversas situações de descasos, constrangimentos e discriminação nas unidades públicas, comprovam a eficácia do racismo institucional, as narrativas dos pacientes negros em relação aos pacientes brancos destacam bem isso.

Palavras chaves: Racismo institucional, saúde, afrodescendentes.

ABSTRACT

The proposition of this research is to analyse the institutionalized racism on the public health specialized unit of Crato; to understand the relationship and relevance. To think about the reality of the health for the Afro- descendant population in the municipality. It is also an attempt to understand how the various segments that work with health and the black population that uses it conceive this theme. In this sense, it seeks to analyze the health institutions work has as main method the analysis of semi- structured interviews with municipal managers, coordinators of health facilities, professionals and patients. Finally, those of African descent are far from benefiting fully the rights granted to them, to denounce many situations negligence, constraints and discrimination in public facilities, demonstrate the effectiveness of institutional racism, the narratives of black patients compared to white patients out this well.

Keywords : Institutional racism, health, Afro- descendant.

SUMÁRIO

Introdução	07
<u>Capítulo 1</u>	
Raça e Racismo no Brasil	
1.1 Raça, Racismo e Suas Formas	18
1.2 Racismo Institucional	32
1.3 Da terra da luz à negação da participação negra no Estado - uma “suposta harmonia racial”	37
1.4 Nas Falácias do Mito	41
1.5 A condição da população Afrodescendente: quem somos nós?	
<u>Capítulo 2</u>	
Saúde da População Afrodescendente no Brasil	
2.1 Perfis de morbimortalidade da população afrodescendente	
2.2 “Raça” e equidade/universalização dos direitos nas políticas públicas de saúde	60
2.3 O SUS e o racismo institucional	68
<u>Capítulo 3</u>	
O Racismo Institucional nas Unidades Públicas de Saúde do Crato	74
3.1 “Aceso restrito”: formas manifestas e latentes de racismo no campo	79
3.2 Relações entre pacientes e profissionais da saúde/ narrativas, lutas e estratégias alternativas	
Considerações finais	92
Referências	95
Anexos e apêndices	100

INTRODUÇÃO

A carne¹

A carne mais barata do mercado é a carne negra
 Que vai de graça pro presídio
 E para debaixo do plástico
 Que vai de graça pro subemprego
 E pros hospitais psiquiátricos

A carne mais barata do mercado é a carne negra
 Que fez e faz história
 Segurando esse país no braço, meu irmão

O gado aqui não se sente revoltado
 Porque o revólver já está engatilhado
 E o vingador é lento, mas muito bem intencionado
 Enquanto esse Brasil vai deixando todo mundo preto
 E o cabelo esticado

A carne mais barata do mercado é a carne negra
 A carne mais barata do mercado é a carne negra

(Elza Soares)

As desigualdades raciais constituídas no Brasil são o produto de uma trama complexa entre as esferas políticas, econômicas e culturais. Essas desigualdades raciais partem de um juízo de superioridade. Assim, desde que os negros foram trazidos para as terras brasileiras, estiveram submetidos a todos os tipos de juízos, principalmente os negativos, os pejorativos, sobre sua condição de diferente no plano sociocultural.

Assim, a configuração da sociedade brasileira deu-se num longo, processo histórico que colocou junto, dentro do mesmo espaço geopolítico, povos advindos de distintas formações étnicas. A miscigenação decorrente desse processo, associada ao longo período de escravidão ocorrido no país, deixou consequências que influem diretamente na “identidade” do povo brasileiro. Uma dessas consequências manifesta-se no racismo, elemento estrutural presente na nossa sociedade, e cuja existência, muitas vezes, foi dissimulada tanto por pensadores sociais como pela própria população (branca, mestiça e negra), sob a égide de uma suposta “democracia social”, transfigurada em “democracia racial”. Nesse sentido, o racismo interferiu, e, de certa

¹ Letra e música de Marcelo Yuka, Ulisses Cappelletti e Seu Jorge. Álbum: Do cóccix até o pescoço. Maianga/Tratore, 2002.

maneira, imprimiu marcas profundas nas relações sociais no Brasil, pois, mesmo de forma velada, ele se manifesta em vários momentos da vida do brasileiro já que o critério da cor foi e continua sendo crucial nas instituições sociais, pois quanto mais claro o indivíduo, melhor o seu *status* social, melhores também são sua aceitação na sociedade e, conseqüentemente, as funções que lhe, serão destinadas. Assim, o preconceito e a discriminação racial operaram como critérios decisivos na distribuição de posições no mercado de trabalho, favorecendo os brancos, mesmo já tendo-se passado mais de cem anos da abolição da escravidão no país. Com isso, percebemos que não existiu uma política pública na transição da fase escravidão para o trabalho livre. Dessa maneira, a presença do Estado foi decisiva para a construção de uma sociedade desigual, ou seja, marcada por desigualdades étnico-raciais. O que Gilroy (2001) diz da modernidade – que está inspirada numa razão racializada –, o mesmo se pode dizer da sociedade brasileira: explicitamente racializada no período colonial, e pós-abolição, racializada sob o manto de ideologias diversas: modernização e progresso, democracia racial, identidade e unidade nacional, entre outras.

Assim sendo, nesta pesquisa vamos abordar uma forma de racismo em especial, o racismo institucional, o que, entretanto, não quer dizer que seja possível analisá-lo de modo desvinculado das outras formas de racismo. O conceito de racismo institucional surge inicialmente em 1967 nos Estados Unidos, depois se expande para outros países. Os seus precursores foram Stokely Carmichael e Charles Hamilton (WIEVIORKA, 2007), com a obra, - *Black Power: the politics of liberation in America* (Poder Negro: a política de liberação na América).

Essa obra explica como funciona o racismo, que se manifesta por duas vertentes, estreitamente relacionadas entre si: uma aberta e associada aos indivíduos, outra não declarada e institucional, que se manifesta por meio da reprodução de políticas institucionalmente racistas.

O racismo institucional é o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura, ou origem étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, os quais são resultantes de preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção, ignorância, como também relações de poder e interesses. Fazendo um paralelo com a obra *Os Estabelecidos e*

Outsiders de Nobert Elias e Jonh Scotson (2000), podemos analisar como os indivíduos se relacionam e são influenciados/controlados/autocontrolados (inconsciente ou inconscientemente) por outros grupos sociais em meio ao todo relacional. Assim sendo, o grupo ‘estabelecidos’ (brancos) se utiliza de ferramentas, como juízo de valores culturais, cultura mais “elevada”, uma supremacia de povo “civilizado” em relação aos que julgam não possuir os mesmos valores, os ‘outsiders’ (negros) os seus concorrentes por recursos em uma ordem igualitária (democracia). O primeiro grupo acredita ser superior em relação ao segundo, e utiliza mecanismos de controle para tentar se manter no poder. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (GELEDÉS, 2013; PAHO, 2005).

Considerando essas características, e procurando verificar empiricamente a ocorrência do fenômeno, o objetivo deste trabalho é analisar como o racismo institucional se manifesta, nos espaços da saúde pública na cidade do Crato, município localizado ao sul do estado do Ceará. É, portanto, um estudo das relações entre pacientes afrodescendentes e profissionais da saúde, considerando as práticas racistas que eventualmente ocorrem nesse contato e os seus efeitos sobre a produção de uma ‘identidade étnica estigmatizada’ (GOFFMAN, 1982), “fragmentada” (HALL, 1997), na qual os sujeitos não possuem apenas uma identidade fixa, mas várias, muitas vezes contraditórias e mal resolvidas.

Neste sentido, qual o foco desta discussão? Que se pretende desenvolver nesta pesquisa? Trata-se da persistência do racismo institucional nos espaços públicos de saúde. Persistência esta que é vista como uma das consequências das políticas públicas, uma situação produzida ao longo da história, apesar dos avanços obtidos desde a idealização e implantação do SUS (Sistema Único de Saúde). Assim, para a realização deste trabalho orbitaram os seguintes questionamentos que me serviram como “perguntas de partida”: Como as políticas públicas e as instituições de saúde trabalham para garantir à pessoa negra, a promoção, proteção e recuperação da sua saúde? Como essas instituições desenvolvem processos de informação, comunicação e educação para contribuir com a redução das vulnerabilidades da população negra? E como as instituições “naturalizam” (“rotinizam”) a reprodução das desigualdades raciais,

valendo-se de mecanismos que identificam e selecionam os usuários a partir destes marcadores raciais/étnicos?

Reporto-me, após essas reflexões iniciais, à minha história de vida, e nela encontro momentos importantes que se interpuseram ao longo dessa experiência. Um desses momentos refere-se à indignação e à curiosidade que sentia ao ouvir as histórias que minha mãe revelava sobre o parto natural e complicado da minha irmã mais nova que veio a óbito². Ela afirma que no momento do parto o médico o tempo todo falava, “vamos, vamos, a senhora é uma mulher raçuda, é só colocar força que sai”. Minha mãe sempre ficou indignada com esse acontecimento, ela afirma que, naquele momento de dor o médico acreditava que pelo fato de a “paciente” ser negra, necessariamente teria força suficiente para realizar o parto normal. Por outro lado, outros familiares não viram na atitude do médico nenhum tipo de preconceito. Todavia, pode-se pensar que se trata de um caso de racismo, consciente ou inconsciente, por parte do médico, que estabeleceu uma relação fenotípica da cor com a força. Assim, ao passar do tempo e da militância da minha mãe, fui desenvolvendo um interesse particular por questões dessa natureza, formulando opiniões e refletindo sobre elas, o que me conduzia a uma situação confusa entre os fundamentos da revolta e a justiça. Outro momento marcante refere-se ao projeto de pesquisa que surgiu ainda na graduação, quando participei como bolsista no (Pibic) que tratava da relação entre racismo e o Estatuto da Igualdade Racial.

Na ocasião, ambientei a pesquisa do Pibic (e, posteriormente, da própria dissertação) nos espaços públicos de saúde. Comecei a refletir sobre os mecanismos e atores que reproduziam o racismo nas unidades públicas e também sobre os motivos de não haver muita discussão em torno desse assunto, tal como apontado por López:

Nos debates que apontam legitimar (ou deslegitimar) a existência do racismo e a pertinência da raça como conceito analítico a respeito da realidade social brasileira, pouco lugar têm as reflexões sobre os mecanismos do racismo nas Instituições. Um dos motivos de ausência parcial desse tipo de reflexão pode estar relacionado às dificuldades de as Instituições reconhecerem esses mecanismos e se autoexaminarem como (re) produtoras de racismo (2011, p. 21).

Nesse sentido, passei a compreender que muitos problemas relacionados ao racismo institucional podem ser uma consequência dos resquícios do mito da democracia racial, levando os indivíduos a naturalizarem suas ações e a não perceberem

ou não compreenderem as formas veladas ou explícitas de racismo nas Instituições sociais. As instituições sociais são algo de grande importância para entendermos a organização das sociedades, constituídas de normas, práticas, valores ou atitudes que se consolidam na sociedade, fazendo, notoriamente, parte do comportamento social dos indivíduos. As Instituições Sociais são bem definidas, influenciam os comportamentos e atitudes sociais, são normativas e, principalmente, são ligadas às conjunturas históricas de determinada sociedade.

Dessas imersões iniciais no campo e na teoria, depreendeu-se que é preciso pensar o racismo a partir da sua definição (o que farei no capítulo 1), que, em sentido geral, é visto aqui como um conjunto de práticas que afirma a superioridade racial de um grupo sobre outros, pregando, em particular, o confinamento do grupo inferior em espaços definidos na sociedade. No entanto, é necessário considerar que o fenômeno do racismo é anterior às formulações mais acadêmicas de seu conceito, pois o termo só apareceu no período entre as duas grandes guerras, mas as práticas e as ideias racistas são bem antigas e extrapolam o domínio da sociedade ocidental (WIEVIORKA, 2007).

Nesse mesmo sentido, faz-se necessário, compreender o que significa o termo raça, como foi formulado e reformulado na história brasileira. Esse conceito analítico foi utilizado por vários estudiosos europeus (e por estudiosos brasileiros), que o empregaram para categorizar povos que viviam em partes do mundo distantes da sua, conduziram experimentos, com resultados previsíveis, para tentar ‘provar’ ou ‘desmentir’ as diferenças de habilidades humanas ligadas à raça ou aparência observada, fosse por preconceito consciente ou inconsciente. A noção de superioridade racial europeia ou branca forneceu uma desculpa ou justificativa pronta para o imperialismo, o colonialismo, a conquista e o racismo.

Embora o racismo seja um fenômeno antigo e muito conhecido, na sociedade brasileira, existe uma grande dificuldade em assumi-lo ou até em falar sobre esse assunto, o que dificulta muito o combate às manifestações de racismo tão comuns no nosso cotidiano.

Assim sendo, como argumentou Florestan Fernandes, no Brasil desenvolvemos o preconceito de ter preconceito (FERNANDES, 1965), fenômeno que felizmente vem sofrendo transformações graças a vários trabalhos críticos e militantes relacionados às questões e reivindicações dos movimentos negros, evidenciadas, especialmente, a partir

dos anos de 1970, e que têm procurado desmistificar o mito da democracia racial e de outras ideologias raciológicas.

Dentre as várias maneiras de manifestação do racismo, é importante falar sobre como ele se manifesta em instituições de saúde porque, além de não serem comum trabalhos que abordem esse tema, essas instituições se configuram como um importante espaço para o desenvolvimento de relações interétnicas, tornando-se um ambiente adequado à observação de, contatos entre pessoas de diversos segmentos sociais e analisar como se dão as relações entre profissionais de saúde e os pacientes afrodescendentes e por tratar-se de espaços públicos, cria-se a possibilidade de observarem-se mecanismos oficiais que reproduzem o racismo, ou, pelo contrário, que tentam combatê-lo, por meio de políticas afirmativas ou discriminação positiva.

Para realizar a pesquisa, escolheu-se uma instituição de saúde pública na cidade do Crato, a saber: o **Centro de Especialidades do Crato** (Posto da Grota) – localizado na Rua José Marrocos, 407. Essa instituição foi escolhida porque o Centro de Especialidades é a maior Unidade pública de saúde do município, possuindo grande quantidade de especialistas que atendem a um considerável número de pacientes. Além de ter uma unidade que trata especificamente dessas duas doenças, hipertensão arterial e diabetes mellitus, mais prevalentes nos negros existindo, portanto, grande frequência de negros, idosos e mulheres.

A pesquisa de campo foi realizada de janeiro a dezembro de 2015. Para iniciar a coleta de dados nas unidades de saúde, tive primeiramente que pedir permissão à secretária municipal de saúde, Aline Alencar. No entanto, marcar uma entrevista com a secretária tornou-se um desafio, já que ela parecia, pouco interessada na temática em questão, assim como também, os seus assessores, que não sabiam ou não demonstravam ignorar o assunto quando questionados sobre ele.

De início, houve a preocupação de como se chegar às unidades sem ser ‘rotulada’ pelos informantes da pesquisa. Como eu precisava fazer algumas consultas e exames por necessidades de saúde, isso me favoreceu na pesquisa: ao longo dos meses fui marcando as consultas com os mais diversos especialistas, entre eles, oftalmologista, cardiologista, dermatologista, neurologista, reumatologista, fisioterapeuta e também fiz exames, como hemograma, eritrograma, leucograma, glicose, colesterol, HDL, triglicerídeos e tiroxina livre, T3, T4.

Considero as consultas fundamentais, para a execução da pesquisa, pois, fazer a marcação das consultas previamente permitiu-me ir com mais frequência às unidades, sem ter que prestar informações de imediato aos seus gestores das unidades, para que eles não tolhessem minhas ações. Além disso, no “anonimato” pude ter várias conversas e aproximações entre pacientes e profissionais. As consultas foram a técnica utilizada para abordagem inicial, mas, posteriormente, fui identificada pesquisadora.

O trabalho tem como método principal a análise das entrevistas semiestruturadas realizadas com os gestores municipais, coordenadores das unidades de saúde, profissionais e pacientes. Utilizei um roteiro com perguntas norteadoras, que, em que algumas situações, reformulações e supressões dependendo da situação de interlocução.

Além disso, vale explicar as escolhas realizadas. Escolhi os pacientes a partir de critérios relacionados à cor da pele, tal como socialmente percebidos. Cabe mencionar que nem todas as tentativas de aproximações deram certo. Quando, uma tentativa de aproximação falhava, eu partia para outro paciente. Em relação aos profissionais, optei por escolher aqueles que tinham maior contato com os pacientes, entre eles, atendentes, técnicos de enfermagem, enfermeiros (as) e médicos (as), ficando de fora da pesquisa os auxiliares de farmácia, digitador e auxiliares de limpeza geral. Ao total foram realizadas cinquenta entrevistas com esses informantes.

Para compor um quadro inicial, ou melhor, para preparar o olhar, foram feitos levantamentos de literatura de forma bem ampliada: bancos de teses e dissertações das principais universidades brasileiras em busca de pesquisas sobre racismo institucional, saúde, negros e discriminação. Além disso, foram selecionados livros e artigos que abordam a temática. E, por último, recorri à história oral, testemunhos e etnografia, que significa explorar, compreender e descrever as ações próprias que são produzidas e reproduzidas pelos indivíduos estudados. Ainda fiz uma inspeção em ementas e programas de disciplinas da área da saúde, nos cursos de enfermagem e medicina com o intuito de verificar se neles havia registros da questão racial.

Com o andamento das entrevistas e da observação participante foi possível analisar as interações dos atores materializadas por processos de sociabilidade e observar de que maneira o racismo se manifesta no interior das unidades de saúde. Para fazer esse exercício foi necessário ajustar “minhas lentes” para poder enxergar as

tensões mascaradas por momentos de descontrações como conversas informais, fofocas e desconfiança. As unidades de saúde são constituídas por “campos minados” de redes de relações. No entanto, a fofoca foi vista como prisma da subjetividade, que, por um lado, existe como mecanismo das distrações, de fuga das tensões, e, por outro, uma forma de alargar as relações, ou seja, os laços de amizade que estão unidos pela insatisfação em alguns focos de interesse. Pode-se supor que isso leva a formas de cordialidade, relacionamentos com um certo grau de solidariedade nos grupos interétnicos.

Acredito, ainda, ser importante mencionar algumas dificuldades surgidas na pesquisa. Abordar “líderes da saúde” e pedir permissão para ficar frequentando permanentemente as unidades de saúde e realizando entrevistas é no mínimo complexo devido ao grande receio dos citados líderes. Em virtude disso, a inserção em campo, por muitas vezes, mostrou-se tensa, e muitas negociações foram necessárias para que a observação se realizasse. Diversas vezes os profissionais não permitiram a gravação das entrevistas. Além disso, em relação aos pacientes, nem sempre pude evitar o envolvimento pessoal com aqueles que me ‘deram cabimento’. Como exemplo de dificuldades, cito ainda o caso de alguns usuários, que ao responderem as entrevistas quanto ao quesito cor, apresentavam algum tipo de ironia ou agressividade: “não está vendo não a minha cor?”² Outros não sabiam se autotransclassificar: prevalecia o silenciamento, ou devolviam a pergunta: “o que você acha?” O tempo, por sua vez, foi o maior desafio, porque foi preciso trabalhar no tempo deles, às vezes curto, às vezes mais demorado, mas sempre premido pela expectativa do atendimento³. Depois da consulta, alguns desapareciam, e nem sempre foi possível reencontrá-los.

Ao estudar o racismo institucional, do ponto de vista teórico, partimos de pontos importantes suscitados por autores como Michel Wieviorka (2007) e Ronaldo Laurentino de Sales Júnior (2006), quando ambos fazem um convite para debater e investigar os mecanismos próprios ao funcionamento das instituições que reproduzem o racismo. Enquanto o primeiro afirma que o racismo ocorre de maneira velada sem atores principais, o segundo afirma que ele ocorre de maneira explícita em alguns momentos e quem reproduz o racismo são atores bem definidos. Para tratar de questões relacionadas à desmistificação do mito da democracia racial, frequentamos autores

² As entrevistas foram feitas no espaço do Posto médico, durante o tempo de espera dos usuários pelo atendimento médico ambulatorial.

como Florestan Fernandes (1965), Roberto DaMatta (1987), atentando para as discussões que fazem dos conceitos de mestiçagem, desigualdades raciais e da fábula das três raças, entre outros. Alex Ratts (2011), Antônio Funes (2001), Henrique Cunha Júnior (2007) trataram de uma retrospectiva sobre o mito da invisibilidade negra no Ceará. Com efeito, o apoio de Paul Giroy (2001), Antônio Sergio Guimarães (2004), Munanga Kabengele (1996), Lilia Schwarcz (2012) e Jocélio Teles dos Santos (2005) contribuíram para a identificação do mito da democracia racial como ideologia. Assim, apontam os seus vários significantes que estão ancorados no sistema de poder, os seus rearranjos e a sua operacionalização. Além disso, autores como Livio Sansone (2008) e Laura Cecília López (2011) que fazem um recorte étnico-racial na análise das desigualdades em saúde e na definição de políticas públicas, também são importantes no estudo. Grosso modo, do ponto de vista da parceria teórica, este é o quadro que nos ajudará a pensar o objeto.

Quanto à estrutura da dissertação, está dividida em três capítulos. No primeiro, começo com uma reflexão de conceitos fundamentais para se compreender a situação do negro no Brasil, raça como categoria sociológica analítica, racismo, suas formas e especificamente o racismo institucional. Assim como algumas incursões pelo espaço social cearense. Não temos a pretensão de aprofundar ou tornar exaustiva a revisão dos autores que tratam do tema, pretendemos criar uma base reflexiva e linguística que nos permita transitar no campo e avançar na investigação.

No segundo capítulo, voltaremos o olhar para a situação dos afrodescendentes no que se refere ao espaço da saúde pública. A relação entre raça e saúde, no registro do chamado higienismo, eugenia, urbanização e civilização. Para isso, faz-se necessário apresentar este cenário porque dele queremos extrair elementos que remetam a situações em que o racismo se manifesta. É importante tratar, dentro deste cenário, das políticas públicas que diretamente ou indiretamente refletem a questão, no primeiro momento identificando-as e descrevendo-as, para a eficiência de programas que são direcionados à saúde dos afrodescendentes contemplados pelo SUS, somando a isso, os fatos e significados que representam o racismo institucional em suas formas mais rotineiras, percebidas (ou dissimuladas) pelos profissionais ou pelos usuários.

E, por fim, no terceiro capítulo, fazemos uma análise das unidades de saúde, assim como também exploramos algumas experiências e relatos sobre o mundo dos

pacientes que sofrem a discriminação. Logo, não são meras descrições de histórias de vida, mas são interpretações de significados através de histórias, onde por metáforas e inferências podemos discernir significados para os quais não temos palavras e conceitos. Assim sendo, o pesquisador frequentemente expressa o que os indivíduos não puderam dizer por si mesmas. Isso faz emergir novos significados.

CAPÍTULO 1

“RAÇA E RACISMO NO BRASIL”

Cem anos de liberdade, realidade ou ilusão³

Será que já raiou a liberdade,
Ou foi tudo ilusão?
Será que a Lei Áurea tão sonhada
Há tanto tempo assassinada,
Não foi o fim da escravidão?
Hoje, dentro da realidade,
Onde está a liberdade,
Onde está que ninguém viu?
Moço, não se esqueça de que o negro também construiu
As riquezas do nosso Brasil!
Pergunte ao Criador, pergunte ao Criador:
Quem pintou esta aquarela,
Livre do açoite da senzala
Preso na miséria da favela?
Sonhei que Zumbi dos Palmares voltou,
A tristeza do negro acabou,
Foi uma nova redenção.
Senhor, eis a luta do bem contra o mal,
Que tanto sangue derramou
Contra o preconceito racial.
O nego samba, o negro joga capoeira,
Ele é o rei na verde e rosa da Mangueira, falou?

(Hélio Turco)

³ Letra e música de Hélio Turco, este foi o título do enredo da G.R.E.S. Estação Primeira da Mangueira do Rio de Janeiro no desfile carnavalesco de 1988, no qual obteve a segunda colocação.

1.1 Raça, Racismo e Suas Formas

De início menciono que esse trabalho de dissertação não se traduz em um ato obrigatório de compilar dados e informações, vai além das teorias para a obtenção do título de mestre. Este texto, portanto, é um trabalho onde estou nele, na perspectiva de contribuir no processo de entendimento de outros conhecimentos e outros referenciais teóricos- metodológicos.

Assim sendo, inicio-o com a minha trajetória, faço um retorno à minha infância e lembro-me dos livros de histórias que foram as primeiras referências que tomei como partido. Na escola havia o momento de leitura em que a professora escolhia um livro e contava a história para os alunos. O meu preferido era o livro *Contos para crianças*, publicado no Brasil em 1912 e na Inglaterra em 1937.⁴ Narra a história de como uma pessoa negra pode tornar-se branca. É um núcleo narrativo que junta no mesmo enredo, a história de uma princesinha negrinha com fábulas da “bela adormecida”, “branca de neve” e algumas narrativas bíblicas.

A história relata o matrimônio de um casal de reis bondosos que estavam unidos há muito tempo, mas lamentavam a má sorte, pois ainda não tinham herdeiros. No entanto, graças a boas ações eles poderiam fazer um pedido à fada madrinha. A rainha desejou: “Oh! Como eu gostaria de ter uma filha, mesmo que fosse escura como a noite que reina lá fora”. O pedido foi atendido, a criança nasceu “preta como o carvão”. A figura do bebê causou tanta comoção no reino que a fada não teve outro remédio senão alterar sua primeira dádiva. Não podendo transformar a criança preta em branca, prometeu que, se a menina permanecesse no castelo até seu aniversário de dezesseis anos, teria sua cor subitamente transformada em cor branca, como os seus pais gostariam. No entanto, se desobedecessem à ordem, a profecia não se realizaria e o futuro dela “não seria negro só na cor”.

A pequena princesa negra, isolada no seu quarto, foi tentada por uma serpente: inocente e desconhecendo a promessa de seus pais, ela deixou o palácio. Logo, conheceu o horror, a traição. Em meio ao desespero, na tentativa de, salvar-se do desamparo, concordou em se casar com o animal mais asqueroso que existe sobre a

⁴ O livro foi editado originalmente pela editora Francisco Alves, e sua autoria é atribuída à polêmica madame Chrysanthème- Cecília Bandeira de Mello Rebelo de Vasconcelos. *Contos para crianças*, lançado em 1912, editora Francisco Alves. A primeira edição do livro traz o conto “A princesa negrinha”

terra: “o odioso Urubacaru”. Após o casamento, a princesa negra não conseguia conter o seu choro, não por causa da feição do seu marido, e sim porque nunca mais seria branca. Nesse momento, algo surpreendente aconteceu. A princesa negra viu seus braços envolverem o mais belo e nobre jovem homem que já se pôde imaginar, e Urubacaru agora era o príncipe Diamante. No final da história: belo e branco, o casal conheceu para sempre a real felicidade.

Essa narrativa infantil reforça a cada momento o ideal de branqueamento. Reforçava no meu ingênuo imaginário, que um dia eu também poderia me tornar branca e todos aqueles apelidos ferozes que meus colegas sempre usaram para me definir, não mais iriam me perseguir. Para eles eu era só uma ‘neguinha’, alguém que merecia ser ridicularizada e deixada de lado. Essa pequena história, como tantas outras, contadas e recontadas dentro de uma instituição educacional, retrata e reforça a suposta ideia de que a cor da pele reflete ideias de beleza, felicidade e moralidade. Valores que se dispersam na nossa sociedade e se encontram enraizados no âmago das nossas instituições – independentemente, do significado que se dê a essa palavra. No pequeno relato extraído da minha biografia, vemos o exemplo da escola, e nesta dissertação pretendo mostrar o caso das unidades de saúde.

Nesse sentido, foi socialmente construído no meu imaginário, e no de tantas outras crianças negras e brancas que, a cor branca, conota ou figura ‘bênção’; um símbolo dos mais operantes e significativos. Eu preferia muitas vezes me isolar a ter que ouvir os preconceitos que me acompanharam até o início da fase adulta. E o que as pessoas me falavam? “Deixa pra lá”, é só uma brincadeira. E a sociedade concordava com aqueles “meninos”: eu não me via na televisão, nas revistas, nem nas profissões que um dia almejava conquistar. Hoje, depois do reconhecimento de tanta luta, de preconceitos, estigmas e racismo, sou “sobrevivente” de uma sociedade racista e excludente que consegue chegar a Universidade e concluir o Mestrado, na dissertação descrevo alguns momentos de violência simbólica pela qual fui acometida em virtude das práticas de racismo.

Neste capítulo, cabe discutir o conceito de raça. É preciso compreender que tanto a biologia quanto a antropologia criaram ideias de raças humanas, a ideia de que a espécie humana poderia ser dividida em subespécies, e a essa divisão estariam associados os desenvolvimentos morais, intelectuais e psíquicos dos seres humanos.

Como bem define Nancy Leys Stepan (2005), raça não são entidades naturais preexistentes, mas grupos sociais produzidos por relações desiguais de poder e práticas discriminatórias.

O racismo tal qual conhecemos não existiria sem essa ideia que divide os seres humanos em raças, em subespécies, cada qual com suas qualidades. Assim, “foi ela que hierarquizou as sociedades e populações humanas e fundamentou certo racismo doutrinário” (GUIMARÃES, 1999, p.96). Dessa maneira, houve um respaldo em posturas políticas, com efeitos desastrosos como genocídios e holocausto. Paul Gilroy (1998) assume a postura de ser contrário à manutenção do termo raça. Tal termo apenas reifica uma categoria política e parte de um discurso científico errôneo e de um discurso racista, autoritário, antigualitário e antidemocrático.

Dessa maneira, o conceito de ‘raça’ tem sido utilizado por muitos pesquisadores para justificar as discriminações, explorações e atrocidades. Antônio Sérgio Guimarães (1999) afirma que:

É preciso uma reelaboração do conceito de raça, conceito este que deverá, ao mesmo tempo, reconhecer o peso real e efetivo que tem a ideia de raça na sociedade brasileira, em termos de legitimar desigualdades de tratamento e de oportunidades, assim como reafirmar o caráter fictício de tal construção em termos físicos e biológicos e identificar o conteúdo racial das classes sociais brasileiras. (1999, p.56).

Vale salientar que, a partir da segunda Guerra Mundial, houve uma tentativa por parte de estudiosos, entre eles, antropólogos, sociólogos e biólogos, de desconstruir o uso da ideia de raça, desautorizando, portanto, o seu uso como categoria científica e, conseqüentemente, acabando com o racismo. Podemos dizer que “as raças são efeitos de discursos; fazem parte desses discursos sobre origem” (WADE, 1997 apud-GUIMARÃES, 2003. p.96).

Portanto, as sociedades humanas constroem discursos sobre suas origens e sobre a transmissão de essências entre gerações. Assim sendo, raça significa para a sociologia, discursos, falas legitimadas sobre a origem de um grupo, que utilizam termos que remetem à transmissão de traços fisionômicos, qualidades morais, intelectuais e psicológicas.

Se as práticas discriminatórias no Brasil se baseiam em uma forma particular de racismo fundado na cor, o fato é que essas classificações foram responsáveis por práticas discriminatórias historicamente construídas e sancionadas por uma divisão injusta de poder e riquezas historicamente construídas.

Vale ainda considerar que, raça por muito tempo no Brasil, significou uma categoria de posição social. Ao se classificar alguns indivíduos como ‘escravos e negros’, estes tinham suas posições sociais marcadas, tinham lugar e esse lugar era a escravidão. Portanto, raça deu sentido à vida social porque alocava as pessoas em posições sociais. Entretanto, possivelmente devido às conquistas de alguns homens negros, alforriados e seus descendentes, a categoria predominante em termos de classificação social passou a ser “cor e não raça”. Tal ideia de cor está hoje na base do que se chama de nação brasileira (GUIMARÃES,1999, p.100).

Por fim, a classificação por cor é orientada pela ideia de raça, ou seja, a classificação dos indivíduos por cor é direcionada por um discurso sobre qualidades, atitudes que remontam a uma origem ancestral comum numa das subespécies humanas. Logo, raça é um conceito analítico que orienta e ordena o discurso sobre a vida social. Raça é, pois, uma forma de identificar pessoas em nossa própria mente, é um marcador social da diferença ao lado de categorias como gênero, classe, religião e idade, que se relacionam e retroalimentam a construção de hierarquias e delimitam discriminações.

Como diz Lilia Moritz Schwarcz (2012, p. 34), tais categorias, articuladas em sistemas classificatórios, reguladas por convenções e normas e materializadas em corpos e coletividades, não adquirem seu sentido e eficácia isoladamente, mas antes por meio da íntima conexão que estabelecem entre si. Ou como diz Peter Fry (2005, p.147), “nada é constante; o sentido nunca é universal, mas sim atribuído por sistemas culturais a situações concretas”. Portanto, raça deve ser também compreendida como uma categoria classificatória de construção local, histórica e cultural, assim como exerce influência no mundo real, por meio de produção, reprodução de identidades coletivas e de hierarquias sociais politicamente poderosas. Dito isto, vale corroborar a perspectiva de Ronaldo Sales Júnior (2006, p.12) quando afirma que o “racismo ostensivo se funda numa concepção causalista que afirma que as diferenças sociais são determinadas por fatores biológicos”. As classificações das raças baseiam-se, sobretudo, nos atributos fenotípicos (cor da pele, tipo de cabelo, formato do nariz, e até mesmo na capacidade

craniana ou ângulo facial). Enfim, no contexto do surto dos nacionalistas, o discurso sobre a inferioridade humana dominou o pensamento até meados da década de 30 do século passado, marcando a posição de vários autores, entre eles Sílvio Romero (1851-1914), Raymundo Nina Rodrigues (1862-1906) e Oliveira Viana (1883-1951). Em seus discursos, esses autores procuram “naturalizar diferenças e fazer de questões políticas e históricas dados inquestionáveis da própria biologia” (SCHWARCZ, 2012, p. 37).

Digamos, sobretudo, que esse conjunto de doutrinas e ideologias promove o racismo, havendo, os seus promotores nas diversas sociedades, é também um fenômeno transnacional, graças ao qual as ideias de raça circulam intensamente do Velho mundo para o Novo. Esse racismo científico propõe uma pretensa demonstração da existência de “raças”, cujas características biológicas ou físicas correspondem às capacidades psicológicas e intelectuais, ao mesmo tempo coletivas e válidas para cada indivíduo. O racismo científico é antes universalista, dominado por uma temática da hierarquia das raças. Já o novo racismo, como diz Michel Wieviorka (2007), corresponde a uma, passagem da inferioridade biológica para a diferença cultural na legitimação do discurso racista, cuja, argumentação se fundamenta não mais na hierarquia, mas na “diferença”, na cultura, na língua, na religião, nas tradições e nos costumes. O Novo racismo é diferencialista, tende a rejeitar, a excluir e não a incluir, já que destrói, ou aparta o outro.

Foucault (2005) demonstra que o racismo surgido na modernidade estaria associado a técnicas de normalização de uma sociedade que caminha para a industrialização, possibilitando, dessa maneira mecanismos de poder. Assim sendo, surgiria daí a origem da noção de população, que seria assunto científico e político da “biopolítica”, campo de poder e saber, que teria como objetivo os problemas de natalidade, morbidade e incapacidades biológicas diversas. Nesse sentido, esse autor demonstra como foi possível aceitar “a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior, (ou do degenerado, ou do anormal)”, para que a vida em geral se tornasse mais sadia e mais pura” (Foucault, 2005, p.305). Portanto, o conhecimento por vias de técnicas de poder voltadas para o controle social nas sociedades modernas nos ajuda a compreender as formas de exclusão, como também as formas de racismo existentes nas nossas sociedades atuais. Por fim, estava entrelaçada a crença do poder da ciência e da técnica para a solução de problemas sociais.

Como afirma Joel Rufino dos Santos (1984), o racismo prega em particular o confinamento dos grupos inferiores dentro de um país (segregação racial). Assim, existem diversas formas de racismo, sendo a segregação a forma mais ostensiva. Logo, existem diversidades das expressões concretas do racismo, entre elas, a *segregação racial*, *estereótipo social*, *indiferença/ridicularização* e *discriminação*.

A *segregação racial*, como afirma Ronaldo Sales Júnior (2006), varia do ódio racial genocida até o domínio racial, fundado na opressão e exploração de grupos raciais por outros. De forma mais ampla, o preconceito de brancos sobre os negros inscreve-se em uma relação de dominação que contribui para manter uma situação de inferioridade. Recentemente, uma reportagem realizada pelo jornal O Globo, mostrou um caso de segregação racial, ocorrido em 25 de maio de 2016. “O Country Club do Rio de Janeiro, divulgou a seguinte nota no estabelecimento: “As babás não podem frequentar os banheiros, uso exclusivo para sócias, que deixam lá seus pertences”⁵. Essa postura do Country Club demonstra o que Elias e Scotson (2000), em *Os Estabelecidos e Outsiders* já haviam dito, uma certa classe (branca e com recursos financeiros e simbólicos) se intitula como superior e tenta se equilibrar com forças instáveis de poder e relações de interdependência na configuração estabelecida e para isso segregam, inferiorizam e estigmatizam os “outros” (na maior parte negros e pobres), como outsiders.

Michel Wieviorka (2007) também chama atenção para a segregação racial, afirma que:

A segregação mantém um grupo à distância, localizado em espaços próprios que lhe são reservados, enclaves, guetos, territórios de um tipo ou de outro. Essa separação geográfica completa-se ocasionalmente com medidas de circulação restritivas. Pode alcançar até a interdição de penetrar em certos espaços ou abandonar aqueles que lhes são reservados (2007, p. 65).

No plano *dos estereótipos sociais*, há uma visão simplificada, que se caracteriza pela associação ou caricaturização de elementos e atributos físicos e sociais do outro. Dessa forma, podemos observar como eles aparecem na maneira como os grupos, vítimas do racismo, são tratados na mídia, na televisão e nas piadas que são contadas para “animar e descontraír” os ambientes. Por exemplo:

⁵ www.blogs.Oglobo.com. Acessado em 03/08/2016.

1 - “Nego em pé é um tronco
Correndo é ladrão
E parado é suspeito”

2 – Pensa que negro é gente?
Sabe quando negro é gente?
Quando está no banheiro, pois diz:
Tem gente”.

3-“Isso é coisa de negro”

4-“Negro quando não caga na entrada, caga na saída”⁶

Há tantas piadas desse tipo que traduzem como os negros são considerados na sociedade: são “classificados” como “ignorantes”, “inferiores”, “sujos”, “perigosos”, “ladrões”, “maconheiros”, “folgados”, “favelados”, “cabelo ruim”, “fedorentos”; na esfera religiosa são acusados de macumbeiros, despacho, coisa do diabo, feitiçaria.

A ridicularização e indiferença também são formas de ostracismo social. Na indiferença há uma exclusão do “elemento estranho do convívio do grupo denominado como puro, superior”; “Ele nunca será um de nós”. A ridicularização, por sua vez, condena a transgressão de uma regra aceita, uma forma de condenar o comportamento, que por vezes vem acompanhado com reforços de associações estereotipadas e caricaturadas.

Portanto, falsas imagens e associações aos negros como “todo preto é ladrão” ou expressões como “lugar de nêgo é na jaula”, “negro de alma branca” promovem a indiferença e ridicularização, as charges e sátiras abaixo, também refletem isso.

Figuras 01, 02 e 03 – Imagens de racismo na Internet

⁶ Exemplos retirados do nosso caderno de campo. Sem dificuldades podemos identificar muitos outros exemplos no cotidiano, em situações mais corriqueiras e banais.

Figura 01: “Nos barracos da cidade”



Fonte: juntos.org.br

Figura 02: ‘Só por isso ?’



Fonte: blackwomenofbrazil.com

Essas charges e sátiras demonstram como os negros são retratados de forma preconceituosa na nossa sociedade. Vale lembrar também que as atitudes dos brancos sobre os negros, em vários casos, não são determinadas pelo contato direto, mas pelo contato com a atitude prevalente a seu respeito. Logo, o preconceito, a partir daí, procede da formação da personalidade do racista, das frustrações vividas durante a

infância, das dificuldades da vida adulta. Dá-se assim a incorporação de uma hostilidade que se transcreve em agressão e também nos insultos raciais.

O insulto racial não ocorre apenas, como acredita o senso comum, no Brasil, numa situação de conflito, no entanto, pode ocasionar o conflito. Segundo Guimarães (2002, p.173), a injúria racial pode aparecer em cinco tipos de situações. A primeira, quando as relações entre as pessoas envolvidas estão desgastadas por algum motivo; a segunda, quando em uma disputa qualquer, esgotados os meios de convencimento e o uso de ameaças plausíveis, diante da recusa ou falta de assentimento da vítima, usa-se da injúria. A terceira se dá quando, por uma falha involuntária, a vítima provoca raiva no agressor, que se manifesta com insultos. A quarta refere-se às relações nas quais não há conflitos, e cujo objetivo é a separação racial entre vítima e agressor. Por último, a quinta situação, ocorre quando o agressor comete uma falha e é corrigido ou repreendido e para reverter a situação agride verbalmente a vítima. Contudo, precisamos considerar o enunciado racista, pois não podemos afirmar se um discurso é racista ou não, o analisando isoladamente do seu contexto discursivo.

Por fim, a raça predomina como uma categoria/estereótipo social, quando a cor da pele “condensa e conota uma série infinita de atributos (adjetivos) que compõem a identidade social do indivíduo e seu status social” (SALES JR, 2006, p.16). A discriminação, de fato, ocorre em formas manifestas nas condutas sociais mais corriqueiras possíveis. Logo, o discurso discriminatório se fundamenta, por várias vias em, segregação racial, estereótipos, indiferença/ ridicularização, atitudes e gestos. Há sempre um querer dizer, mesmo que não dito, no fazer. A ação de alguém expressa algo para outrem na interação.

Vale a pena a menção aos contínuos e sofridos relatos fotográficos sobre a perversa e dissimulada discriminação racial ressoante entre nós, “o não dito”. No Brasil permanecem as separações entre elevadores de serviço e elevador social. Sem falar das crianças negras que não conseguem papel para atuarem em peças como a ‘branca de neve’, ou até mesmo as que são impedidas de se fantasiar de anjos, uma vez que no imaginário coletivo os “anjos são brancos” (LOPES, 2005).

Foto 01 – Lembranças de discriminação na infância



Fonte: arquivos da pesquisadora

Esta foto retrata um episódio da minha biografia que coloca em pauta a imposição e aceitação dos modelos de beleza incorporados pela sociedade, que têm impacto forte nos processos de delineamento da identidade negra. Relembra-me das festas de santos realizadas nas comunidades rurais do Crato. Era o Sítio Rosto, localidade onde passei minha infância. Lá a festa de coroação de Nossa Senhora da Penha, padroeira da localidade, é um momento de efervescência, em que o ato de colocar a coroa na cabeça da imagem é bastante concorrido. Em 1994, o meu desejo era ser a protagonista daquele ato, mas os padrões estéticos e consuetudinários vigentes da localidade não se compatibilizavam com os desejos de uma menina negra. A coroação deveria ser feita por um “anjo”, e ser “anjo” para os organizadores da festa e da comunidade significava ser branco, de preferência ter cabelos loiros e olhos azuis/verdes, atributos que uma afrodescendente como eu não possuía. Minha mãe, que foi uma das primeiras mulheres naquela comunidade a criticar os modelos raciais impostos, manifestou-se contra aquela discriminação e com muito esforço fui aceita para fazer parte da comitiva de anjos que levariam a coroa da Santa. No desenrolar da cena, uma menina branca dos olhos verdes foi escolhida para protagonizar o ato, enquanto isso, a menina negra e o seu sonho foram sendo empurrados gradativamente para o fundo do palco, onde ninguém podia vê-la, escondida, quase empurrada para o

proscênio. Esta experiência socializadora não é um caso isolado, e para os que a vivenciaram, mantê-las inscrita em seus repertórios de disposições, de maneira duradoura é uma constante. Ainda pequena não conseguia formular bem as ideias, em termos elaborados como faço hoje nesta dissertação, mas já tinha a convicção de que algumas pessoas eram mais favorecidas socialmente pela condição da sua pele.

Da mesma forma, as fotos seguintes, retiradas do livro de Lilia Moritz Schwarcz, refletem a situação de hierarquia e poder, onde os símbolos da cultura branca “dominam” e se impõem no tecido das relações sociais nos mais variados campos: estética, lazer, economia, religião, vida conjugal, espaços publicitários, escola etc.

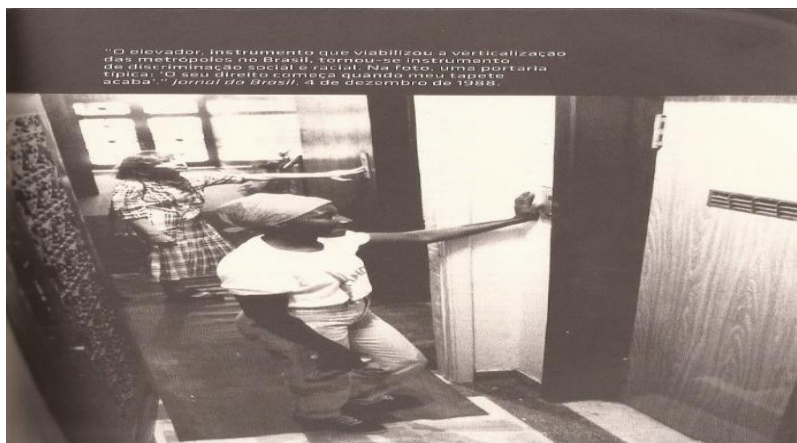
Foto 02 – Brincando com o racismo



Fonte: Schwarcz (2012, p.73)

Muitas crianças negras, principalmente na infância, não têm referências de identidade. A todo momento são bombardeadas pela mídia e pela sociedade em geral, que reforça os ideais de “branqueamento”, do belo, branco e bonito, principalmente na fabricação dos brinquedos.

Foto 03: “Cada macaco no seu galho”



Fonte: Schwarcz (2012, p.78)

É muito comum nos prédios brasileiros haver um elevador de serviço e outro social, é uma forma de segregação racial.

Por fim, o racismo aqui no país se refere a discursos, que fazem fluir, emergir o antagonismo das relações raciais. As práticas discriminatórias baseiam-se em uma forma particular de racismo fundado na cor. O fato é que essas classificações foram responsáveis por práticas discriminatórias historicamente construídas e sancionadas por uma divisão injusta de poder e riquezas.

Nesse sentido, vale perguntar quem é negro no Brasil ? Digo que esse termo depende da visão de quem o utiliza, ou seja, necessita-se saber quem o emprega. Assim sendo, O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utiliza a classificação (branco, preto, pardo, amarelo e indígena) para definir a população brasileira. Há aqui uma mescla entre raça/ cor, portanto, raça (conceito) não se reduz à cor da pele, como também gênero (conceito) não se reduz a “sexo”.

Como diz Giralda Seiferth (1989) a palavra “raça” evoca classificações de ordem física utilizadas para marcar diferenças de ordem social que levam à classificação e hierarquização de grupos e pessoas socialmente definidos segundo critérios subjetivos, que nada têm a ver com o fenômeno de raça propriamente dito. A luta de “classificações” diante de uma disputa pelo estabelecimento das classificações legítimas, como afirma Bourdieu (1980, p. 47), são “lutas de monopólio de fazer ver e fazer crer, de fazer conhecer e de fazer reconhecer, de impor a definição legítima das divisões do mundo racial e através disto fazer e desfazer grupos”. Portanto, as

classificações estabelecidas pelo IBGE podem ter sido apropriadas e interpretadas de acordo com o quadro de referência teórico e metodológico e os propósitos de pessoas, grupos de instituições envolvidos com questão racial.

Assim, fazendo um recorte histórico sobre como o racismo se propaga e como as classificações são preponderantes para determinantes de hierarquização social, comecemos pelos espaços públicos de atuação e pelos resultados gerais da demografia. A distribuição geográfica desigual representa um fator de grande importância na análise da conformação brasileira. Assim é, metade da população classificada como parda encontra-se na região Nordeste (49,8%), sendo a população branca apenas (15,1%). Por outro lado, nas áreas do Sudeste e Sul acham-se (64,9%) da população branca e (22,4%) da população parda.⁷ Henrique Cunha Júnior (2001), afirma que, essa divisão desigual é, por sua vez, um dos elementos que explicam a difícil mobilidade ascendente dos não brancos, obstaculizada pela sua concentração nos locais geográficos menos dinâmicos a saber, áreas rurais em oposição às cidades e, dentro das cidades, em bairros periféricos.

Como estas marcas estruturais, vale a pena pensar que em todo o país se apresentam outras marcas significativas de rejeição e discriminação contra os negros, a exemplo da rejeição às imagens e valores dos afrodescendentes, na forma de racismo declarado ou não. Embora, ninguém apareça como racista declarado, e até condenam o racismo e o racista, afirmando ter conhecidos e parentes negros. Alguns dizem, ter presenciado atos racistas, mas que nunca fariam isso. Na verdade, “somos racistas, sim”, no entanto, “o nosso racismo é melhor, porque mais brando que os “outros”, essa é uma das novas versões de um mito que não para de crescer no país” (CUNHA JR. 2001, p.96).

Apesar de tantas negações contra atitudes racistas, ultimamente os noticiários nos mostram o contrário. Há várias reportagens de racismo declarado contra as pessoas negras, principalmente as famosas. Foi o caso de Taís Araújo e da Jornalista Maria Júlia Coutinho, que sofreram discriminação. A cantora Ludmilla recebeu ofensas em seu perfil no Instagram, em que figuram as palavras: “crioula”, “macaca”, “nojenta”. Outro exemplo é o do cantor Thiaguinho. Em 2002, entrevista ao jornal “Folha de São Paulo” foi vítima de preconceito : “Quando fui almoçar em um restaurante de short, camiseta e

⁷ IBGE, 2010.

chinelo a um restaurante, o manobrista, ao trazer o meu carro, me perguntou, colocando-se à minha frente: “Você é o dono?”⁸.

É ilustrativo o caso da Deputada Tia Eron (PRB/BA) que, na seção do impeachment, em 17 de abril de 2016, votou a favor do afastamento da presidente Dilma. Em decorrência, recebeu vários comentários em sua página, dos quais se destaca o seguinte: “Tia Eron, você é negra; porém, bonita e inteligente. Votou como uma verdadeira patriota pelo impeachment da Dilma Como afirma Ronaldo Laurentino Sales Júnior (2006, p. 230), temos aqui um “racismo cordial”, espécie de “tolerância com reversas”, que serve para diminuir a tensão racial. Mas essa mesma cordialidade não se aplica a “negros impertinentes”, ou seja, Tia Eron é “digna” de um elogio, apesar de ser negra, pois ser bonita e ser inteligente não são atributos pertinentes às mulheres negras”. (BARROS, 2016)

A Direita Racista



Fonte:noticias.bol.uol.br

Esses fatos não são acontecimentos isolados, eles refletem um contexto estrutural, onde, por exemplo, aproximadamente 50% da população negra tem uma renda inferior a dois salários mínimos ou, onde, no grupo de pessoas entre 15 e 24 anos que frequentam o ensino superior, 31,1% dos estudantes são brancos, enquanto 12,8% são pretos e 13, 4% pardos.

Assim é que,o racismo está em toda a parte e nível, como assegura Henrique Cunha JR (2007). Indo, desde o doce que se chama de “nega maluca”, aos partidos que relutam em incluir em suas plataformas políticas as especificidades político-sociais que contemplem as necessidades das populações negras. Tal se dá, também quando pensamos que a ópera é uma grande arte e que as escolas de samba são apenas carnaval,

⁸ www.blogs.oglobo.com. Acessado em 02/08/2016.

ou quando, nas escolas, as crianças aprendem, a identificar quem foi Zeus, mas não conhecem Xangô, que um livro conta histórias e que um tambor faz apenas barulho. Tudo isso reflete as facetas múltiplas do racismo, especialmente na sua forma institucional.

Conforme Cunha Júnior (2007, p.112), o racismo se organiza historicamente no Brasil, da seguinte maneira:

Com ideologia que se apoia no mito da igualdade racial, onde se joga para o plano individual as possíveis consequências. O negro é que não se esforça para vencer na vida. A vítima é transformada em culpada da “sua sorte”.

Na persistência de uma inclusão limitada, o que combina com exclusão dos meios sociais, políticos e econômicos. Do ponto de vista econômico dá-se a formação de uma classe econômica afrodescendente autônoma.

Com o racismo que, produz submissão intelectual, política e econômica, gerando-se daí a persistência estrutural e secular de pobreza sistemática das populações afrodescendentes.

Um sistema institucional velado racista e excludente que se torna pior e limitado no, trato dos negros, na saúde, educação ou emprego.

Por fim, cabe mencionar, a proposta de Henrique Cunha Júnior, segundo o qual o racismo é uma forma de dominação política e estrutural que cria as instituições públicas e privadas e as controla no seu modo de operação para que elas tenham aparência de democráticas, promotoras de equidade social e, sobretudo, para que não pareçam racistas.

1.2 Racismo Institucional

Vale mencionar que a prática do racismo institucional, de acordo com Michel Wieviorka (2007), é uma modalidade de racismo que mantém os negros em situação de inferioridade por mecanismos não percebidos ou declarados, assegurando a reprodução da discriminação dos negros na saúde, na moradia, na escola, no mercado de trabalho: “[...] O racismo aparece assim como um sistema generalizado de discriminações que se alimentam ou se informam uns aos outros [...]” (WIEVIORKA, 2007, p. 30). O racismo

institucional age de forma a manter ou condicionar a organização ou ações do Estado, instituições públicas e privadas produzindo e reproduzindo a hierarquia racial.

Nesse sentido, o que me levou à análise que faço neste trabalho foi justamente perceber que o problema não é mais a existência de doutrinas ou de ideologias que se apoderam da ciência para justificar os seus atos racistas. É, funcionamento, mesmo da sociedade, da qual o racismo representa uma propriedade estrutural nos mecanismos rotineiros, constituindo dessa maneira, a dominação e a inferiorização dos negros sem que ninguém tenha quase a necessidade de “os teorizar” ou tentar justificá-los pela ciência. Como diria Pierre Bourdieu (1992), tornou-se uma segunda natureza, na forma de *habitus*.

O racismo institucional se coloca como legitimador e definidor de prioridades, promovendo exclusão racial. Para Michel Wieviorka (2007), é um tipo de racismo que se reproduz sem a presença de atores definidos. Não prioriza o discurso, mas a prática, distanciando-se de outras modalidades de racismo que se respaldavam num discurso científico. Todavia, provoca uma desigualdade na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades nos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial.

Mas é preciso ressaltar que o racismo se apresenta de diversas formas, e muitas vezes de uma maneira quase imperceptível, mas em linhas gerais o seu conceito básico pode ser “definido como um sistema de dominação social baseado nas relações raciais, efetivando-se nas formas de preconceito, da discriminação e desigualdade racial” (SALES JUNIOR, 2006, p.205) Assim, é preciso lembrarmos de que, por trás das condutas de quem produz o racismo, estão suas ações repletas de interesses, de poder, sejam eles individuais ou institucionais.

Assim, portanto, o racismo institucional incide não somente nos privilégios dos brancos, mas de suas “ações para o controle, manutenção e expansão dessas prerrogativas via apropriação do Estado” (WERNECK, 2005, p.34) As instituições como os hospitais, as escolas e a polícia representam ordens de instituições formais com relações de forças entre dominantes e dominados. Indicadores de racismo institucional podem ser encontrados regularmente, nos atendimentos em serviços de saúde (número de obtidos em relação à raça, número de pacientes sem leitos em relação à raça, etc.), ou na média de anos de escolaridade que é mais alta entre brancos do que entre negros.

Vale destacar ainda que o racismo se apresenta além das relações de poder sejam elas, econômicas, políticas ou de qualquer natureza. O preconceito está no reconhecimento do outro e delimitação do seu lugar. O pensamento racista opera com a representação dos negros como seres inferiores. Dessa maneira, é importante destacar os espaços de maior destaque na sociedade, que de acordo com, os racistas, não devem ser ocupados por negros, uma vez que essa categoria tem os “seus lugares apropriados”. (ELIAS e SCOTSON, 2000, p. 22).

O racismo institucional perpassa quatro dimensões presentes nos modelos de pensar, agir dos profissionais das diferentes agências de poder público que prestam serviços sociais à população: atitudes discriminatórias, preconceito inconsciente, ignorância e falta de atenção, ou naturalização para com os estereótipos racistas vigentes na sociedade. Todos esses vetores levam à introjeção de valores normativos que tornam normais as diferentes formas de atendimento às pessoas dos distintos grupos de cor ou raça (PAIXÃO; CARVANO, 2008, p. 153).

Assim sendo, o racismo se manifesta nas práticas mesmo do cotidiano. Está, naturalizado com práticas inconscientes que refletem, um conhecimento cultural dos valores. Na maioria dos casos se revela como proposital, sendo que há quatro formas do racismo institucional, a saber: 1)- formas discriminatórias, quer objetivas, quer subjetivas 2)- preconceito inconsciente, caso em que a pessoa age com racismo sem perceber, e não se considera racista, 3-) ignorância e falta de atenção, quando o indivíduo não percebe que suas ações estão sendo racistas; 4)- por fim, naturalização dos estereótipos, muitas vezes associados a piadas ou ditos populares.

Aqui cabe um parêntese para apresentar episódios de minha biografia. Nos primeiros anos de escola, minha melhor amiga era uma menina branca, com capital simbólico e econômico superior ao meu. Mesmo com tantas diferenças, construímos uma amizade interrompida. Lembro-me de que todos os seus aniversários foram comemorados na própria escola, porém eu nunca tivera sido convidada para participar de nenhum deles, apesar da nossa amizade. Mas no aniversário de quinze anos dela, tinha a certeza que seria convidada, pois eramos inseparáveis, fazíamos todos os trabalhos juntas, tínhamos uma relação parecidas com a que duas irmãs desenvolvem. Uns dias antes da festa, sua mãe levou os convites e distribuiu entre os colegas mais próximos, todos brancos. Fiquei a esperar o meu. Por alguns instantes pensei que a sua

mãe não tinha me visto ou tinha esquecido o meu convite. Minha amiga, percebendo a minha decepção e tristeza, se afastou de mim e foi conversar com a sua mãe. Pude perceber que elas estavam discutindo, falavam gesticulando. Ao final, elas se aproximaram de mim e sua mãe falou em voz alta: “Não trouxe o seu convite, pois a nossa casa é muito longe, e daí pensei que seus pais não tinham como te levar ao aniversário, mas a minha filha faz muita questão que você vá. Assim, quando for amanhã, eu trago o seu convite”. Aquelas palavras doeram muito e me acompanharam por muito tempo. Nem no outro dia, nem em dia algum o convite chegou. Em algumas confidências minha amiga me contou que sua mãe afirmava veemente não ser racista, mas que as pessoas deveriam ter amizades com pessoas de sua “cor” da sua condição financeira.

Outro episódio em que presenciei esse tipo de racismo ocorreu-me na adolescência, quando comecei a namorar um rapaz branco de família tradicional da cidade. Um relacionamento muito conflituoso por parte de seus familiares que não aceitavam a situação de ele ser branco e se relacionar com uma mulher negra. Em vários momentos pude presenciar conversas e discussões em que sua mãe afirmava não ser racista, “Filho ela é bonitinha, boazinha e estudiosa, mas não quero ver meu filho se casar com ela, como pode? Uma negrinha dessa sem eira, nem beira”.

Voltando ao eixo central da discussão, o racismo produz efeitos concretos, e o seu maior problema não é o insulto direto, mas o que está presente no não-dito, aquilo que é negado. O fato de um médico não atender um paciente negro, não constitui, necessariamente, um fato de racismo, mas quando ele tende a priorizar o atendimento por pessoas brancas é que se verifica claramente o problema.

Para ilustrar tais considerações, citamos a declaração realizada pelo obstetra e ginecologista Bartolomeu Penteado Coelho, até então diretor da câmara técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro) ao jornal Folha de São Paulo, em 26 de maio de 2002 (PETRY, 2002). Ao ser questionado sobre a qualidade da assistência prestada às mulheres puérperas entrevistadas por Leal (2004), o médico respondeu:

Em alguns lugares, como na baixada fluminense (periferia do Rio de Janeiro), o atendimento nos hospitais públicos é ruim, não importa a cor da pessoa. Acontece que nesses lugares a maioria das pacientes é pobre e grande parte delas é composta por negros. Como as gestantes

negras são a maioria, a pesquisa acaba concluindo que elas recebem um atendimento pior, quando, na verdade, as brancas é que são poucas. (2004, p. 32)

Neste caso, percebemos como essa afirmação do profissional da saúde encontra-se naturalizada no cotidiano, através de práticas inconscientes que refletem um conhecimento cultural de valores, resultando daí a presença de preconceito e falta de atenção aos estereótipos racistas incorporados na prática cotidiana. As diferenças no atendimento acabam obnubilando as questões raciais.

Por fim, as elevadas taxas de homicídio nos territórios de maioria negra, as políticas de remoção e de despejo de sua população, os altos índices de encarceramento de negros pobres, a precariedade das políticas públicas de habitação, saúde e educação para o conjunto da população negra e o desrespeito a suas tradições culturais e religiosas não são sucessivos produtos do acaso ou do mau funcionamento do Estado, mas traduzem, de forma geral o racismo, e de maneira especial o racismo institucional que opera no Brasil bem ao largo de qualquer perspectiva de integração social e urbana desses segmentos populacionais pela via da cidadania.

Dito isto, o racismo institucional se configura por meio de atitudes, comportamentos, negligências e estereótipos racistas direcionados aos afrodescendentes, causando desvantagens a essa parcela da população. Na área da saúde, estudos recentes têm evidenciado “que as desigualdades quanto à saúde e à assistência sanitária dos grupos étnicos e raciais são óbvias e que, das explicações de tais desigualdades, o racismo é a mais preocupante” (OMS, 2001, p.7).

Haja vista que, na ótica de Suzana Kalckmann (2005), o racismo promove também a invisibilidade de doenças que são mais prevalentes nessa parcela da população – assunto que será tratado no segundo capítulo – dificultando a obtenção de insumos, determinando diferenças importantes nos perfis de adoecimento e morte entre brancos e negros. O racismo por fim, interfere na autoestima e contribui de forma decisiva na saúde, especialmente mental, dos usuários.

Logo, ao falar de racismo institucional, é preciso, antes de tudo, fazer um regresso a vários momentos históricos e tentar compreender como o racismo se configurou e se estabeleceu na sociedade brasileira. Além disso, é de suma importância

analisar como se estabeleceu o legado da suposta invisibilidade negra no cariri cearense, campo da pesquisa.

1.3 Da terra da luz à negação da participação negra no Estado - uma “suposta harmonia racial”

Para situar melhor o *locus* deste trabalho faz-se necessário compreender como ocorreu o processo de colonização do Ceará e do Cariri, região onde a cidade do Crato está localizada. O último censo de 2010 evidenciou que em Crato, os brancos somavam 31,11% da população, os pretos 8,03%, pardos 59,67%, amarelos 1,09% e os indígenas 0,10%. Os dados do IBGE.⁹ nos mostram, a quantidade de afrodescendentes que existem nessa região.

No entanto, foi desenvolvido um discurso que propaga a invisibilidade negra nesse Estado. Esse discurso compõe o imaginário acadêmico e também o social sobre a formação da população do Ceará. Logo, faz-se necessário colocar em tela a ideia muito divulgada e aceita de que no Ceará não existe racismo porque aqui a presença do negro é quase inexistente.

É necessário indagar quem é negro? O que representou o negro no estado do Ceará? E por que a necessidade da afirmação da sua inexistência? Podemos afirmar que há uma persistência dos padrões racialistas para pensar a cultura negra e os afrodescendentes, que são imaginados com características estereotipadas, como o que muitas vezes se incorre em absurdos. Dentro do estado, o número relativo de africanos e afrodescendentes com relação a outras populações foi sempre significativo, talvez majoritário em alguns períodos.

Vale afirmar que, ao contrário do litoral nordestino, o espaço cearense foi ocupado apenas no final do século XVII através da pecuária. E o trabalho nos engenhos de rapadura foram atividades que contribuíram para ‘formar’ a região do Cariri, ajudado a definir as características atuais da sua população. No entanto, historicamente foi,

⁹ O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística usa preto como classificação de cor ou raça nas pesquisas de censo demográfico desde 1872, conforme Nota técnica sobre o Histórico da investigação sobre cor ou raça nas pesquisas domiciliares do IBGE.(RATTTS, 2011).O IBGE, utiliza as categorias, branco, preto, pardos e indígenas baseado na cor socialmente percebida, para esse Instituto os afrodescendentes são a união dos pretos e pardos. Também denominados “negros”, não só pelo IBGE mas também pelo MNU.

tecida uma narrativa da não existência de negros neste Estado por parte da ideologia política dominante que atesta a invisibilidade negra, fazendo com que muitos sujeitos acreditem e produzam esse discurso.

Antônio Funes (1994) contradiz o discurso da não existência de negros no Crato quando apresenta um censo realizado em 1804 que destaca uma população de negros e pardos (livres ou cativos) bem superior à quantidade de brancos existentes na cidade; chamando a atenção para a porcentagem de pretos e pardos (67,5%) numa população de 20.681 habitantes.

POPULAÇÃO DA CAPITANIA DO CEARÁ GRANDE EM 1804				
VILAS	Brancos	Pretos e Pardos		Total da População
		Livres	Escravos	
Aquiraz	2.679	2.145	702	5.526
Aracati	2.339	1.490	1.102	4.931
São Bernardo	3.753	2.769	943	7.465
Itó	3.822	3.522	1.507	8.851
Crato	6.797	12.793	1.091	20.681
S. João do Príncipe	5.361	3.231	1.856	10.448
Granja	1.047	1.656	799	3.502
Sobral	2.781	4.193	2.978	9.952
Campo Maior	1.757	2.986	1.270	6.013

FONTE: Revista do Instituto do Ceará (RIC). Tomo XXIX, p.279.

(Citado por FUNES, 2004, p. 104).

Outro autor que nos alerta para desconstruir esse discurso da suposta invisibilidade negra é Alex Ratts (2011), no livro *Artefatos da Cultura Negra no Ceará*, no qual trabalha a presença de festas tradicionais populares de origem africana como os Reisados, as Congadas e os Maracatus, das formas de religiosidade como a Umbanda e o Candomblé. Cícera Nunes (2007) também comprova a existência das expressões da cultura negra no Estado com As irmandades de Preto em diversas cidades do estado, os terreiros existentes em quantidade, principalmente em Fortaleza e Juazeiro do Norte. A literatura acadêmica registra ainda a presença de outras formas de religiosidade de base africana, no presente e no passado, como a umbanda, quimbanda e candomblé. Os maracatus estão também presentes no carnaval da cidade de Fortaleza sendo uma marca importante da memória da cultura africana. E, além disso, comprova que na formação socioeconômica do estado já encontramos a referência à existência de populações quilombolas em 1600, sendo que na atualidade é reconhecida a existência de pelo

menos 80 comunidades remanescentes (BANDEIRA, 2009; HOLANDA, 2009; MADEIRA, 2009).

Alex Ratts (2011) afirma que esse discurso começa a ser construído porque a província do Ceará foi a primeira a realizar a abolição da escravatura em 1884 (daí a origem da expressão “Terra da Luz”). Por isso era comum, no início do século XX, a divulgação da ideia de que no Ceará não havia negros (e nem índios) e que “o cearense era uma mistura de branco e índio, ou seja, a figura do caboclo da nossa fábula das três raças” (RATTS, 2011, p. 20).

No entanto, o processo da invisibilidade negra traz como consequência uma lógica perversa desenvolvida por um discurso político que legitima essa ausência, alimentando um imaginário que reproduz o preconceito e a discriminação. Este imaginário é construído com base o modelo de relação da casa grande e da senzala como válido para todo o País. Dessa forma, se não tivemos açúcar, não tínhamos muitos escravos, portanto não tivemos muitos negros. Sobre a premissa da formação econômica e das relações sociais se deduz que o Ceará não tem negros, não tem cultura negra e que o indígena e o europeu são os povoadores (RATTS, 2011, p.148). Logo, quando se afirma que não há negros, está se legitimando a ideia de que não há razões para a existência de movimentos pela conquista de direitos dos negros.

De qualquer forma, é preciso respaldo nos dados e mapas que comprovam a existência de negros no Ceará e principalmente no município de Crato, pois os dados históricos são grandes aliados para a desconstrução de ideologias como essa.

O quadro abaixo, referente a levantamento feito pelo Grupo de Valorização da Mulher Negra no Cariri (GRUNEC), revela a quantidade de comunidades quilombolas na região do Cariri Cearense.

QUADRO 01- Quilombo do Cariri

MUNICÍPIO	NUMERO DE FAMILIAS	OUTRAS INFORMAÇÕES
Porteiras	75	Certificada pela Fundação Palmares como Quilombola
Mauriti (Vila das Ritas Extremas)	76	Toda comunidade Assume a identidade negra

Milagres (Valdivino)	54	Comunidade eminentemente rural. Economia: produtos da agricultura familiar
Araripe (Cachoeirinha)	45	Os projetos sociais são acrescidos pelos programas do governo Federal
Várzea Alegre (Painelas)	57	Patrimônio cultural : as rezadeiras
Potengi (Catolé, Carcará)	97	Todas as famílias se autoconhecem como quilombolas, havendo, dado entrada no processo junto à Fundação Palmares e ao Incra
Assaré (Inficado)	Não identificado	Casa Grande do Inficado segundo professores e historiadores locais e padre Viled Basilio vida é o símbolo vivo da presença negra na região do Cariri Cearense
Jardim (Mulatos, Serra boca da mata)	56	Os agricultores são proprietários de terras
Jati (Alto Das Madalenas)	06	A comunidade Alto das Madalena, é ocupada por famílias que se afirmam negras há cerca de 100 anos
Salitre (Serra dos Chagas, Arapuca, Cacetes, Quincas, Lagoa dos crioulos, serra dos Nougueiras, Babdo dos Mocós, Fações, Lagoa dos Paulinos, Serrinha)	350	As comunidades rurais se autoreconhecem como negras. Sobrevivem da agricultura familiar tendo sua renda acrescida dos programas sociais do governo Federal
Aurora	70	A primeira família originária da Paraíba chegou em 10/03/1908
Crato (Catingueira, Angicos, Chico Gomes, Currais, Luanda, Serrinha)	250	Algumas comunidades ainda não se veem como negras é o caso da Luanda
Missão Velha	150	Organizam-se em associações de moradores, tendo como patrimônio cultural, rezadeiras, parteiras, reisados e renovação dos santos

Fonte: GRUNEC (2011)

Os dados acima, obtidos através de mapeamentos realizados no ano 2000, comprovam a existência de comunidades remanescentes de quilombos no Ceará. Em relação ao Cariri, o GRUNEC (Grupo de Valorização Negra do Cariri) fez um mapeamento das comunidades quilombolas e conseguiu registrar 25 (vinte e cinco) comunidades rurais negras ou quilombolas no Cariri cearense (GRUNEC, 2011).

1.4 Nas Falácias do Mito

É bem verdade que desde que o Brasil era uma América portuguesa, o tema da cor nos distinguiu. Pois os primeiros viajantes destacavam sempre a existência de uma natureza exuberante, e em contrapartida, lamentavam a “estranheza de nossas gentes” (SCHWARCZ, 1993, p.11). Há vários relatos do período colonial, de viajantes, que descrevem a terra e o povo das colônias. Muitos mencionavam as ambivalências entre a existência do Éden ou da barbárie nessas terras perdidas, do paraíso ou o inferno. Quando Pero Magalhães Gândavo escreveu História da Província de Santa Cruz, de 1576, refere-se aos índios como:

(...) “Estes índios muito desumanos e cruéis não se movem a nenhuma piedade: vivem como brutos animais sem ordem nem concerto de homens, vivem descansados, não têm cuidado de coisa alguma senão de comer e beber e matar gente; e por isso são muito gordos em extremo: e assim também com qualquer desgosto emagrecem muito: e como se agastam de qualquer coisa comem terra e desta maneira morrem muitos deles bestialmente” (apud SCHWARCZ, 2012, p. 14-5).

Como se vê, ao descrever os indígenas brasileiros, muitos portugueses afirmavam que eles eram atrevidos, sem crença na alma, desonestos e por vezes dados à sensualidade. Dessa forma, as interpretações do Brasil, tanto do passado como do presente, estão marcadas pelo etnocentrismo extremado. A imagem que se forma e a estranheza que provoca nos colonizadores frente às populações autóctones permaneceriam fortes enquanto representação, tendo sido muito potencializadas nos séculos seguintes. Assim sendo, a América estava dando os seus primeiros passos para a tese da inferioridade do continente, e principalmente do seu contingente “humano”.

O fato é que, tais teorias depreciativas, preparadas pela experiência colonizadora, foram aplicadas sem solução de continuidade aos negros. Foi no século XIX que os teóricos ligados ao evolucionismo e darwinismo social, como Nina Rodrigues, Gobineau, Le Bon e Taine fizeram dos atributos externos e fenotípicos elementos definidores de moralidade e do devir dos povos.¹⁰ Assim, vinculado e

¹⁰ Estes autores procuraram estabelecer uma correlação entre atributos externos (físicos) e internos (morais), fazendo da raça um elemento ontológico e definidor do futuro das nações.

legitimado pela biologia, o darwinismo social se constituiu em instrumento eficaz para classificar, julgar e definir povos e culturas.

Além disso, como diz Paul Gilroy (1993), foi construído um discurso do valor cultural e suas condições de existência em relação à estética e à filosofia europeias que serviram de modelo estético e moral para o Brasil. Por muito tempo, acreditou-se que os negros não eram seres humanos, eram inferiores. Acrescentam-se também as noções de civilizado e primitivo que serviram como sinalizadores estéticos para marcar diferenças e dar lugar à ideia de ‘brancura’, bem como existe uma relação de bonito e belo relacionado aos brancos (GILROY, 1993, p.45).

De todo modo, com o passar das décadas, muitos autores se questionavam sobre como devemos escrever a história do Brasil. Na verdade, perguntavam-se como se deveria inventar uma história do e para o Brasil? Nesse caso, o objetivo era criar uma história que fosse (por suposto) nacional, que atendesse ao projeto ideológico de minorias brancas. O que nos faz perceber que o processo de criação do Brasil como nação pautou-se no ideário branco, profundamente etnocêntrico e racializado.

Assim, tal qual uma boa pista naturalista, o Brasil era desenhado por meio da imagem fluvial, três grandes rios compunham a mesma nação: um grande e caudaloso, formado pelas populações brancas; outro um pouco menor, nutrido pelos indígenas, e ainda outro, mais diminuto, composto pelos negros. Lá estariam todos, juntos em harmonia, e encontrando uma convivência pacífica cuja natureza só ao Brasil foi permitido conhecer (SCHWARCZ, 2001, p. 27).

Nesse caso, é preciso atentar para o fato de que harmonia não significa igualdade. Há uma estreita relação entre rios/raças. Era o rio branco que ia incluindo os demais, no seu contínuo movimento de inclusão, estava assim dado, e de uma só vez, um modelo para pensar e inventar uma história, feita pelo olhar estrangeiro que vê de fora e localiza bem adentro e pela boa ladainha das três raças.

Assim, de um lado o racismo persiste como fenômeno social, justificado ou não por fundamentos biológicos. De outro, no caso brasileiro, a mestiçagem e a aposta no branqueamento da população constituem o racismo à brasileira, que se pauta mais na “marca” do que na “origem” (NOGUEIRA, 2007), permitindo a discriminação na esfera privada, ainda que não impeça a propagação da universalidade das leis e dos direitos. Logo, impõe a desigualdade nas condições de vida, mas é assimilacionista no plano da cultura (SCHWARCZ, 2012).

Passando pelos momentos históricos da colônia, monarquia e república, damos um salto histórico e afirmamos que, desde os anos de 1930, os movimentos nacionalistas foram ganhando formas e se propagaram, em sentido contrário ao evolucionista anteriormente predominante, que via na miscigenação um forte empecilho para o desenvolvimento do Brasil como povo e nação. Esses movimentos, por sua vez, utilizavam símbolos nacionais associados à mestiçagem, por vezes exóticos, no mais das vezes harmoniosos, ou seja, uma alentada convivência cultural miscigenada se torna modelo de igualdade racial. De acordo com, esse modelo de visão oficial, a desigualdade e a violência do dia a dia são evitadas. A invasão desse tipo de interpretação, que destacava a situação racial idílica no país, levou em 1951, à uma aprovação de um projeto de pesquisa financiado pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura) e intermediado no Brasil por Alfred Métraux, cujo objetivo foi sustentar que o Brasil representava um exemplo neutro na manifestação de preconceito racial e que seu modelo poderia servir de inspiração para outras nações cujas relações eram menos ‘democráticas’. Vale lembrar que os encarregados nas análises dessa pesquisa foram Gilberto Freyre e Donald Pierson, além de Roger Bastide, Florestan Fernandes, entre outros, que deveriam pesquisar a realidade brasileira¹¹ (SCHWARCZ, 2012).

Para a Unesco, havia uma grande expectativa de que os estudos enfatizassem a mestiçagem e a possibilidade de convívio harmonioso entre as raças. No entanto, as análises de Costa Pinto para o Rio de Janeiro, e de Roger Bastide e Florestan Fernandes em São Paulo, apontaram as falácias do mito. Florestan Fernandes afirmou que no Brasil há o preconceito de não se ter preconceito, que significa uma concordância, uma aceitação ao ideal de democracia racial.

Assim, o mito serve para mascarar ou omitir os conflitos raciais. Dessa forma, vemo-nos existindo num país de uma “boa consciência”, que nega o preconceito ou o reconhece como mais brando.

Seguramente, como afirma Wagner Arandas (2010), as análises desses estudiosos serviram para a desconstrução desse mito falacioso, ao questionarem os

¹¹ Esse projeto foi em seguida ampliado e houve novas pesquisas ligadas à Cadeira de Sociologia I da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo. Fernando Henrique Cardoso, Otávio Ianni e Renato Jardim fizeram parte dessas pesquisas.

‘modelos de exclusão’¹², que representaram condutas racistas até então desprezadas por grande parte da sociedade. Ou como afirma Jocélio Santos (2005), a imposição do mito impede as manifestações demasiado brutais, disfarça a raça sob a classe, limita os perigos de um conflito aberto.

De qualquer modo, Florestan Fernandes (1972) afirmava categoricamente que a democracia era refletida como realidade e mito. Para ele a miscigenação havia sido produzida como consequência de uma estratificação racial resultante de uma ordem escravista, que contribuía para aumentar a população de escravos e para diferenciar os estratos dependentes intermediários, mais do que para fomentar a igualdade racial. Assim sendo, Florestan diagnosticava a existência de um racismo dissimulado e assistemático. (coisa, entretanto, que os negros organizados já sabiam desde 1930).

A partir dos anos de 1970, considerando essa perspectiva crítica, uma série de pesquisas passou a insistir na tese da desigualdade introduzida por Florestan Fernandes, buscando aprofundar a questão da realidade do racismo brasileiro, o que implicava refletir sobre uma política de desigualdades que separa os negros dos grupos dos não negros. E, dessa maneira, privilegiavam esferas da produção da diferença como justiça, saúde, nascimento, morte, trabalho e lazer. Ademais, sob a ótica de Roberto DaMatta (1987, p. 62), o racismo está contido na fábula das três raças, cujo poder funciona, como a mais poderosa força cultural do Brasil, na capacidade simbólica de integrar idealmente a sociedade e individualizar sua cultura.

No Brasil, desde a proclamação da República, a universalidade da lei foi afirmada de maneira taxativa: nenhuma cláusula, nenhuma referência a qualquer tipo de diferenciação pautada na raça.¹³ O fato é que o racismo aos poucos vai sendo viabilizado, explicando, por exemplo, o surgimento nos anos de 1950 de leis que

¹² Modelos de exclusão são variáveis que representam entraves nas relações de ascensão social, ou mesmo nas liberdades individuais, em geral de ordem oficiosa, muitas vezes de coação moral. (SCHWARCZ, 1993).

¹³ Contudo, indiretamente algumas leis ou parte delas acabavam incidindo diretamente sobre determinadas parcelas étnicas da população, como é o caso dos artigos do Código Penal de 1890 (Artigos 157, 158 e 159) e do de 1940 (Artigos 283 e 284) que condenam as práticas de curandeirismo e charlatanismo, o que acaba por interditar certos comportamentos religiosos centrais das religiões afro-brasileiras praticadas pelas camadas populares da sociedade, em grande parte composta por negros e mestiços. Muitos destes foram presos e condenados. Terreiros foram perseguidos, invadidos e fechados. Ver Vale (2013).

culpabilizavam pela primeira vez a discriminação. A lei Afonso Arinos¹⁴, ao punir o preconceito, acabava por formalizar a sua existência. No entanto, por falta de cláusulas impositivas e de punições mais severas, a medida tornou-se ineficaz até mesmo no combate a casos bem divulgados de discriminação no mercado de trabalho, nas escolas e serviços públicos (ANDREWS, 1992).

Entretanto, uma análise mais atenta nos faz refletir sobre a ambiguidade que esse tema sugere e nos impulsiona a procurar compreender como a questão da *igualdade de direitos* é tratada historicamente pelo Estado brasileiro através das Constituições, já que a desigualdade social sempre esteve presente na história do país.

Mas, apesar da ‘marca definitiva’ do racismo na sociedade brasileira, é preciso admitir que no Brasil as tentativas de propor medidas que amenizem ou diminuam o problema das desigualdades étnicas são antigas, muito embora os esforços para execução e aplicabilidade dessas leis sejam quase inexistentes. Observando as Constituições Federais, percebemos que o tema da igualdade está sempre presente, muito embora ele seja abordado de forma bastante ambígua. Na Constituição de 1824 o direito à igualdade excluía a população negra escravizada. Mais tarde, a primeira Constituição promulgada após a proclamação da República, apesar de reafirmar a igualdade de todos perante a lei, restringia o direito ao voto apenas para pessoas alfabetizadas impedindo aos negros o acesso às urnas, além de proibir também o voto feminino. Nas Constituições seguintes, o tema da igualdade apresentava avanços e retrocessos: em 1934 a Carta condena a discriminação racial, mas defende o ensino da eugenia. As Cartas de 1967 e 1969 estabelecem uma relação entre o direito à igualdade e a proibição (e punição) do preconceito racial. No entanto, apesar dessas Constituições abordarem o preconceito étnico como uma atitude passível de punição legal, as Leis tornaram-se ineficazes porque exigiam da vítima que elas provassem “o especial motivo de agir” e as manifestações de racismo foram associadas a contravenções penais, o que reduzia consideravelmente o número de condenações pela prática do racismo (MOURA, 2010). Finalmente, a Constituição de 1988 protege contra discriminações sociais e aborda o tema da igualdade, considerando a sua relação com a desigualdade ao propor, como objetivo fundamental, a redução das desigualdades sociais e a promoção do bem-

¹⁴ Essa lei (1.390), de 3 de julho de 1951, tornava imputável e considerava contravenção penal a recusa de hospedar, servir, atender ou receber cliente, comprador ou aluno por preconceito de raça ou de cor. também considerava crime a recusa de venda em qualquer estabelecimento público. A punição variava sempre de quinze dias a treze meses de prisão (ANDREWS, 1992, p.76).

estar de todos, sem distinção de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Mas é a partir da promulgação da Lei Nº. 7.716 em 1989 que o problema do racismo na sociedade brasileira dá um grande avanço em relação às outras leis anteriormente aprovadas. É que a referida lei, define e estabelece punições para “crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional” (BARROS, 2009, p. 10). Essa determinação se configura como um marco na história do tratamento jurídico do racismo no Brasil. Pela primeira vez, as manifestações de preconceito contra as pessoas negras são tratadas como crime inafiançável e imprescritível, tornando o acusado sujeito à pena de reclusão nos termos da lei.

Finalmente, em 2010 é instituído o Estatuto da Igualdade Racial. Ele foi proposto pela primeira vez no ano 2000 pelo então deputado Paulo Paim. Referido Projeto de Lei vinha, desde então, tramitando no Congresso quando foi finalmente aprovado (Lei 12.288) em 20 de julho de 2010 sob o compromisso de entrar em vigor noventa dias após a data de sua publicação (SOUZA, 2013).

O Estatuto da Igualdade Racial objetiva “garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica” (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, o Estatuto insere o debate sobre o racismo em diversos aspectos da vida social porque estabelece disposições que tratam do direito à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e lazer, à liberdade de crenças e manifestações religiosas, ao acesso à terra e à moradia adequada. Propõe medidas de inclusão e submete as práticas de racismo a um julgamento digno, favorecendo a construção de uma sociedade mais justa e menos desigual. Determina no seu Art. 4º, parágrafo único, que:

Os programas de ação afirmativa constituir-se-ão em políticas públicas destinadas a reparar as distorções e desigualdades sociais e demais práticas discriminatórias adotadas, na esfera pública e privada, durante o processo de formação social do país. (BRASIL, 2010).

Através desse argumento, o governo federal reconhece oficialmente que o racismo é um forte determinante da desigualdade, da exclusão ou da inclusão desqualificada e, conseqüentemente, da concentração de renda. O Estado brasileiro se compromete assim a saldar uma ‘dívida histórica’ provocada pelas diversas formas de ‘etnocídios’ praticadas contra os afrodescendentes ao longo da história deste país.

Assim sendo, nos últimos anos o governo brasileiro e principalmente a sociedade civil (segmentos do ativismo negro, intelectuais, religiosos) reconhecem as desvantagens materiais e simbólicas sofridas pelos negros. Nesse contexto, houve várias lutas e negociações por vezes não consensuais, nem pacíficas entre sociedade civil e governo para a implementação das políticas públicas. Trata-se da construção de uma política setorial, com recorte racial, gerador de um processo de diferenciação e busca de legitimação no âmbito das políticas públicas pelos negros.

Concebidas atualmente como Ações Afirmativas, essas iniciativas contribuem para a valorização social e a inserção de pessoas ou grupos discriminados no mercado de trabalho, da saúde, do setor agrário, ou seja, nos âmbitos que envolvem qualidade de vida, lazer, política, educação, enfim, apontam para aquilo que muitos chamam de cidadania plena. Elas podem ser desenvolvidas pelo poder público ou privado e fazem parte do Programa Nacional de Ações Afirmativas (instituído pelo Governo Federal em 13 de maio de 2002 – Decreto-Lei Nº 4.228), que tem como meta o combate à discriminação racial, de gênero e de origem nacional e a execução de medidas que favoreçam a igualdade e o acesso a bens fundamentais como a educação e o emprego.

De acordo com Sarmiento, as políticas de Ações Afirmativas podem ser definidas como:

[...] medidas públicas ou privadas, de caráter coercitivo ou não, que visam promover a igualdade substancial, através da discriminação positiva de pessoas integrantes de grupos que estejam em situação desfavorável, e que sejam vítimas de discriminação e estigma social. Elas podem ter focos muito diversificados, como as mulheres, os portadores de deficiência, os indígenas ou os afrodescendentes e incidir nos campos mais variados, como educação superior, acesso a empregos privados ou cargos públicos [...] (*apud* D’ANGELO, 2010, p. 21).

É possível perceber que as ações afirmativas se baseiam na concepção de igualdade (aqui, entretanto, é preciso mencionar que essa concepção de igualdade está pautada na ideia de discriminação positiva) contrariando uma das principais

características da sociedade brasileira que é a desigualdade social. Mas a existência da Lei, por si só, não garante a resolução dos problemas quando se parte para a realidade. Se no plano das leis tudo leva a ser considerado como resolvido, no vivido, no cotidiano verifica-se com facilidade a atuação de muitas formas de preconceito, intolerância e violência justificadas por traços étnicos, de cor ou raça como marcadores sociais da diferença.

1.5 A Condição da População Afrodescendente: quem somos nós?

Os dados levantados pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), em parceria com a SEPPIR (Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial) em 2012 (IPEA, 2014) servem para caracterizar a situação dos afrodescendentes no Brasil no tempo presente. Assim sendo, esses indicadores apresentam-se como desafios aos governos e à sociedade para aperfeiçoarem a política de promoção da igualdade racial, de natureza transversal, e seus arranjos institucionais. Os dados referem-se ao período que vai de 2001 até 2012, compreendendo, então, a primeira década do século XXI.¹⁵ Dessa maneira, esses estudos analisam os avanços e as lacunas em termos de desigualdades raciais. Esse estudo apresenta vários indicadores, assim sendo, na pesquisa abordaremos apenas os que consideramos mais pertinentes por estabelecerem um olhar mais detido sobre a inserção da família.

Os estudos comprovam que a parcela com menos de 0,5% salário mínimo passou de 65,85% em 2001, para 38,6% em 2012. Trata-se de redução significativa, no entanto, a desigualdade permanece expressiva para a maioria dos pobres. Além disso, a renda *per capita* acima de 1,5 salário mínimo, os níveis de disparidades são enormes entre brancos e negros. Logo, a distribuição racial da riqueza é incontestável, a população negra segue sub-representada. Além disso, essa pesquisa estabelece diferenças relevantes por cor ou raça no quesito localização de moradia. Assim sendo, são evidentes as desigualdades raciais, onde as famílias chefiadas por pessoas brancas apresentam uma situação de moradia mais adequada em comparação com as famílias chefiadas por negros. Vale mencionar também que os habitantes de regiões metropolitanas têm maiores probabilidades de possuir moradias em condições

¹⁵ Neste estudo, os pesquisadores se valeram dos resultados apresentados pela PNAD referente ao período de tempo em foco.

adequadas se comparados com os moradores da região urbana não metropolitana e principalmente com os residentes na zona rural.

No que se refere à escolarização, existem vários fatores de desigualdades entre brancos e negros, a saber: renda familiar, acesso a bens públicos e menor frequência escolar. Considerando a população com mais de 15 anos, em 2012, 23% da população branca tinha menos de quatro anos de estudo, os negros por sua vez eram 32,3%. Essas taxas de escolarização retratam os diferenciais de frequência escolar. Essas frequências, por sua vez, refletem negativamente sobre oportunidades da população negra no mercado de trabalho.

Assim sendo, a população negra apresenta rendimentos inferiores aos brancos, em todas as situações que envolvam rendimentos auferidos via ocupação ou seguridade social. Sem incluir os ganhos de capital, em 2012, o valor obtido pelos negros não foi superior a 62,9% do que é pago aos brancos. Dessa forma, os negros estão em desvantagens nas ocupações e remunerações. Logo, os dados refletem os efeitos do racismo e discriminações nas condições de inserção no mercado de trabalho.

Por fim, os estudos do IPEA apresentaram o seguinte resultado final, as condições de vida da população negra, em geral, não se apresentam necessariamente, acompanhadas de significativa redução das desigualdades entre negros e brancos. Além disso, propõem que as políticas universais incorporem, em seu bojo, a necessária atenção com a redução das desigualdades raciais, a ser refletida desde a formulação, na definição de públicos prioritários e estratégias. Com isso, os dados analisados revelam quanto as desigualdades sociais têm cor e estão profundamente enraizadas no racismo que estrutura a sociedade brasileira e se materializa por meio das políticas praticadas pelo Estado, em todos os seus níveis. O que queremos sublinhar, ao discutir estes dados, é que, no Brasil, as desigualdades sociais se somam e são elevadas pelas desigualdades raciais. Mais do que isso: as desigualdades raciais estão no cerne do modo de gestão estatal dos territórios de maioria negra e desta população.

CAPÍTULO 2

“SAÚDE DA POPULAÇÃO AFRODESCENDENTE”

“Paira sobre o povo negro da diáspora um desapontamento
 Um cansaço, um lugar ainda mais amargo
 Pois percebemos que o ideal alcançado
 É irrealizável. A solução parece se tornarmo-nos
 brancos... e embora alguns acreditem que
 Encontraram essa saída, sem dúvida, esse também é
 Um ideal impossível de ser alcançado e vivenciado com
 Liberdade. Nessa procura, louco pela liberdade
 Essa bênção parecia esquivar-se de seu alcance, e o povo
 Negro diaspórico assistiu, sofreu e soltou
 Seu grito que ninguém ouviu diante do holocausto
 Das guerras, dos terrores da Ku Klux Klan,
 Das mentiras constituições, da desorganização dos setores
 Trabalhistas que não absorveram adequadamente
 Sua mão de obra, das propagandas que nunca o incluíram
 como consumidor, da sociedade que sempre o rotulou
 como um problema e nada mais restou ao antigo servo senão
 a contínua luta pela liberdade solitariamente como,
 negro da diáspora, que lutou sozinho
 também pelas políticas afirmativas na educação, saúde,
 no acesso à terra, à alimentação, tudo isso
 no seu anseio de inclusão para alcançar a liberdade de um
 Ser no mundo forjado pelos brancos” (Du Bois, 1868)

2.1 Perfis de morbimortalidade da população afrodescendente

Para a elaboração desse capítulo, abordamos as questões relacionadas à saúde da população negra, os perfis de morbimortalidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o racismo institucional, bem como a universalização das políticas públicas de saúde.

Assim sendo, ao longo da nossa história condições desiguais foram geradas para certa parcela da população, com características étnicas e raciais específicas. Dessa forma, resultou um quadro atual de iniquidades enfrentadas pelos afrodescendentes na

saúde, ou seja, condições desfavoráveis nas formas de viver, adoecer e morrer quando comparadas à população branca. Assim, traduzida especialmente pela precocidade dos óbitos e morte materna, a situação se agrava, pela existência do racismo que ocorre em várias instituições e nos serviços de atenção à saúde.

Nos últimos anos foram vários os atores sociais da sociedade civil, entre eles as Organizações do movimento negro, militância e alguns representantes da academia que iniciaram no país um movimento político-ideológico, cujo principal objetivo consistiu em revelar o racismo na nossa sociedade mediante pesquisas empíricas. Nesse sentido, foram retroalimentando-se num movimento sinérgico que culminou no conhecimento sobre a saúde da população negra e possibilitou a formação de vários projetos, programas e políticas públicas voltadas para os afrodescendentes, entre eles a Política Nacional de Saúde da População Negra e o Estatuto da Igualdade Racial.

A Organização Mundial de Saúde concebe a saúde como “[...] o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não só a ausência de doença”. Percebemos na definição da OMS que o conceito de saúde vai além da ‘ausência de doença’ e compreende também os aspectos econômicos e culturais da sociedade, pois reconhece que ‘o estado de completo bem-estar’ só é possível quando o indivíduo possui condições dignas de sobrevivência e quando o seu estado de saúde não é comprometido por problemas externos ao seu corpo. Fica claro então, que a saúde não pode ser estudada isoladamente, mas sim mediante consideração todos os aspectos mencionados.

Quando, pois um indivíduo adoece e tem que recorrer a um tratamento através do serviço público de saúde é que as noções de cidadania e de igualdade são assimiladas e inseridas no seu cotidiano, geralmente pela ausência. (Esse é um exemplo, mas não é o único, pois não é só no campo da saúde que isso acontece). Percebemos então que é a partir da ausência de bons serviços públicos de saúde que grande parte da população passa a ter consciência dos direitos que lhe deveriam assistir.

Por fim, no que diz respeito aos afrodescendentes, o acesso à saúde adquire outros obstáculos: a presença do racismo na sociedade brasileira que torna a vida do negro mais difícil sob todos os aspectos e a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre noções de igualdade, sobre os direitos e a saúde da pessoa negra.

Nesse mesmo contexto, foi naturalizado o discurso de que no País principalmente na esfera da educação e segurança, o racismo institucional pode ser detectado mais facilmente. No espaço da saúde, entretanto, esse dilema espalha-se de maneira menos identificável, já que foi construído historicamente um consenso geral, no qual foi identificado que a saúde no Brasil é “precária e insuficiente”. Portanto, são precariedades que atingem de forma geral a população, independentemente desta ou daquela cor. No entanto, são claras e marcadas as discrepâncias segundo etnias em termos de condições de vida.

Os mapas de pobreza se superpõem aos de distribuição por etnia, com isso, os negros ocupam posições menos qualificadas e mal remuneradas, no mercado de trabalho. Além do mais, são eles que sofrem maiores restrições aos sistemas de saúde. Assim sendo, essa grande parcela da população em quase todas as dimensões de sua existência vivencia situações de exclusão, marginalização e/ ou discriminação econômica, o que a coloca em posição de maior vulnerabilidade diante de uma série de agravos à saúde.

Em termos gerais, os indicadores são medidas- síntese que contém informações relevantes sobre determinado atributo e dimensões do estado de saúde, bem como desempenho do sistema de saúde. Assim sendo, O sistema Único de Saúde (SUS) desenvolveu os seguintes indicadores, entre eles: Demográficos (A), socioeconômicos (B) mortalidade (C), morbidade e fatores de risco (D), recursos e cobertura (E). Esses indicadores podem ser acompanhados em bancos virtuais do Ministério da Saúde.¹⁶ Referidos indicadores servem para apresentar evidências quantitativas das mais diversas disparidades raciais, e subsequentes para elaboração de políticas públicas com vistas à redução das iniquidades raciais em saúde.

Nesse contexto, podemos traçar um quadro significativo da população afrodescendente em relação a saúde no Brasil:

- 1- Segundo o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (BRASIL, 2007), os óbitos de mulheres da população parda apresentaram maior participação entre os óbitos por causas maternas no período de 2000 e 2005. O percentual de óbitos

¹⁶ Um dos bancos de dados mais utilizados para a organização das políticas de saúde é o Datasus, que pode ser acessado em ,< <http://www2.datasus.gov.br/DATA-SUS/index.php>>

maternos de mulheres pardas foi de 41,5% para mulheres brancas foi de 12,3%;

- 2- A taxa de mortalidade por Aids no Brasil em 2010 foi de 10,61/100 mil para mulheres brancas, 21,49/100 mil para pretas; 22,77/100 mil para homens brancos; e 41,75/100 mil para os homens negros (LOPES, 2005);
- 3- A diferença comparativa no total de óbitos em consequência de causas externas entre jovens de 15 a 25 anos é de 78,7% entre brancos contra 82, 2% entre negros (pretos e pardos). Entre os brancos, 38,1% foram assassinados, e 25,8% o foram especificamente por arma de fogo, porém 52, 1% dos negros foram mortos por homicídios, 37,4% deles por armas de fogo (PAIXÃO,2005);.
- 4- A esperança de vida ao nascer dos brancos é de 73, 9 anos, enquanto a dos negros 67, 8 anos. (LOPES, 2005).

Esses dados são exemplos de que o racismo impacta a saúde da população negra, mas, sobretudo, evidencia que a ausência de ações governamentais para o enfrentamento desse cenário – seja pela “cegueira institucional” (Lopes, 2005), seja pela reprodução do racismo no cotidiano do setor da saúde, contribui para a permanência e o agravamento das iniquidades, configurando o racismo institucional. Também podemos analisar resultados da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre mortalidade materna no Brasil(Lopes, 2005). O país considera a ocorrência anual de 3.000 a 5.000 casos de mortes evitáveis com variações diferenciadas entre estados e regiões. Considerando as regiões mais pobres (Norte, Nordeste e Centro-oeste), as mulheres apresentam-se mais vulneráveis à mortalidade e à morbidade maternas, sobretudo porque possuem os menores rendimentos, menos acesso à saúde e educação, como também os piores índices de moradia e habitação.

O relatório Saúde (BRASIL, 2005) apresenta dados e análises sobre raça, etnia e cor, enfocando assistência ao pré-natal, tipo de parto, baixo peso ao nascer e análise dos dados referentes ao nascimento, incluindo morbimortalidade materno - infantil, no âmbito nacional e regional. Nesse mesmo relatório foi possível identificar dados referente às crianças menores de 05 anos. O risco de uma criança preta ou parda morrer por causas infecciosas ou parasitárias é 60% maior do que o de uma criança branca.

Também o risco de morte por desnutrição apresenta diferenças alarmantes, sendo 90% maior em crianças pretas e pardas que entre brancas.

Outro fator refere-se aos diferenciais de raça, cor e etnia, quando a análise está centrada na proporção de óbitos por causas externas. O risco de uma pessoa negra morrer por causa externa é 56% maior que o de uma pessoa branca; no caso de um homem negro o risco é 70% maior que o de um homem branco. No geral, o risco de morte por homicídio foi maior nas populações negra e parda, independentemente do sexo (BRASIL, 2005). Além disso, as mulheres negras grávidas morrem mais de causas maternas, a exemplo da hipertensão própria da gravidez, que as brancas; as crianças negras morrem mais por doenças infecciosas e desnutrição, e nas faixas etárias mais jovens, os negros morrem mais que os brancos (BRASIL, 2005). O baixo nível de renda, tanto individual quanto domiciliar *per capita*, restringe as liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno esteja deficiente, desgastante e gerador de doenças. Em maio de 2001, mais de 32 milhões de negros com renda até meio salário mínimo eram potencialmente demandantes de serviços de assistência social e viviam, em sua maioria em lugares com características individuais de habitação (IBGE, 2000; IPEA, 2002).

Também foi possível, nesse mesmo relatório, identificar a proporção de óbitos maternos de 10 a 29 anos, segundo as principais causas diretas e raça/cor: eclampsia (branca: 15,4%, negra: 18,3%), pré-eclâmpsia (branca: 5,3%, negra: 8,5%), hemorragia pós- parto (branca: 3,6%, negra: 4,7%), aborto (branca: 6,9%, negra: 12,1%). Assim sendo, homens e mulheres negros vivenciam diariamente a invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção das doenças. Logo, podemos visualizar essas iniquidades a partir de pesquisas realizadas por Perpétuo (2000) e Chacham (2000). De acordo com esses autores, as mulheres negras apresentam menores chances de passarem por consultas ginecológicas completas e por consultas de pré-natal em período igual ou inferior ao quarto mês de gravidez, receber informações sobre os sinais do parto, alimentação e sobre a importância do aleitamento nos primeiros seis meses de vida do bebê. No entanto, essas mulheres negras apresentam maiores chances de ter filhos com 16 anos ou menos, de não receberem assistência médica durante o período gravídico e/ou de não serem examinadas adequadamente.

Além disso, 8,9% das mulheres negras que deram à luz na região Norte do País não realizaram consultas de pré-natal contra 6,5% das brancas. Assim sendo, possuíam 36% menos chance de acesso a este tipo de assistência. No Nordeste, a proporção foi de 10,1% para as negras e 6,9% para as brancas, em razão de 46%. No Centro- Oeste, 3,9% versus 1,8%. No Sudeste e Sul, a proporção de negras que não tiveram acesso aos cuidados no período gravídico foi o dobro das brancas. Nessa mesma pesquisa, em termos locais, das 9.633 puérperas atendidas em maternidades municipais na cidade do Rio de Janeiro, mais negras que brancas relataram diagnóstico da doença hipertensiva e sífilis durante a gestação. Além da inadequação do pré-natal, a peregrinação em busca de atendimento foi de 60,6% entre as negras e 18,5% entre as brancas. Assim sendo, esses números nos levam a crer que existem formas de preconceito conscientes ou inconscientes dentro das várias instituições que formam o suporte à saúde, o que coloca segmentos populacionais em desvantagens. Essas ações corroboram para a elaboração de estratégias menos evidentes, porém eficientes de discriminação racial, seja numa perspectiva individual, coletiva ou institucional.

Para uma análise das condições adequadas da saúde da população negra é preciso considerar a presença do racismo. E essa questão muitas vezes permanece invisível aos olhos dos órgãos públicos. Assim sendo, o sistema de saúde compromete a saúde dessa população quando não a percebe como um grupo com particularidades a serem observadas e quando negligenciadas as condições socioculturais no diagnóstico, tratamento e prognóstico. Nesse sentido, a saúde da população negra só passou a ser discutida em meados da década de noventa, especificamente na gestão de Fernando Henrique Cardoso, quando em 1996 ocorreu no palácio do Planalto, o seminário internacional multiculturalismo e racismo. O evento teve como intuito colher subsídios para a formulação de políticas voltadas para a população negra. Nesse mesmo ano e contexto, houve um evento denominado “A mesa redonda sobre a saúde da população negra”. Dessa reunião saiu um documento sobre o tema, dividido em quatro vertentes (SOUZA, 1997; GRIN, 2001).

Grosso modo, a primeira delas se refere às “doenças geneticamente determinadas”, classificadas como de “berço hereditário, ancestral e étnico”. São exemplos: anemia falciforme, considerada a mais importante doença genética que acomete os afrodescendentes, hipertensão arterial e diabetes mellitus. “Pondera-se que esses agravos à saúde recaem sobre outros grupos étnico-raciais, mas que a intensidade

de seus efeitos incide especialmente sobre pretos e pardos” (PINHO;SANSONE, 2008). O segundo está pautado nas doenças que dizem respeito às condições socioeconômicas, educacionais e psíquicas, tais como: “alcoolismo, desnutrição, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia, DST/AIDS, doenças do trabalho e transtornos mentais” (PINHO; SANSONE, 2008). O terceiro bloco refere-se aos agravos à saúde por uma combinação entre determinantes genéticos com desfavoráveis condições sociais de vida: ‘hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiência renal crônica, cânceres e miomas’. Vale dizer que essas doenças acometem a população como um todo; no entanto elas seriam mais acentuadas nos afrodescendentes devido a uma situação desprivilegiada que desfruta na sociedade, a saber, poucos têm acesso à educação, saúde, lazer, moradia, justiça e trabalho. O último bloco de doenças está associado aos determinantes fisiológicos que, acrescidos das precárias condições de vida, transformam processos aparentemente naturais (crescimento, gravidez, parto e envelhecimento) em graves problemas sociais (PINHO; SANSONE, 2008).

O governo, então, reconhece a prevalência de doenças em afrodescendentes. Os fatores genéticos, as condições socioeconômicas, a inserção social desqualificada a que foram submetidos os negros desde o período colonial até os dias de hoje influenciaram fortemente a frequência, distribuição e causalidade das doenças mais incidentes na população afro-brasileira. Batista (2004) mostra que a mortalidade dos pretos é maior que a dos brancos em quase todos os capítulos da 10ª edição da classificação internacional de doenças (CID 10), exceto para neoplasias, doenças do aparelho circulatório e malformações congênitas. As taxas de morte aparecem 2 vezes mais que para os brancos nos óbitos determinados por doenças mentais,¹⁷; gravidez, parto e puerpério e causas mal definidas; mais de 50% maior nas infecções, nas causas relacionadas ao tecido sanguíneo, glândulas endócrinas, pele, tecido osteomuscular e regiões geniturinárias e menos de 50% maior nas doenças do sistema nervoso, digestivo e respiratório.

Nesse mesmo contexto, consideramos propício fazer uma breve explanação sobre algumas doenças: anemia falciforme, hipertensão arterial, doença hipertensiva

¹⁷ As consequências indesejáveis do uso abusivo do álcool e outras drogas, têm afetado a vida da população negra, em especial os homens (Paixão e col , 2004; Batista e col , 2004). Vale salientar que as maiores taxas de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais entre homens negros concentram-se nas regiões mais pobres detentoras dos menores IDH, com maiores taxas de desemprego e/ou emprego informal.

específica na gravidez e diabetes mellitus, doenças essa observadas com maior frequência na realização da pesquisa, uma vez que passamos a entender como elas funcionam e como podem comprometer a vida das pessoas acometidas por elas.

Anemia falciforme¹⁸ – [...] é a doença hereditária mais comum no Brasil. Com origem no continente africano, especificamente nas zonas endêmicas de malária, incide predominantemente sobre afrodescendentes. No Brasil existe a predominância do tipo Banto que, segundo a classificação médica, é a forma mais grave. Distribuída heterogeneamente no território nacional, é mais frequente nas regiões onde a proporção de população afrodescendente é maior, ou seja, no Nordeste do país. Sabe-se também que as diversas formas de anemia falciforme apresentam variadas manifestações clínicas, sendo em alguns casos assintomática e em outros de muita gravidade, levando a complicações que podem chegar a afetar quase todos os órgãos e sistemas, com alta morbidade e provocação de uma redução significativa da esperança de vida. (BRASIL, 2001, p.71)

Vale ainda considerar que, na África, houve uma mutação em virtude da malária. Dessa maneira ocorreram mutações e com essa alteração as pessoas passaram a produzir a hemoglobina **S**, em vez da hemoglobina **A**. Os indivíduos oriundos da África, escravizados aqui no país, trouxeram, em seus DNA, essas variações, e ao se deparar com outras etnias, a doença foi sendo transmitida. Também é preciso ressaltar que essa doença pode acometer os “brancos”, no entanto, ela acomete principalmente os afrodescendentes em sua grande maioria. De acordo com a Associação de Anemia Falciforme do Estado de São Paulo, os principais sintomas da doença são: crises dolorosas nos ossos, músculos e articulações, palidez, cansaço fácil, icterícia (cor amarelada no branco dos olhos), úlceras – sobretudo nas pernas que se iniciam geralmente na adolescência e tendem a se tornar crônicas. Nas crianças pode haver inchaço doloroso nas mãos e pés e retardo do crescimento. Os pacientes são submetidos a uma ‘sobrevida’, pois geralmente o problema se manifesta na infância e acompanha toda a vida do paciente sem que, muitas vezes, ele seja tratado da maneira adequada, já que, nem sempre os profissionais fazem o diagnóstico correto.

A hipertensão arterial¹⁹. Em pessoas negras, passou a ser estudada a partir de observações sobre mulheres e homens negros, que apresentam taxas de pressão dentre

¹⁸ Disponível no Portal da Saúde em <http://portaldaude.saude.gov.br>

¹⁹ Disponível no Portal da Saúde em <http://portaldaude.saude.gov.br>.

as mais elevadas do mundo sendo que, o uso da variável “raça”, nos estudos de hipertensão, baseou-se na existência de um alelo (ou grupo de alelos) que aumentaria a suscetibilidade a essa doença, com prevalência em pessoas negras, quando comparadas às brancas. Associou-se a pigmentação da pele à hipertensão, sugerindo que genes de melanina estariam envolvidos no mecanismo fisiológico de aumento da pressão arterial e, quanto mais escura fosse a pele, maior seria a presença desses alelos. No entanto não podemos naturalizar essa doença, nem tampouco as outras como determinantes das condições de saúde/doença dos negros, até porque existem tais doenças também em brancos. Entretanto, esses fatores genéticos associados a outros fatores, como os psicossociais, se agravam nos negros. Portanto, os alelos envolvidos no controle de pressão arterial estão presentes em todas as pessoas e poderiam estar super estimulados em pessoas negras, em virtude das constantes exposições a situações de discriminações racial ou desigualdade raciais às quais muitas se encontram submetidas (LESSA, 2001).

Essa doença, por sua vez, aparece mais cedo e de forma mais grave nos negros, constituindo-se uma das principais causas de morte entre eles. Pesquisas recentes mostram uma maior probabilidade de aparecimento desta doença nas mulheres negras e alertam para as consequências durante a gravidez e para a morte materna por toxemia decorrente da hipertensão arterial. **As síndromes hipertensivas na gravidez** podem se manifestar através da hipertensão arterial crônica e da pré-eclâmpsia (individualmente ou de forma associada) e se caracterizam por complicações que podem afetar a mulher e o feto na gravidez.

Sendo a hipertensão arterial crônica mais frequente em mulheres negras do que em brancas e constituindo, por si, um importante fator de risco para a pré-eclâmpsia, as consequências para a mãe e para o feto são, coletivamente, piores na população de mulheres negras do que na de mulheres brancas. Individualmente, entretanto, uma mulher negra com o diagnóstico de hipertensão crônica tem a mesma probabilidade de desenvolver pré-eclâmpsia sobreposta do que uma mulher branca com o mesmo diagnóstico. O rastreamento de hipertensão crônica no acompanhamento pré-natal deve ser feito com ainda maior ênfase em mulheres negras, para se identificarem mais precocemente as hipertensas crônicas, embora ainda não seja possível prever nem prevenir o desenvolvimento subsequente de pré-eclâmpsia sobreposta (BRASIL, 2001, p. 71/72).

O diabetes mellitus é também uma doença que tem grande prevalência na população negra. Os principais sintomas são a perda de peso, a poliúria (eliminação de

grande volume de urina) e a sede excessiva. No entanto ela pode se manifestar sem apresentar nenhum desses sintomas tornando mais complicado ainda o seu diagnóstico precoce.

O diabetes mellitus é um distúrbio metabólico de etiologia múltipla, caracterizado por uma hiperglicemia crônica, decorrente tanto de uma deficiência de insulina, como da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos, ou de uma combinação, em graus variáveis, dessas condições. Após alguns anos de evolução, é frequentemente acompanhado por danos, disfunção e falência de vários órgãos ou sistemas, como olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos. O diabetes mellitus é um importante problema de saúde pública, pois é bastante frequente, está associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu controle e no tratamento de suas complicações (BRASIL, 2001, p. 56).

No entanto, vale ainda considerar que, num trabalho de triagem neonatal, realizada no estado de Santa Catarina, Backes (2005) demonstra a ampla presença do gene para a hemoglobina S em recém-nascidos brancos, gerando uma evidência de que esse não é um marcador genético específico da “raça” negra. De acordo com Zago (2004), embora o agravo se estenda sobre os afrodescendentes, a miscigenação vai tornando a doença sem um vínculo claro com a etnia. Portanto, para Laguardia (2004), o aparecimento das doenças não pode ser associado somente a fatores biológicos, mas também a fatores econômicos e psicossociais, pois os genes são um dentre os vários fatores que contribuem para o surgimento de doenças. No entanto, como a população negra é mais vulnerável, isso implica dizer que há uma possibilidade dela adquirir mais doenças frente à diminuição nas oportunidades de proteção contra elas.

Por fim, a despeito dessas doenças, foi possível através da pesquisa perceber que esses agravos são bem comuns na sociedade cratense, como também na sociedade de uma forma geral. E elas são fáceis de serem diagnosticadas: o diabetes é identificado através de um exame de sangue simples, possível de ser realizado em qualquer laboratório; a hipertensão pode ser diagnosticada através da aferição da pressão, e a anemia falciforme pode ser detectada, entre outros exames, através do teste do pezinho nos recém-nascidos. São, portanto, doenças de fácil diagnóstico, mas que se não forem detectadas previamente podem comprometer gravemente a vida das pessoas.

2.2 Raça e Equidade/ Universalização das Políticas Públicas

Desde o fim do império até muito recentemente, o Estado brasileiro teve um papel de liderança no pacto de silêncio e negação. A elite brasileira assombrada pelas teorias pseudocientíficas do século XIX, na hierarquia da ‘raça’ branca como superior, desenvolveu e financiou projetos para atração de imigrantes europeus e um árduo desejo de “embranquecimento da população”. Dessa maneira, historicamente, as crenças e atitudes sobre grupos raciais, especialmente o negro, têm sido traduzidas em políticas e arranjos sociais que limitam oportunidades e expectativas de vida das parcelas da população. Sem institucionalização, permite-se que os indivíduos justifiquem a naturalidade das desigualdades raciais.

Essa certa “naturalidade” é apresentada no Brasil como problema de “negro”, como se fosse um legado inerente a um passado inequívoco e sem continuidade nos dias atuais. Logo, os maiores desafios segundo o BOLETIM DO INSTITUTO DE SAÚDE²⁰

(2003) são:

- 1- Contribuir para a conscientização do negro e para a ampliação de seu repertório de direito;.
- 2- Desconstruir os princípios de “branquitude” alicerçados no reconhecimento das carências negras e, paradoxalmente, na proteção silenciosa e constante de seus privilégios concretos e simbólicos.

Assim sendo, é pertinente fazer uma relação entre os termos raça, saúde e equidade racial. É também viável afirmar que as análises das desigualdades e iniquidades raciais em saúde no país são gritantes, as práticas discriminatórias são indesejáveis e passíveis de punições nos termos da lei. Há uma ‘falta de habilidade’ para o manejo das questões relativas à etnia que corroboram a elaboração de estratégias individuais e coletivas de discriminação racial ou étnica, menos evidente, no entanto eficiente. Como consequências mais imediatas, poucos médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas e outros profissionais da saúde não são capazes, na maioria das vezes, de prover os cuidados necessários aos afrodescendentes, principalmente em

²⁰ O Boletim do Instituto da saúde, faz parte do Programa de combate ao racismo institucional no Brasil. É parte de um trabalho federal que visa apoiar, de forma integrada, o setor público no combate e prevenção ao racismo institucional na avaliação e monitoramento desse processo..

relação às doenças consideradas como especificidades genéticas como a anemia falciforme.

Nesse sentido, é importante analisar as interfaces entre saúde pública e raça que, desde as últimas décadas do século XIX, adentrando os anos quarenta do século XX, têm sido fontes inspiradoras de políticas públicas (SANSONE, 2008). Após o fim da escravidão, vários políticos da elite e intelectuais se propuseram a repensar a nação e de que forma alcançar a modernidade com uma sociedade composta por brancos, mestiços e negros. Como exemplo, podemos mencionar as medidas tomadas pelo governo brasileiro em relação aos surtos de febre amarela, no fim do século XIX e início do XX. Esse tempo é considerado pela historiografia como um período em que as políticas sanitárias privilegiaram a proteção aos europeus recém-chegados. Dessa maneira viriam assegurar, conforme a ‘política racial’ embutida na ideologia do branqueamento social, uma nova composição demográfica da população brasileira rumo à modernidade (MAIO, 2004).

Nas primeiras décadas do século XX, desenvolveu-se o modelo na tradição médico- higienista, a perspectiva sanitarista exerceu papel central no processo de inflexão de interpretações racialistas para argumentos sociológicos e culturais ainda nos anos 20. (MAIO; MONTEIRO, 2005). Assim sendo, a interpretação que atribuía ao saneamento, à higiene, à educação as melhores alternativas para a superação do atraso econômico e social era privilegiada. Os anos 50 e 60, do século XX, foram, acompanhados pelo binômio da saúde e desenvolvimento, época em que os agravos à saúde eram impeditivos à modernidade do Brasil (LIMA, 2002). No entanto, o golpe de 64 impediu que esse processo fosse expandido, privatizando-se a saúde pública. Apenas na década de 80, mediante a atuação do movimento da Reforma Sanitária, legitima-se no plano constitucional o projeto de universalização do acesso à saúde, corporificado no Sistema Único de Saúde (SUS) em contexto de democratização do País. (SCOREL, 1999; VIANA 2001).

Vale afirmar que, apenas no século XXI, é que órgãos federais param para repensar as relações entre saúde e etnia através de uma proposta de política direcionada à população negra, baseada na concepção de que as desigualdades raciais repercutem de forma específica na esfera da saúde pública e, por conseguinte, devem ser objeto de ação governamental superá-las.

As desigualdades raciais existentes são reconhecidas pelo governo. Tal circunstância gerou a necessidade de políticas de ‘reparação’, ou seja, políticas paliativas no sentido de equiparar ou diminuir essas desigualdades. Essas políticas antirracistas surgem no contexto da discussão sobre políticas de ação afirmativa no Brasil, iniciada apenas nos anos 90.

Assim sendo, as políticas de saúde relacionada à população negra só ganharam visibilidade no governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) quando se incluiu uma pauta na agenda governamental relativa à saúde da população negra. Criou-se na ocasião, o grupo de trabalho Interministerial para a valorização e promoção da população negra, por decreto presidencial, no dia 20 de novembro de 1995, ocasião em que se homenageiam os 300 anos de Zumbi dos Palmares. Tal iniciativa veio no bojo da elaboração do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), que foi lançado a 13 de Maio de 1996, elaborado pelo Ministério da Justiça em conjunto com diversas organizações da sociedade civil. O programa visa a identificar os principais obstáculos à promoção e proteção dos direitos humanos no Brasil, a eleger prioridades e apresentar propostas concretas de caráter administrativo, legislativo e político – cultural que busquem equacionar os mais graves problemas que hoje impossibilitam ou dificultam sua plena realização. Assim é que, Fernando Henrique “foi o primeiro presidente da República a reconhecer oficialmente a existência de discriminação racial no país” (PINHO; SANSONE, 2008).

Vale lembrar que o processo de institucionalização do antirracismo, deu-se no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), que em junho de 1996 promoveu junto com o Ministério da Justiça e apoio do Itamaraty, um seminário internacional sobre **“Multiculturalismo e Racismo: o papel da ação afirmativa nos Estados democráticos contemporâneos”** com a presença de acadêmicos brasileiros e norte-americanos e lideranças do movimento negro. O intuito era colher subsídios para a formulação de políticas voltadas para a população negra. O governo aponta para um diferencial: a admissão da existência do racismo, suas consequências e a busca pela implementação de políticas afirmativas.

Antônio Sergio Guimarães (2005), anos depois escreve sobre o seminário, que na verdade relata um ceticismo geral sobre a adoção de tais políticas pelo governo brasileiro, vistas por alguns como uma satisfação à militância negra que agia alguma

representação tanto no governo quanto nos fóruns nacionais e internacionais. No entanto, o que estava em discussão no Seminário eram as interpretações sobre as relações raciais no Brasil e o papel atribuído às políticas públicas voltadas para a população negra. O presidente consultava os acadêmicos para obter subsídios a partir de um novo cenário das relações raciais no país.

Face ao racismo, xenofobia e agressões aos imigrantes na Europa, nos massacres de “limpeza étnica” em países africanos, como Ruanda, Serra Leoa e Libéria, na proliferação mundial de grupos neonazistas perpetrando violência e vandalismo, nos conflitos étnicos raciais na Europa Oriental, houve a necessidade de se realizar uma conferência mundial da ONU para debater sobre esses temas. Assim, Durban, na África do Sul, foi escolhida para sediar a III Conferência, que daria origem ao **Plano de ação de Durban** (2001). A escolha dessa cidade teve como um dos objetivos centrais a contribuição do multilateralismo para o fim do regime de segregação conhecido como *apartheid*, em 1994.

Referida conferência tinha por objetivo examinar os progressos alcançados e os obstáculos enfrentados para a superação dos temas propostos, utilizando os marcos de conferências anteriores, a saber: (Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizadas em 1993, em – Viena, : Conferência Mundial da Mulheres, realizada em Beijing, 1995). Algumas medidas foram estabelecidas com relação à saúde, entre elas:

- 1- Estabelecer mecanismos eficazes de monitoramento e avaliação para ações de combate ao racismo, à discriminação racial, a xenofobia e intolerância correlatas no sistema de saúde, com a aprovação e aplicação de leis antidiscriminatórias eficazes;.
- 2- Assegurar a igualdade de acesso a um serviço de saúde completo acessível e de qualidade para todos, incluindo a atenção básica à saúde;.
- 3- Facilitar o treinamento da força de trabalho em saúde que contemple a diversidade dos grupos envolvidos e seja motivada para o trabalho em comunidades carentes;.
- 4- Trabalhar para aumentar a diversidade nas ocupações profissionais da área de atenção à saúde por meio da contratação de mulheres e homens de todos os grupos envolvidos;

- 5- Trabalhar com a diversidade na atuação em saúde, arregimentando pessoal de atenção à saúde comunitária, organizações não governamentais, pesquisadores e indústrias privadas, entre outros, como meio de melhorar a condição de saúde das comunidades marginalizadas, em particular, as pessoas e grupos vítimas de racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlatas;
- 6- Adotar e implementar políticas e programas para a melhoria dos esforços de prevenção do HIV/Aids nas comunidades em situação de vulnerabilidade e a expansão da disponibilidade de atenção e tratamento bem como outros serviços de apoio;
- 7- Considerar as medidas não discriminatórias para oferecer um ambiente seguro e saudável aos indivíduos e membros de grupos vítimas ou sujeitos ao racismo, à discriminação racial, à xenofobia e às intolerâncias correlatas.

No entanto, o governo de (Fernando Henrique Cardoso), por mais que tivesse prestado visibilidade às desigualdades raciais, não retirava a visão distorcida sobre as relações raciais no Brasil. Em vários momentos políticos, Fernando Henrique reafirma uma visão de subalternidade ligada aos afrodescendentes, principalmente em seus discursos.

Assim sendo, esse reconhecimento oficial da existência do racismo e discriminação racial em nossa sociedade nos leva a pensar que, nessa década de 1990, houve um certo abandono do mito da democracia racial, pois, como afirma Marilene de Paula (2010), a partir desse momento o Estado transforma a “democracia racial” num *vir a ser*, o que demandava a construção e implementação de ações efetivas de minimização das desigualdades socioeconômicas sensíveis à “raça”, implicando em projetos e programas focalizados.

Assim é que, para Nancy Fraser (2007), o reconhecimento como uma questão de status social, ou seja, em seu modelo, o que exige reconhecimento não é a identidade cultural específica daquele grupo, mas a condição de membros daquela sociedade, com iguais oportunidades e direitos. Cabe a seguinte reflexão:

[...] o não reconhecimento, conseqüentemente, não significa depreciação e deformação da identidade do grupo. Ao contrário, ele significa subordinação social no sentido de ser privado de participar como um - igual na vida social. Reparar a injustiça certamente requer uma política de reconhecimento, mas isso não significa mais uma política de identidade. No modelo de

status, ao contrário, isso significa uma política que visa a superar a subordinação, fazendo do sujeito falsamente reconhecido um membro integral da sociedade, capaz de participar com os outros membros como igual (FRASER, 2007, p.107-8).

Logo, a justiça exige o reconhecimento baseado em valores universais quando há negação da humanidade de indivíduos ou grupos e exige o reconhecimento das especificidades de indivíduos e grupos quando essas são negadas.

Por fim, a década de 1990, e mais tarde o pós- Durban, sinalizaram mudanças na sociedade civil, em especial no movimento social negro e, ao mesmo tempo, mudanças na forma do Estado brasileiro em lidar com as desigualdades raciais. Em relatório da ONU (PAULA, 2010), sobre avanços e desafios pós- Durban para a América Latina, o Brasil é reconhecido publicamente como tendo resultados positivos, destacando-se a criação do Programa Nacional de Ação Afirmativa (2002) e posteriormente a criação da Secretaria Especial de Promoção de Políticas da Igualdade Racial – SEPPIR (2003).

Com a eleição de Luís Inácio da Silva (2003/2010) para a presidência da República, amplia-se a perspectiva de adoção de políticas específicas. Os efeitos Durban, mais as vinculações do Partido dos Trabalhadores com os movimentos sociais, resultaram na criação da Secretaria Especial de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (SEPPIR) no primeiro semestre de 2003. Em agosto de 2004 foi constituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, com representantes de vários órgãos e instituições do Ministério da Saúde e da SEPPIR. O comitê possui as seguintes atribuições:

I - Sistematizar propostas que visem à promoção da equidade racial na atenção à saúde; II - Apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde; III - Elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde, IV - Participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra; e V - Colaborar no acompanhamento e avaliação das ações programáticas e das políticas emanadas pelo Ministério da Saúde no que se refere à promoção da igualdade Racial (CNPIR) (Diário Oficial da União, seção2, 16.8.2004, p.19).

Na ocasião, ocorreu o I Seminário Nacional da Saúde da População Negra, entre os dias 18 e 20 de agosto de 2004 em Brasília, patrocinado pelo Ministério da Saúde e pela SEPPIR. O evento trouxe novos desdobramentos das concepções e propostas apresentadas no documento, previamente mencionado, Política Nacional de Saúde da População Negra. Além disso, esse seminário foi importante porque reiterou a implantação do quesito raça/cor nos formulários oficiais de Declaração de Nascidos Vivos e de Declaração de óbitos e a necessidade de se desenvolverem políticas que atendam as especificidades de saúde dos grupos étnicos raciais, como o Programa de Anemia Falciforme e Triagem Neonatal, pelas ações em saúde junto às comunidades quilombolas e pelo reconhecimento do saber dos terreiros de candomblé pelo Ministério da Saúde. (MAIO, MONTEIRO, 2005).

Ainda no primeiro mandato do presidente Lula, o tema da vulnerabilidade ao HIV/Aids da população negra também ganhou destaque nas políticas de recorte racial através de projetos e estudos, como o *Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros- BrasilAtitude* (BRASIL, 2004) e o *Programa Estratégico de Ações Afirmativas: população Negra e Aids* (BRASIL, 2005). O desenvolvimento desses programas culminou da parceria entre PNDST/Aids, a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), A Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), e a Secretaria de Ensino Superior da Educação. Posteriormente, a parceria entre o Programa Nacional de DST/AIDS e a Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras redundou na proposta de elaboração de materiais educativos, capacitação e apoio técnico para as religiões de matriz africana. (BRASIL, 2005).

Em 2006, foi lançada a Política Nacional de Saúde da População Negra durante o II Seminário de Saúde da População Negra, cujo objetivo é reduzir a incidência de AIDS, tuberculose, hipertensão arterial, câncer cérvico-uterino e mortalidade materna, doenças que detêm maior frequência sobre a população negra. Uma das medidas adotadas, para tentar equacionar e minimizar o quadro de desigualdades raciais, foi a promoção de cursos de capacitação profissional aos médicos, enfermeiros, atendentes de instituições credenciadas pelo SUS, além do incentivo à denúncia de mau atendimento à Ouvidoria Geral do SUS.

É preciso, todavia, lembrar que, por décadas a questão da desigualdade e da discriminação racial esteve ausente do debate público no Brasil. (PEREIRA, 2003).

Entretanto, isso mudou significativamente com as políticas de ação afirmativa engendradas por Lula e depois por Dilma Vana Rousseff. Ainda no governo de Lula, houve a iniciativa de vários projetos e ações com o intuito de melhorar os serviços públicos de saúde e vários programas foram criados para este fim, dentre os quais é importante citar: Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS, Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, Programa de Atenção Integral aos Pacientes com Doença Falciforme, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e AIDS (BOLETIM CRI, 2006).

Outra ação que merece destaque refere-se à criação em 2007 da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) elaborada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa com assessoria do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN). A PNSIPN inclui nos seus objetivos “o fomento à realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra” e propõe “a ampliação e o fortalecimento da participação de lideranças da saúde da população negra nas instâncias de participação e controle social do SUS” (BRASIL, 2010). Percebemos que a PNSIPN propõe mudanças substanciais em relação ao tratamento destinado ao negro quando determina ações voltadas à sua participação política junto aos órgãos do governo responsáveis pela saúde e estabelece diretrizes no sentido de proporcionar à população negra o acesso aos programas de saúde citados anteriormente, já que eles se relacionam diretamente com o diagnóstico e tratamento das doenças que acometem mais as pessoas negras.

Por fim, cabe mencionar que ainda na gestão de Lula, especialmente em julho de 2010, foi aprovada a lei n.12.288 (Estatuto da Igualdade Racial), de autoria do senador Paulo Paim, que estimula a implantação de ações afirmativas em saúde para promover a equidade, aponta a importância das informações e um dos seus objetivos é melhorar os sistemas de informação do SUS, no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero.

Com a administração da presidenta Dilma (2011-2016), a ideia foi dar continuidade à implementação das políticas de promoção de igualdade racial. Portanto, fortalecer e executar as políticas citadas na gestão passada, indo mais além, ampliando-a, com os programas voltados para os quilombos, às comunidades de terreiros e ciganos,

aos jovens e mulheres negras. No entanto, com o processo de impeachment contra a presidente Dilma, o seu sucessor, como presidente interino, Michel Temer, assume a presidência até o ano de 2018. Ao assumir, uma das suas principais medidas foi extinguir o Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Os temas referentes à antiga pasta serão, agora, discutidos no âmbito do Ministério da Justiça e Cidadania, no momento aguarda-se o desfecho do processo de impeachment.

Entretanto, é bom lembrar que o fato de o governo elaborar leis não resolve, por si só, o problema. É necessário que haja fiscalização e acompanhamento nas diversas instâncias para saber se essas leis estão sendo cumpridas de maneira efetiva; pois só assim elas passarão a ter sentido.

Portanto, as atuais políticas públicas de saúde configuram o reconhecimento do racismo no País e sua forma institucionalizada. Por último, também podemos afirmar que a luta política por equidade racial é a luta por espaços de poder e por poder político. Logo, a implantação de políticas de promoção da igualdade racial não se fundamentou pelos eternos gestores das políticas de governo, mas se efetivou, sobretudo, pela atuação dos movimentos sociais organizados, principalmente o movimento negro que denuncia a persistência das desigualdades nas estruturas sociais, que geram reflexos nas condições de vida da população afrodescendente, principalmente para o processo diferenciado de saúde/doença.

2.3 O SUS e o Racismo Institucional

Por muito tempo vivenciamos no Brasil a cultura do silêncio, que preferiu não perguntar a origem étnica/ racial das pessoas, por acreditarem que não havia desigualdades raciais, principalmente no âmbito da saúde. Isso se torna visível na formulação de políticas públicas de caráter universalista que parecem não ter sido sensíveis às necessidades específicas dos diferentes grupos, acreditando que as políticas gerais são capazes de dirimir as iniquidades raciais.

Assim sendo, o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi criado pela constituição cidadã de 1988, teve como objetivo primordial a possibilidade de atendimento médico, gratuito e universal a todos/as, independente de sexo, cor, “raça/etnia” e idade. Tem como princípio garantir **a universalidade, equidade e integralidade** da atenção à saúde, ou seja, tem por objetivo conceder o acesso universal da população a bens e

serviços que garantam- saúde e bem - estar, de forma equitativa e integral. Nesse sentido, a universalidade à saúde, todos têm o direito, no entanto, há diversas barreiras para esse atendimento, um deles refere-se à presença do racismo institucional nas unidades públicas.

Em relação à equidade, é um princípio finalístico do SUS. Essa noção refere-se à necessidade de tratar “desigualmente os desiguais”, de modo a alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. Portanto, as desigualdades raciais existem na saúde, e se apresentam diante do acolhimento, do adoecer e do morrer. Logo, é preciso reduzir essas desigualdades de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos.

Portanto, para superar as desigualdades raciais nos sistemas de saúde, é necessário em primeira instância priorizar a atenção em grupos sociais cujas condições de vida e de saúde sejam mais precárias, bem como enfatizar ações específicas para determinados grupos e pessoas que apresentem riscos diferenciados de adoecer e morrer por determinados problemas (focalização). Nesse último sentido, a busca por equidade se articula com o princípio da integralidade, que corresponde às ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes.

O Plano Nacional de Saúde e a Saúde da População Negra têm como objetivos a adoção de ações afirmativas em saúde, bem como a formação permanente e contínua dos profissionais de saúde do SUS para que possam viabilizar um melhor atendimento, adequado onde se considerem as especificidades genéticas, aquelas obtidas por meio da indisponibilidade de recursos socioeconômicos e, por último, orientar gestores e outros profissionais da saúde para a inserção do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de informação e na análise dos dados em saúde.

No Brasil, a experiência em coletar dados estatísticos de raça/cor é recente. A inclusão do quesito cor nos dados de saúde teve início apenas na década de noventa, e, como afirma Adalto Martins Soares Filho, objetiva:

A identificação das diferenças permite distinguir as necessidades concretas dos beneficiários, orientando a formulação de políticas públicas mais sensíveis às suas particularidades, seja de saúde ou segurança, enfocando a equidade entendida como superação das diferenças injustas e evitáveis no acesso aos serviços e inclusão dos

grupos mais vulneráveis no processo de participação, particularmente no de prevenção. (SOARES FILHO, 2012, p.35).

No tocante ao Plano Nacional de Saúde, enquanto instrumento de gestão do SUS, apresenta para a saúde da população negra algumas recomendações. Entre elas:

- 1- Incluir o quesito raça/cor entre as variáveis utilizadas para traçar o perfil da população beneficiada em todas as ações;
- 2- Disseminação de informações em linguagem adequada para corpo técnico-administrativo e para a população em geral, especialmente no que tange às doenças mais frequentes na população negra (hipertensão arterial, diabetes mellitus II, anemia falciforme, miomatose);
- 3- Elaboração e veiculação de peças de campanhas publicitárias que contemplem a diversidade existente no país e contribuam para a minimização da violência simbólica, dos estereótipos e estigmas;
- 4- Desenvolvimento e aprimoramento dos indicadores de desigualdade e exclusão social originada por fatores econômicos, de gênero e etnia;
- 5- Utilizar os indicadores de desigualdade e exclusão social, para formulação de macropolíticas econômicas e sociais, fundamentais principalmente para a saúde;
- 6- Condução de todas as ações de educação em saúde por profissionais que respeitem valores culturais e religiosos, as diferentes representações sobre a pessoa humana, a saúde e a doença;
- 7- Adequação da linguagem e inclusão do simbólico das religiões de matrizes africanas nas ações de comunicação em saúde;
- 8- Reconhecimento dos templos de tradição afro-brasileira na rede de equipamentos sociais como espaços de promoção da saúde, acolhimento e educação popular.

A omissão das instituições públicas em atender as especificidades caracteriza discriminação institucional, diferentemente do tipo de discriminação que ocorre na espera interpessoal. Estes tipos podem se articular quando os profissionais prestam serviços à população negra, na omissão das instituições em adaptar a oferta de seus serviços às necessidades específicas dos beneficiários. (TORRES-PARODI e BOLIS, 2007). Portanto, a incorporação do quesito cor nos sistemas de informação de saúde, por

sua vez possibilita visualizar as diferenças raciais, as vulnerabilidades produzidas no processo saúde-doença. Além disso, as autodeclarações étnico/raciais permitem fomentar a objetivação de políticas e ações de saúde, destinadas à superação das iniquidades raciais.

Outro elemento importante a mencionar refere-se à Lei do Estatuto da Igualdade Racial, bem como à inclusão dos temas racismo e saúde da população negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde no SUS. No entanto, é preciso analisar se essas diretrizes estão sendo cumpridas.

O Estatuto da Igualdade Racial (Capítulo I - Art. 6º) é bem claro em relação ao direito à saúde dos negros e estabelece normas específicas para o seu atendimento no serviço público: “O direito à saúde da população negra será garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos”.

A garantia desses direitos é ainda reforçada assim:

O acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS) para promoção, proteção e recuperação da saúde da população negra será de responsabilidade dos órgãos e instituições públicas federais, estaduais, distritais e municipais, da administração direta e indireta (BRASIL, 2010. P.42).

No entanto, o que percebemos é que há desconhecimento (ou negação) dessa Lei por parte dos órgãos de saúde, já que na prática as pessoas negras são cotidianamente discriminadas nos serviços públicos. Além disso, as discriminações relacionadas à etnia/gênero, por exemplo, são fenômenos que interagem. O que significa, portanto, que as mulheres tendem a experimentar discriminações e outros abusos de direitos humanos de forma diferente dos homens, principalmente no que se refere às mulheres negras. Nesse exemplo, portanto, a grande maioria das mulheres brancas tem no cesáreo (parto cesariano) o maior percentual, enquanto negras apresentam maior percentual no parto normal.

Esse aspecto de estudo pode comprovar as desigualdades ocorridas nas unidades do SUS espalhadas por todo o país. Logo, refletimos o racismo institucionalizado, pois os estereótipos que são construídos a partir das representações na sociedade definem as mulheres negras como sendo mais resistentes e, por isso, capazes de suportar mais dor.

Um estudo realizado nas maternidades do Rio de Janeiro, em 2005, revela que quase um terço das mulheres negras não conseguiu atendimento no primeiro estabelecimento procurado e, no parto vaginal, receberam menos anestesia se comparadas com as mulheres brancas. (LEAL, GAMA e CUNHA, 2005).

Outro elemento em questão refere-se aos cuidados e atendimentos para às necessidades da população afrodescendente. Essa gente anseia, por profissionais de saúde que considerem suas posições sociais, gênero, suas crenças e expectativas. Entretanto, a existência do racismo institucional dificulta os cuidados dos profissionais em contemplar a diversidade e pluralidade de suas ações em relação à saúde dos afrodescendentes. Logo, essa falta de habilidade e manejo compromete a resolutividade de suas ações.

Assim sendo, essas análises podem indicar como as instituições ainda estão preenchidas de preconceitos e discriminações em relação às questões de etnia/-gênero, comprometendo o acesso das pessoas, violando os direitos, impossibilitando as ações de políticas públicas, e, por fim, dificultando a ascensão social e o acesso a um serviço de saúde de qualidade, igualitário e respeitador da diversidade racial.

Por fim, podemos expressar que a saúde da população negra está assinalada pela naturalização do racismo. Há uma inoperância da Política Nacional de Saúde Integral da População negra, assim como invisibilidade de equidades e integralidade das ações do SUS.

CAPÍTULO 3

“O RACISMO INSTITUCIONAL NAS UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE DO CRATO”.

QUE BLOCO É ESSE ?

Ilê Aiyê²¹

Que bloco é esse
Eu quero saber
É o mundo negro
Que viemos mostrar prá você
Prá você
Somo crioulo doido
Somo bem legal
Temos cabelo duro
Somos black power
Branco, se você soubesse
O valor que o preto tem, Tu tomava uma banho de piche, branco
E ficava preto também
Não te ensino minha malandragem
Nem tão pouco minha filosofia
Por quê?
Quem da luz ao cego
É bengala branca
E santa Luzia
Ai, ai meu Deus.
(Paulinho Camafeu)

²¹ Letra e música de Paulo Vitor Bacelar Marcelo (Paulinho Camafeu) gravada por Gilberto Gil. Álbum: Refavela, 1977.

3.1 “Acesso restrito”: formas manifestas e latentes de racismo no campo

A Unidade de Saúde pesquisada está situada no centro da cidade do Crato. Na classificação do SUS, é um Centro de referência de saúde/ Unidade Básica de saúde, que estabelece a realização de atendimentos de atenção básica e integral à população, de forma programada, nas especialidades básicas. A assistência deve ser permanente e prestada por médicos generalistas ou especialista. A unidade possui um quadro de médicos em diversas áreas, entre elas: oftalmologia, ginecologia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, fisioterapia, neurologia, psiquiatria, clínico geral e nutricionista. O Centro é também referência no Cariri cearense por tratar de doenças como hipertensão e diabetes.

A sede é administrada pela prefeitura municipal e conta com um quadro significativo de profissionais, são 25 médicos, 15 enfermeiras, 12 técnicas de enfermagem, 2 recepcionistas e 11 atendentes dos consultórios médicos. Nesse centro médico, passam em média 200 pessoas por dia nos horários manhã e tarde.

Relembrando que o campo ocorreu nesta cidade devido a várias circunstâncias, que mesclam especificidades históricas da cidade, bem como a minha subjetividade no papel de pesquisadora, através do memorial de fatos que vivenciei outros que testemunhei e que fazem parte das referências de minhas interpretações, ou seja, ajudam a identificar o meu lugar de fala.

Vale considerar que no Centro de saúde as pessoas podem fazer as suas consultas de rotina, acompanhamentos médicos, receitas. Esse capítulo tem como objetivo identificar as formas manifestas e latentes do racismo, a partir de alguns elementos, como as relações pacientes e profissionais. Inicialmente, ao chegar ao campo, evitei utilizar equipamentos de áudio/vídeo ou mesmo a caderneta de campo, pois a abordagem foi feita como usuária, conforme explicado na introdução. A maioria dos relatos não foram gravados, pois o uso desse equipamento como de outros poderiam inibir a fala e comportamentos. Os relatos por sua vez foram frutos de horas de conversas tendo o cuidado de juntar um relato a um fato importante no qual o sujeito deixava claro o seu posicionamento sobre as formas manifestas e latentes do racismo institucional. Para otimizar as informações, precisei recorrer à memória no sentido de anotá-las posteriormente.

Dentro da unidade de saúde, deparei-me com uma larga grade azul retangular na recepção, separando os pacientes dos atendentes. Além dos dois funcionários na recepção havia também dois guardas municipais. É assim a porta de entrada do Posto de saúde. Por trás da recepção, há um extenso corredor, ao longo do qual distribuem-se as salas de consulta de várias especialidades médicas. Há também bancos de alvenaria na recepção e nos corredores para acomodar os pacientes, onde, além de esperar pelo atendimento, fazem amizades, confidências, relatos, queixas e decepções a respeito de suas vidas. Nesses momentos rápidos de sociabilidade, recebi rejeições, fui motivo de suspeita ou servi como confidente de mágoas e queixas para alguns. Um dos fatos que mais me chamou atenção refere-se ao “perfil” dos usuários: significativa quantidade de risos, de dentaduras com peças douradas, muitas pessoas desdentadas, odor forte de suor, falas com sotaques bem típico do interior e uma quantidade de idosos. Com frequência regular à Unidade, consegui identificar que a maioria daquelas pessoas não sabia ler nem escrever, e a maior parte deles eram negros, não eram pacientes do bairro ou das cercanias. Sua grande maioria provinha dos sítios (Zona Rural) distantes da cidade, cerca de 20 até 30km da unidade pesquisada, Chegavam à unidade em torno das quatro horas da manhã e ficavam na fila do lado de fora, esperando o atendimento que ocorreria por volta das nove ou dez horas. Provavelmente, esse grande fluxo de pacientes advinda da zona rural dava-se em virtude de ser a unidade a maior e com maiores especialidades, e de acordo com a reclamação deles nas localidades onde moravam, não existiam médicos nos PSF (Posto de Saúde da Família). Supostamente, essa ausência devia-se às dificuldades de acesso e aos baixos salários pagos pela prefeitura aos médicos. Onde existiam os médicos, a demanda era muito grande para um número limitado de atendimentos, 12 a 15 pacientes por dia.

Assim, estar lá junto com os pacientes e demais agentes da pesquisa não foi uma viagem de trabalho, não era o mundo do “outro” que se descortinava, era o meu próprio mundo, como Geertz (2005, p.182) descreve tão bem: na “situação de autores parcialmente convencidos, tentando convencer parcialmente os leitores de suas convicções parciais”. Ao perceber que os pacientes chegavam cedo à unidade, utilizei também como estratégia ir pela madrugada para o Centro de Especialidades e ficar na fila, como “paciente do lado de fora da unidade”. Eles mesmos se organizavam, em relação à ordem de chegada, levavam alimentos, café, cigarros (fumo) etc. Vivia-se, durante a espera, diferentes momentos, de conversas, de piadas, deslizes, contradições e

silêncio. Essa rede de relações remete ao fluxo de circulações e alianças, onde os agentes interferem e sofrem interferências. Desta forma, eu fui seguindo fluxos, pistas, não havia nada pronto, a não ser alguns indícios, eu deixei que os agentes falassem sobre si mesmos, conduzissem-me pelos seus caminhos e me indicassem o que eram as coisas que aconteciam do “lado de dentro da unidade”. Com o andamento da pesquisa as coisas e as pessoas apareciam e sumiam, conforme as suas consultas iam se realizando. Nesse processo, dentro e fora, percebi que cada ida era única como o evento descrito por M. Gluckman na Zululândia Moderna.

Vale considerar também que, enquanto escrevo, não me sinto “embaixo da pele do outro”, embora esta tenha sido uma condição a que recorri na busca de elementos como palavras, rituais e comportamentos acerca dos quais as lógicas das relações entre os envolvidos na pesquisa foram estabelecidas naturalmente. Perceber o outro, contudo, não é ser, nem é sentir como o outro, daí noto perfeitamente o lugar descrito por Geertz (1998, p.89). “Em País de cegos, que, por sinal, são mais observadores do que parecem, quem tem um olho não é rei, é um expectador”. Portanto, essa pesquisa sugere que um trabalho socioantropológico deve estar atento para a necessidade, como propõe Geertz (1989), de dar voz aos nativos. Seria justamente a forma como os próprios nativos enxergam, interpretam e dão sentido ao que vivenciam, os alicerces de um trabalho que se desdobra dentro desse viés. A partir desse esquema não poderia ser diferente, tinha por obrigação metodológica ouvir os envolvidos nessa trama. Certamente foi um desafio à condição “fora- dentro”, e à condição de como equilibrar-se num muro que não existe entre o estranho e o familiar, num campo onde o pesquisador interage cotidianamente por consequência da sua condição. Para tal feito, reportarei-me à fala dos meus informantes ocultando sua identidade, desse modo, criei nomes fictícios para identificá-los.

Nesse sentido, inicio com uma entrevista concedida por Maria, que relata a sua experiência de racismo sofrida na unidade de saúde.

Nossa vida de negro é difícil em todos os lugares, aqui também é do mesmo jeito, as pessoas nos espiam (olham) de cima para baixo, não enxerga a gente, outro dia a dotora (enfermeira) ficava me jogando para a outra, vai fulana hoje é o seu dia de fazer o curativo , a outra falava: - Não vai você , eu estou ocupada com outra pessoa. Nenhuma queria fazer o meu curativo, estou com hanseníase e como tenho diabetes a ferida ainda não fechou, estava enorme, e ela não tinha pena (dó) de mim, pegavam minha perna colocavam vários remédios que

ardiam, puxou a gaze com força e ainda falavam, a senhora é forte, uma perna gorda dessa, eu sei que estavam me levando a pagode (rindo, sendo irônica) , me trataram muito mal, doeu muito, queria ver se fosse com uma mulher branca e rica, se elas iriam fazer isso, eu acredito muito em Deus, no Padim Cícero, tudo é da vontade deles, fiz uma promessa para ficar boa e fico colocando os remédios caseiros em casa, pedi também para não ser mais atendida por aquelas doctoras (Maria, 68 anos, paciente negra. Entrevista realizada em 29/10)

[...] Faço o máximo para não ir ao médico, cuido da saúde do jeito que posso para evitar ficar doente [...] (Antônio, 71 anos, paciente negro. Entrevista realizada em 12/08).

Esses relatos demonstram as deficiências que os profissionais de saúde possuem ao lidar com pacientes negros, por vezes, tendem a priorizar o atendimento, escolhem e ainda estigmatizam esses pacientes afrodescendentes, uma forma de violência física e simbólica. A religião nesse sentido é compreendida como mecanismo de proteção intermediada pelo poder divino. Para Ivonildes da Silva Fonseca (2010), a religião é entendida como empreendimento humano, são recursos de resistência e enfrentamento de situações tanto cotidianas quanto aquelas mais complexas. Além disso, há uma tendência em evitar buscar assistência institucionalizada, lançando mão dos recursos terapêuticos. Nessa fala, “Faço o máximo para não ir ao médico, cuido da saúde do jeito que posso para evitar ficar doente”, foi algo que se repetiu bastante entre os informantes. Abaixo identifico algumas estratégias compensatórias de saúde relatadas pelos sujeitos:

Práticas de medicina popular, como: utilização de chás, ervas (cidreira, capim santo, quebra pedra, romã, erva doce, vassourinha , babosa, hortelã, boldo), xaropes, remédios caseiros, boa alimentação, exercícios físicos.

Práticas religiosas: para os católicos, apoio psicológico, na igreja, consulta às benzedadeiras, oração em casa. Para as evangélicas: orações em casa e nos templos religiosos. Adeptos das religiões de matriz africanas: ingestão e banhos com ervas foi recorrente na fala destes últimos, o tema da discriminação e intolerância a que estão submetidos.

Também na pesquisa foram questionados os motivos que interferem na decisão em busca de assistência profissional. Como respostas obtivemos vários fatores, dentre eles: discriminação, preconceito, ignorância, demora médica, distância, recursos financeiros, tempo e transporte. A má qualidade do serviço público à saúde, a abordagem hostil dos profissionais, que se mostravam preconceituosos, distantes e apáticos em relação ao atendimento que prestavam, além disso, realização de exames

físicos superficiais, atendimento de forma rápida com a preocupação focalizada na dispensa rápida dos pacientes e distribuição desigual de benefícios (medicamentos) do ponto de vista racial.

Ainda nesse mesmo contexto, ao mencionarem as práticas de utilização de chás, ervas e xaropes caseiros no cuidado à saúde, as mulheres com mais idade se mostraram mais propensas a utilizar tais recursos de cuidado e cura, enquanto as mais jovens tinham inclinação para buscar assistência médica. O conhecimento a respeito desses recursos foi transmitido por geração, por amigas, conhecidas e até por membros das religiões de que fazem parte.

A religiosidade representava também um recurso para melhorar a autoestima e superar os momentos difíceis de racismo enfrentado pelos pacientes.

[...] Após uma situação de discriminação (a auxiliar de farmácia disse que o colírio maleato de timolol, havia acabado, mas após alguns minutos outra paciente branca foi até a farmácia e recebeu esse mesmo medicamento, o qual a auxiliar falou que tinha acabado). Eu sou assim, foi assim que o pai me fez, o meu pai Omulu me ajuda a viver, eu me agarro com muita fé, sei que ele é protetor e não vai deixar nada de mal me ocorrer. (Joana, 38 anos, paciente negra. Entrevista realizada em 08/09).

[...] Eu recorro à religião para o meu desenvolvimento, para a defesa contra mal olhado, inveja, preconceito e tudo quanto é ruim, utilizo as ervas dependendo da necessidade de cada coisa. (Eva, 56 anos, paciente negra. Entrevista realizada em 24/09).

Nas conversas, houve várias queixas em relação à qualidade dos serviços de saúde institucionalizados, reclamações em relação à estrutura e à organização, bem como ao comportamento dos profissionais.

Eu nasci e moro em salvador (BA) eu tenho os cabelos rastafári, ao chegar aqui no Ceará, no interior, às pessoas olham para você de forma diferente, talvez seja por minha cor ou o meu estilo de cabelo, meu primeiro dia aqui no posto foi terrível, eu cheguei com minha irmã que mora aqui na cidade para acompanhá-la numa consulta e por alguns instantes ficamos tomando um café lá fora antes de entrar na Unidade, percebi que todas as pessoas que estavam lá me olhavam, isso me incomodou bastante, os guardas municipais que ficam no local, chegou e colocou a mão no meu ombro, perguntou o que eu queria por lá, eu respondi que estava lá para uma consulta, como assim? Sei muito bem que eles desconfiaram de mim, depois que minha irmã ficou nervosa, disse que estávamos lá para ser atendidos e que eu estava acompanhando-a, eles, desconfiados da atitude violenta, disseram que o casaco que eu estava usando era suspeito, estavam fazendo revista com todos os homens que passavam por lá, no entanto,

não vi eles interrogando ninguém, nem muito menos conversando com outras pessoas, sei que isso é mentira, sou professor formado e já passei por inúmeras situações de preconceito e desconfianças, sei também que, por ser negro, utilizar cabelo rastafári, utilizar boné, short, casaco e ser desconhecido no local, essas situações são encaradas como uma pessoa “marginal”. (Lucas, 34 anos, paciente negro. Entrevista realizada em 15/05/2015).

Essa extensão de discriminação e intolerância racial é uma das fortes expressões do racismo institucional, julgamentos e atitudes baseadas em preconceitos de alto potencial estigmatizante.

Em outra entrevista a paciente Iansã relatou que:

[...] Ao entrar na sala da médica, [Ela] mal olhou para mim, nem deu bom dia, eu pedi para ela passar omeoprazol para o estômago, pois como já havia passado por outros médicos eles tinham me indicado esse remédio. Ela respondeu: a senhora é médica? Se já sabe qual é o nome do medicamento não precisa vir aqui. Eu tentei falar e ela disse, você sabe com quem está falando? Me senti tão pequena, fiquei muito triste e deu vontade de chorar”. (Laura, 42 anos, paciente negra. Entrevista realizada em 04/11).

Este não é um caso isolado, foi possível observar que dentre a maioria dos afrodescendentes que já sofreram alguma forma de racismo, poucos conseguiram ter alguma reação diante da cena de violência a que foram submetidos. Isso nos leva a pensar sobre a introjeção de um sentimento de inferioridade. Fazendo um paralelo com a obra de Norbert Elias em *Os Estabelecidos e Outsiders* diz que os outsiders, indivíduos estigmatizados como pessoas de baixo repugnante valor humano, interiorizavam, naturalizavam os rótulos de exclusão e inferioridade que lhes foram conferidos. Desse modo, essas construções relacionais atuavam como instrumento de controle social de um grupo sobre o outro, evidenciando claras relações interdependentes de poder do ponto de vista microsocial.

3.2 Relações entre pacientes e profissionais da saúde/ narrativas, lutas e estratégias alternativas.

Pode-se dizer que, em qualquer especialidade, o profissional da saúde precisa transmitir confiança aos pacientes. No entanto, a presença do racismo institucional no Centro de saúde impede esse laço de confiança. É que tais relações estão minadas por conflitos, existe um alto grau de desconfiança, insegurança e medo por parte dos

usuários. Vejamos a seguir, algumas situações em que o racismo institucional claramente:

a) No atendimento no pré-natal:

“[...] Escutei, no hospital, a auxiliar falar para a outra atendente, negra, é como coelho, só da cria” (Fernanda, 26 anos, paciente negra. Entrevista realizada em 08/08/).

“[...] No pré-natal, só me mandavam emagrecer, quase não conseguia marcar o pré-natal, não sabia o que era eclampsia, na hora do parto quase que eu morri” (Catarina, 31 anos, paciente negra. Entrevista realizada em 09/06).

“[...] Eu acho que os tratamentos são diferenciados sim, por causa da pele, as pessoas não falam porque isso hoje em dia dá cadeia, mas olham diferente, pensam e sentem que o outro é negro e pobre. (Flávia, 20 anos, paciente negra. Entrevista realizada em 09/06)

“[...] Quando estava grávida sentia muitas dores, pedia para o médico verificar, e ele falava que estava tudo bem, no momento do parto meu filho estava sufocado, o cordão umbilical estava enrolado no pescoço, o médico puxou tanto que ele teve a clavícula fraturada, e o médico também disse que havia perigo dele ter paralisia psicomotora. (Jamelia, 28 anos, paciente negra. Entrevista realizada em 10/06).

Na primeira entrevista, podemos observar o racismo de forma explícita, nas demais entrevistas, o racismo institucional está camuflado. Na segunda e quarta entrevista várias pesquisas recentes como a da doutora em saúde pública Fernanda Lopes (2004), constataram que a população negra está em situação de vulnerabilidade. Além disso, as mulheres negras têm menos acesso às consultas no pré natal e menor recebimento de informações sobre os sinais de parto, alimentação saudável durante a gravidez e a importância do aleitamento materno. Esses resultados são indícios indiretos dos diferenciais raciais no acesso aos serviços das mulheres negras grávidas. Portanto, os programas, Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e o Programa de humanização no Pré-natal foram desconsiderados, essas garantias constitucionais foram violadas. Por fim, a terceira entrevista considera que o racismo institucional se dá por meio de tratamentos e normas diferenciados do ponto de vista racial.

b) Anemia falciforme:

“[...] Os médicos sabem pouco ou desconhecem a anemia falciforme, meu filho sentia dores no braço e o médico disse que estava fraturado, me mandou levá-lo para um ortopedista que aquele caso ele não resolvia” (Anaiara, 36 anos, paciente negra. Entrevista realizada em 17/09/).

“[...] Eu sentia cansaço, me sentia culpada por não dar conta dos serviços de casa, e o médico só passava vitamina, resolvi ir para outro médico e no pré-natal descobri que tinha alterações nos glóbulos vermelhos” (Selma, 32 anos, paciente negra. Entrevista realizada em 17/09/).

As pessoas com anemia falciforme têm sintomas muito variados, elas podem não ter quase nenhum sintoma. No entanto, cabe aos profissionais de saúde alertar esses indivíduos para um acompanhamento médico adequado baseado no Programa de Atenção Integral aos pacientes com doenças Falciforme. Assim, houve um despreparo, falta de atenção ou negligência dos profissionais no atendimento e prevenção com as pacientes negras portadoras de anemia falciforme.

c) Atendimento no consultório:

[...] aqui as pessoas não sabem informar nada, nos tratam mal, acham que estamos pedindo um favor, já vim várias vezes aqui para pegar os meus medicamentos, pois sou hipertensa e não posso ficar sem esses remédios e esse povo diz que não tem. Mas eu queria ver se fosse uma dona rica, branca, bem vestida que chegasse aí, no instante eles resolveriam esse problema. Porque o que vale aqui é o que você tem, sua cor fala mais alto, diz se você tem ou não condições (Olga, paciente negra. Entrevista realizada em 20/05).

[...] quando cheguei aqui no Posto, minha consulta estava marcada para as 10h, tem gente que estava marcado para às 11h e foi atendido na minha frente, eu percebi, será que é porque é branquinha?, a gente sente, essas coisas eu pego no ar. [...] (Denise, 25 anos, paciente negra. Entrevista realizada em 17/07).

[...] Outro dia, presenciei aqui mesmo lá na sala de fisioterapia a fisioterapeuta discutir com o atendente que colocou uma senhora na sala antes da fisioterapeuta terminar o atendimento que estava realizando, fui lá porque ouvir eles falando em voz alta, teimando, quando cheguei a “dтора” perguntou o que eu queria lá, me chamou de curiosa, me chamou de tanta coisa, mas disse tanta coisa, estava enfurecida, com tanta raiva, disse que preto não presta pra nada, fede, rouba e ainda faz macumba, disse mais tanta coisa mesmo e eu num disse nada, fiquei só escutando e as pessoas que ouviram também não disseram nada, depois disso fui embora, estava tão triste.... perdi foi a consulta, no caminho de casa tem uma farmácia, pedi para o menino verificar a pressão e ele disse que estava 18 por 6, que estava alta,

quase não conseguia caminhar e uma dor de cabeça, cheguei em casa mas não parei de pensar, até hoje não entendo porque eu tive aquela reação de só ouvir.(Gorete, 45 anos. Entrevista realizada em 15/07)

“[...] Eu trouxe a minha filha para a consulta e o médico disse que ela era linda, ela é loira dos olhos claros, puxou a família do pai, ele me perguntou se eu estava acompanhando, eu disse que era a mãe da menina, mas ele não acreditou, disse, mais você.... eu senti que ele disse aquilo porque eu sou “morena”, ele também pediu para ver meus documentos, e quando eu entreguei ele riu, como se não acreditasse no que estava vendo.(Helena, 22anos. Entrevista realizada em 20/07).

Essas entrevistas demonstram como as pacientes negras estão em desvantagens materiais e simbólicas. Na quarta entrevista o preconceito manifesta-se com estereótipos racistas, nas demais entrevistas, o racismo institucional se propaga por meio da má qualidade do atendimento, nas intervenções e tratamentos.

d)Erros médicos:

[...] Estava no tratamento para tirar uma verruga, o médico passou um remédio com uma concentração superior à indicada de gás nitrogênio, o que provocou umas manchas parecidas com vitiligo, isso me causou constrangimento e vergonha. (Cássia, 18 anos. Entrevista realizada em 05/08)

[...] Minha mãe veio aqui na unidade, ela tem pressão alta, o médico passou um medicamento chamado Captopril, e a pressão dela não regularizava, foi várias vezes para o hospital sempre com a pressão alta, ela tinha cuidado com a alimentação, mesmo assim não adiantava, eu e meus irmãos resolvemos juntar dinheiro e pagar uma consulta com outro cardiologista, chegando lá ele perguntou qual medicamento ela tomava, quando dissemos ele suspendeu na hora, perguntou o nome do médico que havia passado aquele medicamento, e disse que ele foi irresponsável, disse que estudos comprovam a ineficácia do medicamento nas pessoas negras, por isso a pressão não regularizava, eu não sei bem explicar, só sei que ele passou o remédio, o Aradois e a pressão dela está sendo controlada, ainda bem que não precisamos mais ir para o hospital e esse medicamento é entregue de forma gratuita pelo governo (Clarissa, 27 anos, paciente negra. Entrevista realizada em 18/03).

Como fica explícito, podemos afirmar que existe racismo diariamente na instituição pública de saúde cratense, seja pelo não cumprimento da Lei, por negligências, por falta de atenção, desconfiança, erros médicos e até mesmo por omissão de cuidados para com a pessoa negra. Dessa maneira, o racismo apresenta

várias facetas, ora explícito, ora velado, mas sempre um mecanismo que causa sofrimento psíquico e de destituição de direitos de cidadania para os que sofrem com ele. Seja programática, devido à falta de atendimento às necessidades específicas nos programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças que são oferecidos pelo Estado, bem como psicossomática, proveniente das tensões excessivas e cumulativas, causadas pela vivência em espaço social racista.

Nesse contexto, ouvidoria pública atua como um canal de intermediação do processo de participação popular, possibilitando ao cidadão contribuir com a implementação de políticas públicas e a avaliação dos serviços prestados. É um órgão encarregado em abrir espaço para escutar usuários do (SUS), para apresentar representações sobre abuso médico, reclamações, negligências, corrupções, sugestões e outras irregularidades cometidas nas instituições públicas.

Tomando conhecimento dessa informação, perguntei se os pacientes sabiam o que significava a ouvidoria, se já tinham feito alguma reclamação. Boa parte dos entrevistados não sabia responder o que significava nem muito menos para que servia esse órgão. Na parede da recepção havia uma caixinha de madeira com um cadeado semi-aberto, que não tinha nenhuma mensagem, nenhum cartaz identificando o que aquela caixinha significava. Eu perguntei à recepcionista o que significava aquela caixinha, ela respondeu que era para colocar o que eu tinha gostado, e o que eu não tinha gostado dentro da unidade. Insisti na conversa e questionei se os pacientes faziam essas supostas anotações com frequência, e sem pestanejar ela disse: - “Os pacientes mal sabem ler, quanto mais escrever, e os que “entendem” me pedem um pedaço de papel, eu dou e eles jogam aí dentro”.

Ainda na conversa informal, perguntei onde se localizava a ouvidoria. Ela informou que ficava localizada na prefeitura, na Secretaria de saúde. Lá não tive acesso às denúncias, e apesar de minha insistência a funcionária repetia o discurso que não podia informar, pois as denúncias eram sigilosas e, para conseguir o acesso, seria necessária a autorização da secretária de saúde. Depois de muitas tentativas consegui fazer a entrevista com a funcionária, sob algumas condições, não gravar a conversa, não identificar o seu nome e às denúncias eu não teria acesso. A secretária é uma mulher branca, de mais ou menos trinta anos de idade e ocupa a função de secretária da ouvidoria há dois anos.

Numa entrevista de 40 minutos informou que havia poucas ocorrências, e a maioria dos denunciante preferiam o anonimato, pois temiam represálias por parte dos denunciados (médicos/as e enfermeiros/as). Temiam ser “mal vistos” pelos profissionais e pelas instituições.

Mencionou ainda casos em que vítima que sofreu algum tipo de violência, mas que, com medo ou vergonha, mandava outra pessoa fazer a denúncia. Segundo a entrevistada isso dificultava a apuração, pois acabava por alterar os fatos. Quanto aos procedimentos feitos pela ouvidoria em relação às denúncias, estas eram repassadas à secretária de saúde que se encarregava da investigação, mas, no geral, findavam por ali mesmo. Os casos mais graves, como corrupção e negligências médicas, sequer chegavam a ser investigados, eram “descartados”, “rasgados”.

Sobre os casos de racismo, ela foi direta. “Esses casos aí são os mais simples, mas os que menos têm solução, pois são difíceis de provar, nesses casos tem que ter testemunhas e muitas pessoas têm medo, as pessoas não querem se envolver com os problemas dos outros”.

Para a entrevistada, o racismo, dentre os casos denunciados, é visto como problema menor ou sem importância, que não causa danos sociais. As violências físicas e simbólicas sofridas pelos negros é “natural”, e seria um grande “exagero” punir ou aprisionar alguém por racismo. Aqui, a entrevista repete um discurso que se propaga no imaginário social. Consequentemente, o silêncio e a impunidade acabam perpetuando as ações discriminatórias no cotidiano. Vale considerar, ainda, que o racismo não se manifesta pelo insulto direto, mas também pelo que está entre- linhas, o não dito, o que é negado, o dissimulado, mais difícil ainda de ser identificado como racismo, o que torna a denúncia impraticável.

Nos momentos de interação que vivi com os usuários, durante a espera para atendimento, ou do “lado de fora” aguardando a abertura das portas da Unidade, as conversas fluíam de forma espontânea e sem constrangimentos. Registrei assuntos relacionados ao descontentamento que mantinham para com a qualidade do atendimento, a postura dos profissionais e as estratégias que utilizavam para enfrentar percalços, o preconceito e a discriminação aos profissionais da saúde, enfermeiros/as, médicos/as e auxiliares dos consultórios, foi dirigi-lhes apenas quando necessário, alegaram discutir com eles ameaçando-os com a denúncia. Recorrente foi a afirmação

de que, quando discriminados, acabavam por abandonar o tratamento, buscavam outras medidas paliativas, ou quando o dinheiro sobrava, no fim do mês, recorriam às consultas pagas, em outros estabelecimentos, pois consideravam que esses profissionais não cometeriam práticas discriminatórias. Nesse sentido, pelo fato das consultas serem privadas, os médicos tinham por obrigação realizar uma “consulta bem-feita”, isto é, não praticar racismo, uma vez que nas consultas públicas existiam essas práticas, ou seja, atitudes grosserias, ignorância, priorização do atendimento do ponto de vista racial e falta de conhecimento de certas doenças por parte dos médicos. Além disso, esses pacientes também tinham a necessidade de suporte para as suas necessidades físicas e morais. Outros, para evitar o “aborrecimento”, preferiam recorrer às práticas da medicina popular, uso de plantas medicinais, remédios caseiros, cuidados, prevenção que poderiam ser realizados em suas próprias residências, deixando para recorrer ao sistema de saúde em último caso.

Houve também aqueles pacientes que “selecionavam” os profissionais por quem seriam atendidos. Tomavam conhecimento dos horários dos profissionais que eram considerados “negligentes, abusados e preconceituosos”, e assim não vinham nesses dias para as consultas. Priorizando os dias em que os considerados “bons” profissionais atendiam, o que acabava aumentando a demanda em determinados dias da semana, o que tinha como consequência uma longa fila de espera, tendo os usuários de chegar cada vez mais cedo para garantir a vaga.

A gerente do Centro de Especialidades, em relação ao acolhimento dos pacientes e à preferência por determinados profissionais, disse:

[...] O acolhimento se dá pela técnica de enfermagem. Antes de entrar na sala do médico/a, eles têm que passar por essa sala para poder aferir a pressão. A preferência ocorre em todos os âmbitos profissionais, tem aqueles profissionais que acolhem mais os pacientes, esses são mais aceitos, esses profissionais são principalmente os recém- formados, são aqueles que estão tendo os seus primeiros contatos com os pacientes, muitos pacientes querem contar fatos sobre suas vidas, coisas que não são necessárias e quando os profissionais interrompem suas falas, muitos pacientes ficam chateados e começa a fofoca de que determinado profissional é considerado chato ou grosseiro, começa a empatia e assim os outros usuários também acreditam e compartilham informações que nem sempre são verdadeiras.(Gerente da unidade, 38 anos, branca. Entrevista realizada em 08/09)

Nesse sentido, o acolhimento não é só realizado por um ou outro segmento, nem este ou aquele profissional. Como diz, José Jorge Solla (2005), o acolhimento enquanto postura pressupõe uma atitude da equipe de saúde que permita receber bem os usuários e escutá-los de maneira adequada, bem como suas demandas. Nesse contexto, é possível construir relações de confiança entre trabalhadores e usuários. Não há dúvidas de que os usuários percebem bem falhas no acolhimento, e por isso elegem os médicos como bons ou ruins, a partir do tipo de acolhimento que estes oferecem.²²

O medo de serem maltratados pelos profissionais leva muitos usuários a afirmar que tomavam algumas medidas preparatórias antes de irem ao Posto médico, e outras durante o atendimento, procurando evitar os rechaços dos médicos. A higiene pessoal, a aparência física, manter-se calado mesmo diante de situações de dor e sofrimento, são algumas delas:

[...] você já é preta né?... aí quando eu vou ao médico fico limpa, faço depilação, acho que isso ajuda a não sofrer preconceito, raspo todos os pelos, eu me cuido. (Julia, 56 anos, paciente negra. Entrevista realizada em 23/07)

[...] Às vezes você faz uns exames que a pessoa te olha muito, acho que é para ver se você está limpa, arrumada ou tomou banho. Por isso não gosto de estar desarrumada, venho sempre limpa e perfumada. (Siara, 35 anos. Entrevista realizada em 29/07)

Na sala de recepção e triagem, frequentemente o clima estava tenso entre os dois lados da configuração. De um lado, os profissionais e de outro os usuários. É notável certo distanciamento entre esses dois segmentos. Os pacientes vislumbram um quadro de profissionais racistas, ignorantes e mal preparados, que inferiorizam os negros e pobres. Como mostram as falas abaixo:

[...] Se vier, vai ver; eu conheço as leis, denuncio na mesma hora (Otávio, 18 anos, paciente negro. Entrevista realizada em 27/04).

[...] No momento da discussão, se eu entender que foi motivado por racismo, primeiramente dava uns bons tapas e depois procurava meus direitos, ainda existe muito disso, racismo é crime (Tereza, 29 anos, paciente negra. Entrevista realizada em 09/10).

²² Segundo o Ministério da Saúde, acolhimento significa: “Admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento, como ato ou efeito de colher, expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘está com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão”. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006, p. 6).

Nesse sentido, podemos observar que os pacientes, preferencialmente negros, reclamam dos profissionais. Esse fato foi comprovado pelas inúmeras entrevistas. No início dessa pesquisa afirmei que as entrevistas seriam realizadas apenas com informantes negros. No entanto, com o andamento da pesquisa foi necessário também dar voz aos outros informantes (brancos). Dessa maneira, houve como comparar os discursos dos envolvidos nessa trama, bem como as análises das percepções de trabalho dos profissionais da saúde.

[...] Não lembro de ter sido maltratada. (Sarah, 58 anos, paciente branca. Entrevista realizada em 12/10)

[...] Aqui é ruim falta tudo, médico, medicamentos, o carro para fazer o transporte. (George, 63 anos, paciente branco. Entrevista realizada em 04/11)

[...] Eu nunca fui maltratada por nenhum profissional, aqui eles nos tratam bem.(Ruth, 43 anos, paciente branca. Entrevista realizada em 16/11)

[...] Esse lugar é péssimo, passo muito tempo para marcar uma consulta, aqui fede, se você for no banheiro, não tem papel, nem sabão para lavar as mão, o bebedouro está enferrujado, os bancos nem se fala. Eu nunca sofri nenhum preconceito aqui, os trabalhadores até têm a cara fechada, mas nunca fui desrespeitado. (Paulo, 68 anos, paciente branco. Entrevista realizada em 16/11).

Como se demonstra, por um lado há uma divergência dos discursos entre os informantes, de forma geral foi identificado que o sistema de saúde em si é ruim, mas enquanto os pacientes negros afirmam que um fato preponderante agrava ainda mais as instituições, com a presença do preconceito e do racismo, por outro lado os pacientes brancos têm queixas em relação à estrutura da instituição, e não das ações discriminatória por parte dos profissionais da saúde.

Ainda nesse mesmo contexto, é preciso elucidar as falas de alguns profissionais da saúde, e analisar como se posicionam em relação às queixas de discriminações na instituição. E, além disso, avaliar as relações ente essa categoria e os pacientes.

[...] Muitos pacientes negros exageram nas reclamações, tudo é caso de discriminação. (Enfermeiro branco, 31 anos. Entrevista realizada em 08/12).

[...] Isso não ocorre aqui, certas ações dos profissionais são distorcidas , o paciente já internalizou tanto que é discriminado, que sofre racismo em todos os lugares, daí tudo o que o profissional faz ou deixa de fazer é considerado como racista, mas isso está na cabeça dos próprios

pacientes, e não há nada que possamos fazer. (Médico branco, 29 anos. Entrevista realizada em 02/12).

Os profissionais tendem a não admitir a prática racista, bem como responsabilizam os pacientes negros, afirmando que estes são exagerados, que o preconceito está internalizado em suas mentes. Isso acaba por inverter as posições, as práticas racistas dos profissionais são minimizadas, tornam-se vítimas enquanto os pacientes são culpados de interiorizar as ações racistas.

A gerente da unidade pesquisada, na entrevista, foi questionada com relação às formas de tratamento em relação aos pacientes mais vulneráveis, em especial os pacientes negros e como a gestão da instituição trabalha para capacitar os seus profissionais em relação ao enfrentamento do racismo na unidade. Em resposta, a gerente pautou os seguintes argumentos:

“[...] Aqui tratamos todos iguais, não há por que ter diferença, priorizar o atendimento. Alguns pacientes são exagerados, tudo que acontece é racismo, discriminação e preconceito, nem sempre o que se fala é intencional. Na unidade temos palestras todos os meses, tratamos de várias especificidades, mas não em exclusividade da saúde do negro, mas de forma geral. E em relação ao racismo, acredito que nem precise falar sobre isso, pois todos nós sabemos que essa prática é inaceitável. (Gerente da Unidade, branca. Entrevista realizada em 20/05).

Na sua fala, podemos perceber uma contradição. A afirmação que todos são iguais é facilmente contrariada, pelos dados, tanto desta pesquisa como de outras já publicadas. O fato de ela desconhecer o conteúdo da Política de Saúde da População negra, destacando as recomendações focalizadas para esclarecimento e tratamento da anemia falciforme e hipertensão para gestantes negras, por exemplo, reflete institucionalização do racismo e sua naturalização na sua fala. Quanto à não intencionalidade do racismo, este é um discurso bem ressoante, em que muitos dele se valem para não serem vistos como racistas. Imputam a culpa à vítima, tornando-as “exageradas”. E, por fim, não há campanhas ou palestras desenvolvidas que trabalhem essa temática de suma importância para a sociedade, os profissionais permanecem despreparados para trabalhar com a diversidade.

Outro fator de discriminação realizado por parte dos profissionais médicos foi a realização de suas atividades profissionais como se fossem donos de um saber médico

em detrimento da desvalorização do conhecimento do corpo que o paciente traz para a consulta.

“ [...] Meu filho nasceu com uma doença que deixa os olhos amarelo (icterícia) eu disse para o médico que tinha colocado leite do peito e açafrão pilada, porque meus avós ensinaram, ele falou que eu não era médica e não poderia fazer isso, porque poderia até cegar o menino, mas todo mundo onde eu moro faz isso, o menino nem precisou de remédios, passei duas semanas fazendo isso, e ele melhorou. (Consuelo, 62 anos, paciente negra. Entrevista realizada em 18/3).

“ [...] Estava com uma tosse por mais de três semana, a garganta estava seca e o médico passou vários remédios e pastilhas, mas eu não melhorava, deixei esses medicamentos de lado e fiquei tomando leite de jumento, aos pouco fui melhorando, depois de um tempo fui nesse mesmo doutor para outra consulta e ele perguntou se eu tinha melhorado com os remédios que passou. Disse que fiquei bom mesmo foi com o leite de jumento, mas ele não acreditou disse que isso era crendice, não acreditou na minha palavra, essa cor aqui diz muita coisa, tenho porque mentir. (Raimundo, 75 anos, paciente negros. Entrevista realizada em 09/06).

A relação do médico com o paciente mudou com o tempo. Ela é construída espontaneamente, porém sua qualidade depende de esforços e habilidades do profissional de saúde de adequar-se às características subjetivas de cada paciente. Essas, entrevistas mostram como o conhecimento médico se sobrepõe ao conhecimento dos pacientes, há uma hierarquia médica, que desconsidera os fatores culturais e raciais.

Não encontrei registros de desenvolvimento de planos focais para a população negra. Dessa maneira, não há como garantir a efetivação do direito à saúde contida nos princípios do SUS. Fica evidente a ineficiência de debates entre pacientes e profissionais, dessa forma não há como estimular a compreensão e aplicação dos princípios e ações da Política Nacional de Saúde Integral para a População Negra. Vale lembrar que o problema do racismo nas instituições não se resolve apenas com emissão de normas e manuais de condutas. Requer ele uma abordagem mais complexa de cunho educativo, visando à mudança de práticas, comportamentos e atitudes. Por fim, cabe dizer que as manifestações de racismo podem ser, e geralmente o são realizadas individualmente e socialmente ultrapassando a esfera da instituição. Assim sendo, o racismo não é problema de apenas uma pessoa, mas de todo um conjunto institucional.

Vejamos os depoimentos dos profissionais brancos que atuam na unidade:

“[...] Você sabe, né e todo mundo também sabe, é preciso falar que existem pessoas que você olha e já fica na dúvida, aí você pensa, é uma “ovelha negra”, o que será que ela pode te fazer, às vezes tenho até medo de ficar sozinha aqui na farmácia, peço que o guarda sempre dê uma circulada por aqui. (Técnica de enfermagem, branca. Entrevista realizada em 15/08).

“[...] Eu acho que os próprios negros se inferiorizam muito, se fazem de vítima, qualquer coisa que houver é caso de racismo e da cadeia (Enfermeira, branca. Entrevista realizada em 16/08)”.

“[...] Eu nunca priorizei atendimento por ninguém, mas em outra instituição que trabalhava, uma colega de trabalho me falou que não gostava de atender pacientes muito escuros, eu fiquei muito chateada, porque eu tenho parentes negros também, afirmei para ela que a atitude foi preconceituosa e que se alguém escutasse poderia denunciar, é crime. (técnica de enfermagem, branca. Entrevista realizada em 18/10).

“[...] Esse tipo de coisa não ocorre por aqui”. (Médico, branco. Entrevista realizada em 18/10).

Na primeira situação houve um caso aberto de racismo. Na segunda, um tipo de culpabilização do discriminado. No terceiro uma certa cordialidade e no quarto, uma resignação. Em outro bloco de entrevistas com os profissionais médicos/as e enfermeiro/as foi possível afirmar a presença do racismo.

“[...] Existe sim o preconceito racial e de classe, há médicos que tratam bem os pacientes, mas existem outros que destratam pobres e negros, alguns médicos deixam o paciente esperando, enquanto toma um café, às vezes vai conversar com outros colegas e até mesmo trata os pacientes mal, a maior parte dos pacientes são pobres e isso agrava por eles também ser negros e desinformados. (médico, negro. Entrevista realizada em 02/11).

“[...] Eu já presenciei uma cena desta, tinha duas crianças para ser atendidas, a criança negra estava com febre, sei disso porque medi a temperatura, ela passou pela sala da enfermagem, eu a coloquei como emergência, mesmo ela estando com um quadro sintomático mais grave que outra criança branca que também mediquei e sua temperatura estava normal, a médica quando abriu a porta olhou para a mãe da menina branca e mandou entrar na sala, a médica já sabia que a criança negra era emergência porque eu mesmo tinha anotado no prontuário, no entanto, quando questioneei ela falou, “a mãe já está aqui dentro”, assim que eu terminar a outra entra. Existe preconceito infelizmente, muitos colegas de trabalho inferiorizam as pessoas, já pude observar que muitas consultas são rápidas dependendo da pessoa. (Enfermeira, negra. Entrevista realizada em 09/12)

Nessa perspectiva, o racismo se associa a outras iniquidades produzindo e ampliando as desigualdades já experimentadas pelas pessoas negras, da mesma forma, associando-se a diferentes eixos de subordinação, agravando as condições de vida e aprofundando as iniquidades agravando as condições de vida e aprofundando as iniquidades.

Por fim, sintetizadas as experiências vividas por pacientes negros nas instituições de saúde, os informantes também relataram essas experiências em outras instituições/organizações, elencaram mecanismos de defesas utilizados nos enfrentamentos diários dessas situações: repetidos relatos de resistência, resiliência e superação perante as dificuldades impostas pelo racismo institucional, a fé e a força interior atribuídos como “combustíveis” para a superação da “Muralha invisível”, é uma metáfora relativa à dificuldade em se transportar as barreiras para acessar os recursos públicos de saúde, sem que os pacientes negros tenham que sofrer com alguma forma de discriminação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse feito não resulta num trabalho de reprodução, mas é embasado na profundidade de conseguir compreender situações, fatos a partir da compreensão do outro. Isso também possui uma estreita relação com o respeito que o pesquisador deve ter com aquilo que ouve e que observa. Neste capítulo e em nenhuma parte do texto me propus a fazer julgamentos, a distorcer fatos, criar histórias. Meu esforço se fundou na tentativa de colocar em prática tudo o que aprendi na minha trajetória acadêmica. Coloquei em pauta muito mais do que teorias, estratégias de aproximação, adaptação e análises. Assim sendo, um bom trabalho consiste no respeito e na lealdade daquele que tirou a roupa para que o pesquisador pudesse enxergar melhor.

Diante de tudo o que foi exposto, é necessário entender o informante, ser entendido por ele e passar ambos os entendimentos para o leitor. A persistência até hoje do caráter poético dos títulos de artigos (ou monografias) talvez indique o desejo de chamar a atenção, não para aquela contribuição que seja reconhecida como científica, mas, sim, para a complexidade da tarefa que é comunicar.

O racismo é uma realidade vivida na Unidade de Saúde pesquisada, e pode ser sentido abertamente ou de forma dissimulada. Por exemplo, a gerente da unidade reconhece a existência dele, porém não encontra nele importância a ponto de incluí-lo em pautas de discussão com os profissionais. Assim, das falas, dos atos, nos gestos, gaguejos e sociabilidades, se formam materiais excelentes para a análise. Falar do outro quando se estava falando de si mesmo foi uma prática recorrente entre os informantes. A expressão “eu não faço não, mas tem muita gente que faz” me dizia muito sobre a razão de o racismo institucional ser caracterizado também como um ato dissimulado. Muitas vezes o silêncio dos colaboradores me dizia das suas dificuldades de se expressar. Como diz Adriano de León (2014), aprendi que pesquisar é compreender que são as dobras os espaços da análise, ou seja, são as palavras, gestos, articulações não ditas que ora se percebe visivelmente, ora sublinaramente nos recônditos.

Nesse estudo foi possível também identificar os vários descasos, os constrangimentos e discriminações sofridos pelos usuários dos serviços públicos de saúde, sendo que os negros, em relação aos brancos, são mais prejudicados. O racismo institucional diminui a possibilidade de diálogo e provoca o afastamento dos usuários.

O descompasso entre os direitos estabelecidos em leis e programas oficiais pode ser constatado na ausência de divulgação de materiais impressos, audiovisuais, radiofônicos ou eletrônicos sobre direito e deveres da população afrodescendente quanto ao atendimento profissional, não discriminação em função de origem étnico racial, sexo, idade, cultura ou denominação religiosa. Bem como não houve a inclusão, valorização e reconhecimento de personalidades negras, comemoração e rememoração de datas relacionadas à luta contra o racismo no calendário municipal do Centro de saúde, tais como, dia mundial pela eliminação da discriminação racial (21 de Março) e dia da consciência negra (20 de Novembro).

No andamento da pesquisa, não ocorreu nenhum evento, mobilização ou articulação com lideranças ou gestores comprometidos na luta contra o racismo na saúde. Não houve discussões internas e externas sobre racismo e expressões correlatas de discriminação e suas influências sobre o processo saúde/doença/cuidado e morte. Com relação aos profissionais, ficou constatado o atendimento mais técnico do que humanizado, em relação aos médicos, exercem eles suas atividades como detentores de um saber médico e dos corpos dos pacientes.

Neste sentido, há uma hierarquia, em que o médico ignora e desconsidera os condicionantes sociais, culturais e raciais que estão ligados às diferentes doenças (FONSECA, 2010,P.117). Médicos, enfermeiros e demais profissionais que atuam na Unidade desconhecem o Estatuto da Igualdade Racial, bem como os seus fundamentos e princípios, esse é um sintoma importante do racismo. Vale considerar que o Estatuto ganhou grande visibilidade na mídia em geral; no entanto, não chegou de forma tão rápida e equânime para os usuários do sistema de saúde, que por sua vez poderiam utilizar esse instrumento para a tomada de decisão em eventuais situações de discriminação.

Portanto, há restrições impostas pelas barreiras do racismo institucional na prevenção, acolhimento e tratamento da saúde das pessoas negras. Diante da situação em que se encontram, quando necessitam dos serviços de saúde, muitos usuários, negros

ou não recorrem a estratégias compensatórias no intuito de amenizar os constrangimentos e frustrações que têm de enfrentar. Seguramente, os negros estão mais representados dentre os usuários que recorrem à utilização das plantas medicinais, e outras terapias alternativas.

Os afrodescendentes estão longe de se beneficiar integralmente dos direitos que lhes são concedidos, ao denunciarem diversas situações de descasos, constrangimentos e discriminação nas unidades públicas, comprovam a eficácia do racismo institucional. As narrativas dos pacientes negros em relação aos pacientes brancos destacam bem isso.

Os informantes também relataram as estratégias desenvolvidas para lidarem com as situações de preconceito e acessar a instituição de saúde. Para tentar, a estratégia consistia em uma imagem “limpa” vestir-se e manter-se em boas condições de higiene, bem como o “silenciamento” mesmo diante de atitudes de dor ou sofrimentos para não serem tolhidos ou rechaçados.

É preciso elencar também que outras estratégias foram desenvolvidas em âmbito nacional para conter o racismo institucional. O Geledés- Instituto da Mulher Negra elaborou dois documentos para instrumentalizar os gestores para o enfrentamento do racismo: o primeiro, *Guia de Enfrentamento ao Racismo* (LOPES, 2004) e o segundo , *Uma Abordagem Conceitual*(Lopes, 2004). Entretanto, é necessário muito diálogo para que essas medidas sejam empregadas de fato nas unidades públicas de saúde.

Por fim, os colaboradores dessa pesquisa vivem em meio a grandes adversidades, sem oportunidades e em espaços minados por lutas diárias, físicas e simbólicas, onde necessitam guerrear para atender as suas expectativas, isso a teoria expressou e os resultados foram confirmados. Ao iniciar a dissertação me propus mesclar alguns eventos que vivenciei, outros que relatei com a teoria abordada, uma contribuição tanto científica como para a comunidade de origem. Em suma ser negra/o é viver a experiência de ter sido massacrado em sua identidade, mas, para além disso, é comprometer-se a resgatar suas histórias e poder recriar-se em suas potencialidades.

REFERÊNCIAS

- ANDREWS, George Reid. Desigualdade racial no Brasil e nos Estados Unidos. **Revista Afro-Asiática**, 1992, n.22, p204.
- ARANDAS, Wagner Solano de. **O racismo institucional contra os negros na polícia militar**. João Pessoa. 2010. Dissertação Mestrado (Ciências Jurídicas) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.
- BANDEIRA, Luís Cláudio Cardoso. **Entidades Africanas em “trocas de águas”**: diásporas religiosas desde o Ceará. Dissertação de mestrado (História) – PUC/SP, 2009.
- BARROS, José D’Assunção Barros. **A construção social da cor**: diferença e desigualdade na formação da sociedade brasileira. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- BACKES, C.E.et al. **Triagem neonatal como um problema de saúde pública**. Revista Brasileira de hematologia e hemoterapia, São José do Rio Preto, v.27,n.1,p.43-47,2005.
- BASTIDE, Roger; FERNANDES. Florestan. **Relações raciais entre negros e brancos em são Paulo**. São Paulo: Unesco; Anhembi, 1955..
- BENTO,M.A.S.**Branqueamento e branquitude noBrasil**. In.CARONE,I;BENTO,M.A.S (orgs). Psicologia social do racismo:estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BOLETIM CRI. Combate ao Racismo Institucional** – Saúde e Comunicação para o Desenvolvimento. Brasília, 2006.
- BOURDIEU, Pierre. **O poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992.
- BRASIL. **Estatuto da Igualdade Racial**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010a.
- BRASIL. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de saúde. **Saúde Brasil; Uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília, 2005.
- CUNHA JR, Henrique. **Espaço urbano e afrodescendência**: estudos da espacialidade negra urbana para o debate das políticas públicas. Fortaleza: Edições UFC, 2007.
- _____. **Africanidade, Afrodescendência e Educação**.In:__.Educação em debate, Fortaleza, ano 23, v.42, 2001
- DAMATTA, Roberto: **Relativizando uma introdução á antropologia social**. Rio de Janeiro: Rocco,1987.
- D’ANGELO, Élcio. **Estatuto da Igualdade Racial – Comentado**. São Paulo: EDIJUR, 2010.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. L. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

FERNANDES, Florestan. **O negro no mundo dos brancos**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1972.

_____. **A integração do negro na sociedade de classes**. São Paulo: Nacional, 1965, 2vols.

FUNES, Eurípedes Antônio. **Negros no Ceará**. In: Fortaleza: Demócrito Rocha, 2004.

FRASER, Nancy. **Reconhecimento sem ética?** Lua Nova, Revista de Cultura e Política. São Paulo, n.70, 2007, p.101-138.

FRY, Peter. **A persistência da raça**: ensaios antropológicos sobre o Brasil e a África Austral. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LCT, 1989.

_____. **Obras e vidas :o antropólogo como autor**. 2 edição. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2005.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LCT, 1988.

GILROY, P.. **O Atlântico Negro**: modernidade e dupla consciência. São Paulo: Ed.34, 2001.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio. **Preconceito de cor e racismo no Brasil**. Revista de Antropologia, São Paulo, v.47, n.1, 2004.

_____. **Racismo e anti racismo no Brasil**. São Paulo : Editora 34, 1999.

_____. Como trabalhar com “raça” em sociologia. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v.29, n.1, p.93- 107, jan./jun. 2003.

GLUCKMAN, M. **Análise de uma situação social na Zululândia Moderna**. In. Feldman- Bianco(org). São Paulo: Editora UNESP, 1983.

GRIN, M. **Esse ainda obscuro objeto de desejo**: política de ação afirmativa e ajustes normativos. Novos Estudos Cebrap, v.59, p.172-192, 2001.

GRUNEC. **Caminhos - Mapeamento das comunidades negras e quilombolas do Cariri cearense**. Crato – CE, 2011.

HASENBALG, Carlos. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

HOLANDA, Violeta Maria de Siqueira. **Obaluaiê**: um estudo sobre práticas culturais, religiosas e de saúde em terreiros de umbanda na cidade de Fortaleza. 2009. Tese (doutorado em ciências sociais) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; SEPPIR - SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL. **Situação social da população negra por estado**. Brasília: IPEA, 2014.

_____. **Desigualdades raciais no Brasil**: Um balanço da intervenção governamental, Brasília, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores sociais mínimos. In _____ Censo 2000. Disponível em: <

<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatística/população/condicoesdevida/indicadoresminimos>
>

KALCKMANN, Suzana. **Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.16, n.2, 2007, p.146-155.

LAGUARDIA, J. **O uso da variável raça na pesquisa em saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.197—234, 2004.

LEAL, Maria do Carmo. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré- natal e ao parto**. Rio de Janeiro: Brasil. 2001.

LEAL, M.C; GAMA, S.G.N; CUNHA, C.B. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré natal e ao parto**. Revista de saúde pública, São Paulo, v.39, n.1, p.100-107, 2005.

LESSA, I. Hipertensão arterial. In: HAMANN, E.M; TAUIL, P.L. (Org). **Manual de doenças mais importantes por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Brasília:Ministério da Saúde, 2001.p.43-51.

LOPES, Ana Lúcia. **Negros e mestiços nas faculdades de pedagogia**. São Paulo: FFLCH/Departamento de Antropologia, USP, 2005.

LOPES, Fernanda. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**. I Seminário Saúde da População Negra, 2004.

LÓPEZ, Laura Cécilia. **O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde**. Interface-comunic, saúde, Educ.v.16, n.40, p.121-34, jan./mar.2011.

MAIO, M.C. **Raça, doença e saúde no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX**. In: MONTEIRO, S; SANSONE, L. (Org). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.p.15-44.

MAIO; MONTEIRO. **Tempos de racialização: o caso da saúde da população negra no Brasil**. História, Ciência, Saúde – Manguinhos, v.12, n.2, p.419, maio- agosto.2005.

MADEIRA, Maria Zelma de Araújo. **A maternidade simbólica na religião afro-brasileira: aspectos socioculturais da mãe-de-santo na umbanda em Fortaleza-Ceará**. 2009 Tese (doutorado em educação), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

MOURA, Bruno César. **A Constitucionalidade das políticas de ações afirmativas em favor dos afrodescendentes**. Disponível em <http://ideario.org.br>. Acesso em 01.12.2010.

MUNANGA, Kabengele. O anti-racismo no Brasil. In _____ (Org.). **Estratégias e políticas de combate à discriminação racial**. São Paulo: Edusp, 1996.

NUNES, Cícera. **O reisado em Juazeiro do Norte-Ce e os conteúdos da história e cultura Africana e Afrodescendente**. Dissertação (mestrado em Educação)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

NOGUEIRA, Oracy. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem: sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. **Tempo Social**, São Paulo v. 19, n.1, 2007.

OMS. Organização Mundial de saúde. **Saúde e ausência de discriminação**. 2001.

PAIXÃO, M & CARVANO, L.M. Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil, 2007-2008.. Disponível em: http://www.laeser.ie.ufrj.br/PT/relatoriospdf/RDR_2007-2008_pt.pdt

PAULA, Marilene de. **Políticas de ação afirmativas para negros no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002)**, 2010, Dissertação (História). Fundação Geulio Vargas, Rio de Janeiro, 2010.

PEREIRA, Amauri Mendes. “**um raio em céu azul**”: reflexões sobre a política de cotas e a identidade nacional brasileira. Estudos Afro- Asiáticos, v.25,n.3.p463-482.

PETRY, Sabrina. **Até na hora do parto negra é discriminada**. Folha de São Paulo on line, Cotidiano, 2002.

PORTO ALEGRE, Sylvia. Vaqueiros, agricultores, artesãos: origens do trabalho livre no Ceará Colonial. In : **Revista de Ciências Sociais** . Fortaleza : Ed. UFC. 1989/1990.

RATTS, Alex. O negro no Ceará (ou Ceará Negro).In: CUNHA, Henrique Junior, DA SILVA, Joselina, NUNES, Cícera.(orgs). **Artefatos da cultura negra**. Fortaleza: Edições UFC,2011,P.19-39.

SALES JÚNIOR, Ronaldo Laurentino de. **Raça e Justiça**: o mito da democracia racial e o racismo institucional no fluxo de justiça. Recife, 2006. Tese (Doutorado em Sociologia) Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

SAMPAIO, Elias de Oliveira (2003), Racismo Institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo, in: **interações. Revista Internacional de Desenvolvimento Local**,v.4,n.6.março.Campo Grande-MS: UCDB.

OMS. Organização

SANSONE, PINHO. Livio, Osmundo Araújo. **Raça novas perspectivas antropológicas**. Salvador:Associação Brasileira de Antropologia: EDUFBA, 2008.

SANTOS, Jocélio Teles dos. **O poder da cultura e a cultura no poder**: a disputa simbólica da herança cultural negra no Brasil. Salvador: EDUFBA, 2005. Disponível no SCIELO Books.

SANTOS, Joel Rufino dos. **O que é o racismo**. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

SANTOS, Marlene Pereira dos. **Educação e Afrodescendência em Maracanaú**: estudo da implementação da Lei 10639 no município. Maranguape-CE: monografia: Faculdade Kurios, 2009.

SEIFERTH,Giralda. **A estratégia do branqueamento**, in ciência Hoje, v.5,n 25, Jul-agosto/1989, p.54-61.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. In: **Rev. Bras. Saúde Materno-infantil**, v.5,n.4,p.493-503, 2005.

SOUZA,J. **Multiculturalismo e racismo**: uma comparação Brasil- Estados Unidos. Brasília:Paralelo, 1997.

SOUZA, Otilia Aparecida Silva. A arte do povo - um estudo sobre o artesanato em Juazeiro do Norte – CE. In: Anais do **CONFAEB**. Crato, 2008.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças**- cientistas, instituições e questões racial no Brasil 1870-1930. São Paulo: Companhia das letras, 1993.

_____. **Racismo no Brasil**. São Paulo: Publifolha, 2001.

_____. **Homem da ciencia e a raça dos homens**: cientistas, instituições e teorias raciais em finais do século XIX. São Paulo, 1993. Tese (doutoramento), Universidade de São Paulo.

_____. **Retratos em branco e negro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

_____. **Nem Preto Nem branco, muito pelo contrário:** cor e raça na sociabilidade brasileira. São Paulo: Claroenigma, 2012.

TORRES-PARODI,C; BOLIS,M. **Evolução da concepção etnia/raça e seu impacto na formulação de políticas para a equidade.** Revista.Panam Salud Publica, 22(6), 400-405, 2007.

TURNER, Victor. **Floresta de símbolos.** Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2005.

WIEVIORKA, Michel. **O racismo, uma introdução.** São Paulo: Perspectiva, 2007.

Writings. E.B Du Bois. As almas do povo negro. Tradução de José Luiz Pereira da Costa. Acesso em: ehaf.paginas.ufsc.br/files/2016/03/05-DUBOIS-As-Almas-do-povo-negro.pdf.

VALE, Johnatan F. Marques do. *Religião e Saúde: relações entre a umbanda e a medicina nas práticas de cura.* 2013. Dissertação(Sociologia). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

VIANA, A.L.A.(Org). **A política de saúde no Brasil nos anos 90.** Ciência & Saúde Coletiva, v.6,n.2, 2001.

ZAGO, M.A. **Pesquisa Clínica no Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9,n.2, p.363-374, 2004.

Apêndice

Pacientes:

1-Definir a sua cor/etnia

2-Escolaridade/Profissão

3- Religião

4- Você ou alguém que você conhece já sofreu alguma manifestação de racismo? E dentro da instituição Por que ? como ocorreu? Como reagiu? Quais estratégias?

5- Você conhece alguma política pública de saúde voltada para a população afrodescendente? Como teve acesso? O que entende por essa política?

6- Você conhece a ouvidoria?

Profissionais da saúde:

1-Vocês colocam o quesito cor/etnia nas fichas dos pacientes?

2- O que conhecem sobre o Estatuto da Igualdade Racial, principalmente o item relacionado a saúde da população afrodescendente?

3- Como é feito o acolhimento?

4- Quais as políticas desenvolvidas para os pacientes negros com hipertensão, diabetes e principalmente anemia falciforme?

5- Como as pacientes gestantes negras e hipertensas são tratadas?

6- Existem campanhas, palestras ou mobilizações para a prevenção discutir o racismo, bem como a incidências de doenças como hipertensão, diabetes e falciforme? Quando? Como ocorre? Quais os profissionais envolvidos?

7- Você já sofreu racismo?

8-Você já presenciou alguma forma de racismo? Como reagiu? O que fez?