

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

ROBERTA DAYANNE DE OLIVEIRA SANTOS

**“EU NÃO VEJO MUITOS NEGROS AQUI” : UMA ETNOGRAFIA SOBRE A
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA EM
MACEIÓ**

MACEIÓ

2017

ROBERTA DAYANNE DE OLIVEIRA SANTOS

**“EU NÃO VEJO MUITOS NEGROS AQUI”: UMA ETNOGRAFIA SOBRE A
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA EM
MACEIÓ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Francisco Guedes do Nascimento.

MACEIÓ

2017

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale – CRB4 - 661

S237e Santos, Roberta Dayanne de Oliveira.
“Eu não vejo muitos negros aqui” : uma etnografia sobre a política nacional de saúde integral da população negra em Maceió / Roberta Dayanne de Oliveira Santos. – 2018.
96 f. : il.

Orientador: Pedro Francisco Guedes do Nascimento.
Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Maceió, 2017.

Bibliografia: f. 83-88.
Anexos: f. 89-96.

1. Antropologia social . 2. Negros – Maceió (AL). 3. Racismo. 4. Políticas sociais. 5. Biopolítica. 6. Negros – Saúde. 6. I. Título.

CDU: 39:316.347(813.5)

FOLHA DE APROVAÇÃO

ROBERTA DAYANNE DE OLIVEIRA SANTOS

“EU NÃO VEJO MUITOS NEGROS AQUI”: UMA ETNOGRAFIA SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA EM MACEIÓ.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Alagoas para obtenção do título de mestre.

Aprovado em 15/12/17

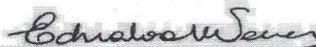
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr.º Pedro Francisco Guedes do Nascimento
(Orientador)



Prof. Dr.ª Débora Allebrandt
(Examinadora Interna)



Prof. Dr.ª Ednalva Maciel Neves
(Examinadora Externa)

AGRADECIMENTOS

Uma dissertação não é algo que se construa de forma solitária, por isso dirijo meus agradecimentos aos que contribuíram nesse processo.

A todos os que fazem o Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFAL, pela companhia nos últimos dois anos, com destaque para os maravilhosos professores que partilharam suas experiências, saberes e a certa medida, suas vidas.

A FAPEAL, pela bolsa de estudos que me possibilitou permanecer no programa durante o tempo do curso, viabilizando a pesquisa de campo e conclusão da análise.

A todos os colegas de mestrado, que formaram comigo a primeira turma de Antropologia do programa, que me ensinaram tanto sobre respeito, diversidade e companheirismo.

Ao Diego Souza, orientador de graduação e colega de profissão, que me abriu os olhos para as bases da questão social e me ajudou a ver o trabalho em saúde sob outra ótica.

A professora Débora Allebrandt, pela supervisão no estágio docente, por estar presente na banca de qualificação e na defesa da dissertação, pelas bibliografias indicadas, por ter se mostrado tão humana e próxima e por toda ajuda quando precisei.

A professora Ednalva Neves, colega da saúde e da antropologia, pela leitura dispensada ao trabalho e a gentileza nas considerações da defesa e por aceitar vir de João Pessoa até aqui, para dividir conosco suas contribuições.

Ao professor Pedro Nascimento, pela orientação na dissertação e pela paciência enquanto eu aprendia. Por todas as leituras generosas do texto, as indicações de bibliografia e em certa medida, os puxões de orelha. Um excelente escritor, antropólogo e docente, que aceitou dividir o trabalho comigo, me me conhecer.

Para as duas mulheres mais fortes que conheço que sempre me ensinaram a voar, me podando nos momentos oportunos, subsidiando meu desenvolvimento humano e intelectual. Pelo incentivo e a presença e por serem exemplos de

inteligência e amor a si e ao próximo (Joelma e Maria do Carmo) minha admiração sempre.

Ao meu esposo, sempre tão próximo, por tornar a adaptação em Maceió mais agradável, por nunca diminuir meu mundo e pelas ave-marias rezadas, sempre me lembrando o quanto Deus está bem próximo de nós.

E a Deus, sabedoria verdadeira, pai das luzes, por quem tudo foi criado e para onde convergem todas as coisas.

RESUMO

A dissertação discute a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra enquanto uma biopolítica, cujo objetivo é “fazer viver” o grupo de pessoas a qual se destina. Por ocasião da investigação etnográfica que ocorreu em diversos lugares da cidade de Maceió, pôde-se assimilar a partir de qual lugar os interlocutores emitem suas opiniões e as variadas interpretações feitas do documento. Esta diversidade interpretativa está fortemente ligada às múltiplas significações encontradas na pesquisa a respeito do que é ser negro no Brasil. O racismo desponta como elemento central de debate, fortemente ligado a tríplice invisibilidade que circunda o argumento, a saber: a invisibilidade de um cartaz, do negro e da própria política nacional de saúde da população negra. Enquanto um documento que legitima direitos à saúde e reconhece a fragilidade social na qual o negro brasileiro está inserido, a referida política pública é um instrumento que parte do Ministério da Saúde em consonância com as reclamações dos movimentos sociais, através do qual se pretende mudar o comportamento dos profissionais de saúde no momento do atendimento. Analisa-se também o Estado enquanto possuidor do poder de legitimação de direitos sobre as necessidades de saúde da população negra e de que forma as biopolíticas servem como elemento-chave para tais intervenções.

Palavras-chave: Saúde da população negra. Racismo institucional. Biopolítica. Políticas de saúde.

ABSTRACT

The dissertation discusses the National Policy of Integral Health of the Black Population as a biopolitics, whose objective is to "make live" the group of people for whom it is intended. On the occasion of the ethnographic investigation that occurred in several places of the city of Maceió, it was possible to assimilate from which place the interlocutors emit their opinions and the varied interpretations made of the document. This interpretive diversity is strongly linked to the multiple meanings found in the research about what it is to be black in Brazil. Racism emerges as a central element of debate, strongly linked to the triple invisibility that surrounds the argument, namely: the invisibility of a poster, the black and the national health policy of the black population. While a document that legitimates health rights and recognizes the social fragility in which Brazilian blacks are inserted, this public policy is an instrument that starts from the Ministry of Health in line with the demands of social movements, through which it is intended to change the behavior of health professionals at the time of care. The State is also analyzed as having the power to legitimize rights over the health needs of the black population and how biopolitics serve as a key element for such interventions.

Keywords: Health of the black population. Institutional racism. Biopolitics. Health policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Cartaz 1 – Conscientização contra o racismo.....	55
Foto 1 – UBS Dr José Tenório Lins.....	17
Foto 2 – Recepção geral da UBS Dr José Tenório Lins.....	18
Quadro 1 - Interlocutores.....	23
Quadro 2 - Dados socioeconômicos dos entrevistados.....	24

SIGLAS E ABREVIATURAS

ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PAF	Programa de Anemia Falciforme
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	MÉTODO E CAMPO: A EXPERIÊNCIA ETNOGRÁFICA.....	13
2.1	Descobrimo Maceió: ou como me inseri em campo.....	16
2.2	Os lugares da pesquisa.....	18
2.3	Interlocutores e grupos de relação.....	22
3	CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: PERCURSO HISTÓRICO E DESDOBRAMENTOS.....	26
3.1	A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no contexto do SUS.....	26
3.2	Os passos até a PNSIPN.....	36
3.3	Raça e racismo: uma questão central.....	41
3.4	Racismo e saúde.....	43
3.5	Eu não vejo muitos negros aqui: a invisibilidade como questão.....	47
3.6	Um cartaz invisível.....	52
4	UMA POLÍTICA DESCONHECIDA?	59
4.1	O papel do Estado: pensando o biopoder.....	72
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
	REFERÊNCIAS.....	83
	ANEXOS.....	89
	Anexo A: Mapa do Bairro Serraria.....	90
	Anexo B: Autorização da Secretaria de Saúde para a pesquisa.....	91
	Anexo C: TCLE.....	92
	Anexo D: Roteiros de entrevistas.....	95

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação se configura como um estudo etnográfico que pretende ser uma contribuição para o debate acerca da saúde da população negra. A partir da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), procurei estudar como profissionais de saúde e usuários da Unidade Básica de Saúde Dr. José Tenório Lins do bairro Serraria da cidade de Maceió – AL interpretam as ações de saúde voltadas para a população à qual se destina a política e como estes interlocutores entendem o “ser negro” a partir de suas percepções. Objetivando ampliar as possibilidades do objeto, circulei também em outros espaços em Maceió, como a Secretaria Municipal de Saúde; a Universidade Tiradentes (UNIT); a Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Também mantive contato com uma representação do movimento negro e a Associação de Portadores de Anemia Falciforme, a fim de mapear as diferentes formas de significação da PNSIPN.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, lançada em 2009 pelo Ministério da Saúde, trata-se de uma política pública destinada a responder as necessidades de saúde da população negra no Brasil. Pretende alcançar esse objetivo através do combate ao racismo institucional e da promoção da equidade e igualdade de acesso nos serviços de saúde. Está embasada nas estatísticas a respeito dos agravos à saúde aos quais a pessoa negra está exposta. Esses “disparates” são interpretados no texto da PNSIPN como um reflexo de uma realidade social onde existe um arraigado e persistente preconceito racial, altamente prejudicial em todas as dimensões, seja ela física, psicológica ou social.

A pesquisa de campo possibilitou encontrar, através da experiência etnográfica, outras questões para além daquelas referentes à necessidade ou ao conhecimento da existência da política em estudo. O principal referencial teórico que usei para proceder a análise foram os conceitos de biopolítica e biopoder de Michel Foucault que procurei trazer para o contemporâneo a partir das contribuições de Nikolas Rose e Paul Rabinow quando atualizam os conceitos foucaultianos. Despontam no trabalho de campo elementos centrais para o entendimento da questão da saúde da população negra, são eles, a invisibilidade e o racismo.

Para tanto, dispus meus argumentos em três seções. A primeira delas trata da experiência etnográfica; minha entrada em campo; como escolho Maceió; da construção dos grupos de interlocutores e das escolhas metodológicas. Também

descrevo neste capítulo quais os instrumentos de investigação selecionados para a pesquisa e a escolha pela observação participante. Relato aqui ainda como migrei do interesse de estudar a saúde da mulher negra de uma comunidade quilombola para o objeto geral da PNSIPN.

Início a segunda seção contextualizando o Sistema Único de Saúde e o percurso seguido até sua construção e como ele funciona através de políticas públicas para, a partir de então, situar o leitor a respeito do surgimento da política de saúde da população negra e de como ela opera dentro das bases do SUS. Ainda nessa seção, apresento o debate sobre raça e racismo como questão central para a construção da análise, pois é a partir do preconceito racial que todos os processos sociais injustos se reproduzem e afetam a saúde da pessoa negra, para depois passar à argumentação de como tal preconceito gera a invisibilidade social desses sujeitos.

A invisibilidade da pessoa negra é um dos dados construídos a partir de minha permanência no campo, nesse item desenvolvo como reverberou minha pergunta a respeito do fluxo de negros na unidade de saúde e das variadas respostas que obtive, tais como: *aqui não é uma UBS quilombola, quem é negro no Brasil? Talvez se você procurasse um bairro mais pobre, ou ainda, eu não vejo muitos negros aqui.* Neste item, e também nos subsequentes, cada resposta obtida é analisada a partir de seu lugar de fala e tento identificar quem fala e porque fala para a construção do argumento. O próximo item desta seção é a invisibilidade de um cartaz relacionado ao combate ao racismo, fixado na parede da UBS, as diferentes interpretações que ele provoca e o mistério a respeito de quem o fixou na parede.

A terceira seção é a parte onde discuto a PNSIPN e como ele aparece no cenário da promoção da saúde como uma política desconhecida pela maioria dos profissionais e usuários. Discuto também sua função de produzir visibilidade as necessidades de saúde da população negra e como o Estado exerce poder sobre a vida das pessoas a partir da criação de uma política pública de saúde como esta. Culminando na análise da PNSIPN enquanto uma biopolítica cuja função principal não é mais deixar viver, mas “fazer viver”, aqueles que no passado o governo “deixou morrer” em nome do bem comum e da economia do país. Se o racismo foi o principal motivo pelo qual se justificou o “deixar morrer”, o discurso da luta contra o racismo institucional é agora, o carro-chefe da Política Nacional de Saúde Integral

da População Negra cuja fala se fixa na intenção de que a pessoa negra, ao procurar o serviço de saúde, possa encontrar condições dignas de atendimento. Tal argumento se reproduz a partir da lógica da promoção da saúde, que parte não “de cima para baixo”, enquanto iniciativa do governo, mas como pressão dos movimentos sociais para tornar visíveis as necessidades de saúde dessa população e agora trabalhar para “fazer viver” a pessoa negra.

2 MÉTODO E CAMPO: A EXPERIÊNCIA ETNOGRÁFICA

Nesta seção apresento as questões relativas ao método etnográfico e as técnicas de construção de dados escolhidas, situando o leitor a respeito da pesquisa antropológica e do percurso metodológico. Em seguida realizo a apresentação do campo, a forma de inserção, a escolha dos interlocutores e a construção dos grupos de relação. Desde o momento da apresentação dos grupos de interlocutores, opto por usar pseudônimos a fim de preservar as identidades reais e protegê-los de quaisquer danos profissionais e sociais que a revelação de suas falas pudesse acarretar-lhes, o uso de pseudônimos retirado de flores, foi feito de maneira aleatória, sem que a espécie escolhida tenha qualquer relação com a pessoa que representa. Aqui também aparecem as etapas do trabalho de campo e as informações mais pontuais sobre Maceió e o bairro Serraria.

A escolha metodológica para este trabalho é uma pesquisa do tipo qualitativo, cujo método etnográfico é conhecido como o método por excelência da antropologia e sua principal técnica de construção de dados é a observação participante. O clássico *Argonautas do Pacífico Ocidental*, de Malinowski, constitui o modelo exemplar do texto etnográfico, a partir dele a observação participante se consolida como uma das técnicas mais importantes da pesquisa etnográfica. Segundo o antropólogo Mércio Gomes (2015) “o método da observação participante consiste em o pesquisador buscar compreender a cultura pela vivência concreta nela” participando do cotidiano dos interlocutores. Gomes (2015) explica ainda que a etnografia é um termo criado no século XVIII, usado originalmente para o estudo e a descrição de um povo ou de uma cultura, diz que “a etnografia é o documento básico, de cunho empírico, pelo qual a Antropologia se legitima como disciplina acadêmica” (GOMES, 2015 pg. 63).

James Clifford (1998), fala da observação participante como algo que obriga seus praticantes a experimentar, tanto em termos físicos quanto intelectuais, as vicissitudes da tradução. “Ela requer um árduo aprendizado linguístico, algum grau de envolvimento direto e conversação e, frequentemente, um ‘desarranjo’ das expectativas pessoais e culturais” (1998, p.20). Essa imersão do pesquisador através do trabalho de campo, proporciona a ele a experiência de compreender o ambiente no qual se situa o objeto e as relações e tensões que o permeiam. Para tanto, é necessário que o antropólogo exercite sua sensibilidade de apreensão a

partir da educação dos sentidos, treinando o olhar, o escrever e o ouvir. Para Cardoso de Oliveira (2000) são “faculdades do entendimento” sociocultural inerentes ao “campo” das ciências sociais e humanas no ofício do etnógrafo. O método etnográfico é a base na qual se apoia o edifício da formação de um(a) antropólogo(a). A pesquisa etnográfica constituindo-se no exercício do olhar (ver) e do escutar (ouvir), (ROCHA e ECKERT, 2008).

Porém, não apenas a observação participante pode ser usada como técnica de pesquisa em um estudo antropológico, por isso, para compor esse trabalho, a forma de construção de dados se deu também através de entrevistas do tipo semiestruturada. Menéndez (2003) defende que a pesquisa etnográfica centrada nos sujeitos e grupos sociais revela a forma pela qual esses diferentes modelos de atenção se articulam nos itinerários terapêuticos individuais, nos quais muitas vezes aparecem combinadas práticas terapêuticas e noções sobre saúde/ doença que em outras instâncias são definidas como antagônicas ou excludentes. Através dos atores sociais, que se inserem em redes de trocas de conhecimentos, constroem-se influências mútuas entre diferentes modelos de atenção à saúde.

Desta maneira, as práticas e as concepções a respeito de saúde/doença são construídas e reconstruídas num processo contínuo, dando lugar à emergência de novos modelos de atenção. Tal modelo de atenção deverá nessa nova configuração assistencial, valorizar a regionalidade, a cultura regional e a singularidade. A etnografia não busca controlar a maneira de viver dos indivíduos, mas observar a maneira como tais discursos são produzidos, a partir de quem o emite e de quem o recebe.

Para minha inserção em campo divido o trabalho em etapas, na primeira foi a observação participante, onde pude conhecer a rotina da Unidade Básica de Saúde (UBS) e das pessoas que a frequentam, assim como outros espaços, pelos quais procurei circular para me situar na pesquisa. Após definir as pessoas para o processo de interlocução, lancei mão da observação participante e das anotações em diário de campo para registrar as conversas, e as impressões, as coisas vistas e ouvidas nos primeiros meses, que julgo o mais difíceis, até começar a compreender como funcionavam as coisas referentes à saúde e aos círculos de amizade em Maceió. As etapas seguintes constam da observação participante aliada à entrevistas semiestruturadas realizadas com pessoas contatadas tanto na unidade de saúde, quanto nos outros espaços (Secretaria Municipal de Saúde, Universidade

Federal de Alagoas, Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros, Universidade Tiradentes, Associação de pessoas portadoras de Anemia Falciforme) cujos roteiros contêm perguntas acerca da história de vida do entrevistado, sua vivência no espaço que costuma frequentar (UBS ou outros lugares), alguns dados socioeconômicos, além de questões relacionadas ao objeto de estudo.

Para tanto, lancei mão de recursos como o gravador de voz, o diário de campo e o caderno de notas que fazem parte das estratégias de construção de dados. O interlocutor era informado da existência desses recursos desde o início da abordagem através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para o participante. Na ocasião deixei claro o caráter voluntário da pesquisa e esclareci as etapas e os objetivos. Os interlocutores são agrupados em grupos de relações, denominados (A, B, C), respectivamente de: a) usuários da UBS; b) profissionais de saúde da UBS e da Secretaria Municipal de Saúde; c) movimento negro e universidades. Os componentes de cada grupo interagem entre si a partir de dois critérios: afinidade e vínculo institucional. O primeiro diz respeito a afinidade com o tema da saúde da população negra e o segundo aos membros do grupo que se relacionam a partir de obrigações profissionais. O termo “grupos de relação” aqui usado, não está apoiado em nenhum conceito prévio, mas foi usado para deixar claro, no texto, quais interlocutores pertencem a quais grupos.

Foi realizado um total de quatorze entrevistas diretas distribuídas da seguinte forma: seis usuários da UBS, sendo três no turno matutino e três do vespertino; quatro entrevistas com profissionais de saúde (sendo três da UBS e outra da Secretaria de Saúde) e outras quatro com estudiosos da política. Esse número diz respeito apenas às entrevistas feitas a partir da apresentação do TCLE. As entrevistas serviram, no trabalho, como um complemento importante da interlocução iniciada na pesquisa. Fora este recurso de construção de dados, os demais interlocutores foram acessados a partir da minha permanência no campo, conversas informais, ou reuniões marcadas (no caso dos demais profissionais da UBS) cujo recurso do TCLE não foi usado, na etapa da observação participante.

2.1 Descobrimo Maceió: ou como me inseri em campo

Quando iniciei meu caminho dentro do universo da construção de uma pesquisa etnográfica, objetivava fazê-lo através do estudo de uma comunidade quilombola do sertão alagoano e trabalhar mais especificamente com a saúde da mulher negra\quilombola. No entanto, logo me deparei com um problema: ao contrário do que eu pensava, nem todas as mulheres quilombolas, eram também negras. Meu interesse cego pela saúde da mulher negra estava me fechando a visão para outros aspectos importantes que a pesquisa etnográfica poderia me apresentar dentro do contexto quilombola, como formas de residência, de parentesco, de economia e manifestações religiosas, entre outras. O fato é que eu havia sido exposta em minha época de formação enquanto estudante de ciências da saúde a um subcampo de políticas públicas afirmativas e dentre elas estava a política de atenção à saúde da população negra. Interessei-me de pronto a buscar compreender os motivos que levaram o documento a ser escrito. Parece estranho que eu nunca houvesse achado necessária uma ação de promoção de saúde tão específica em um país onde aparentemente o sistema de saúde não faz distinção de pessoas.

Eu tinha o interesse de estudar uma comunidade quilombola, pois me recordo de ter ouvido de vários dos profissionais de saúde com os quais convivia, quando eu perguntava sobre quais ações eles desempenhavam em relação à população negra eu obtinha respostas muito semelhantes à frase: “Aqui não é uma USF quilombola” ou ainda “tratamos todos iguais”. Confesso que por um tempo fui levada a acreditar que de fato a saúde da população negra era um tema restrito a discussões apenas das equipes de comunidades tradicionais ou de programas voltados ao tratamento da anemia falciforme e é então que resolvo mudar de campo. Meu objeto anterior era a saúde da mulher negra\quilombola, mas apesar de continuar considerando que os estudos em comunidades quilombolas são de extrema importância para a antropologia e a saúde da população negra, eu resolvi ampliar o objeto e estudar, então, a própria Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, dessa vez, em um contexto urbano. Meu objetivo primeiro era verificar se de fato a PNSIPN se aplicava às Unidades de Saúde (US) urbanas, mas também esse objetivo vai se modificando com o tempo. É assim que chego a Maceió, me deslocando do interesse de estudar o sertão, e por causa da inviabilidade de ida recorrente ao campo, parto para começar por onde a PNSIPN recebe os primeiros incentivos do governo federal, de onde saem às estratégias que serão repassadas para o resto do Estado.

O trabalho de campo foi iniciado em outubro de 2015 quando eu ainda me dedicava a estudar a comunidade quilombola de Paus Pretos mas foi interrompido no processo de mudança e reiniciado em abril de 2016 com uma visita a Fundação Cultural Palmares e seguiu com idas a outros espaços de convivência onde a temática de saúde da população negra era abordada, tentativas de diálogo no NEAB, encontros e seminários em universidades, aulas e conversas com intelectuais da área. Dessa forma todo o trabalho não se restringiria apenas ao momento das entrevistas, mas a todos os espaços e oportunidades em que houve interação e interlocução com grupos e pessoas ligadas ao objeto. Ainda em 2016, começo a frequentar a Unidade Básica de Saúde Dr. José Tenório, escolhida dentro da cidade de Maceió para ser um dos espaços da pesquisa.

Eu me preocupava que minha entrada e permanência em campo fosse marcada pelo status de pesquisadora da área de antropologia. O objetivo disto era que o fato de eu ter concluído a graduação em enfermagem e trabalhado na área não acabasse influenciando ou inibindo os possíveis interlocutores que estavam em busca de atendimento na UBS, e, sobretudo, os profissionais. Assim o fiz nas primeiras visitas a campo, apresentando-me como estudante de antropologia. Com o tempo foi sendo difícil não revelar que era enfermeira, pois ao passo que com os usuários e amigos da sala de espera eu conseguia estabelecer um diálogo fluído e leve, os profissionais e estagiários costumavam perguntar qual minha graduação. Na verdade, havia alguma curiosidade em torno da antropologia e do que ela poderia acrescentar numa pesquisa sobre uma política de saúde.

Foto 1 – UBS Dr José Tenório Lins



Fonte: Autora, 2017.

Foto 2 – Recepção geral da UBS Dr José Tenório Lins



Fonte: Autora, 2017.

2.2 Lugares de pesquisa

Na área urbana da cidade de Maceió, capital alagoana, situa-se o bairro Serraria, onde se destaca o Conjunto José Tenório. Segundo as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹, no ano de 2016 a cidade de Maceió teria uma população de 1.021.709 habitantes. A estimativa populacional do bairro da Serraria era de 22.675 pessoas, sendo 10.136 homens e 12.539 mulheres. O bairro foi criado através da lei municipal nº 4.953 de 06 de janeiro de 2000 e faz parte da 5ª região administrativa da cidade. Minha escolha por uma Unidade de Saúde que fizesse parte dessa localidade se deu pelo fato de eu tentar fugir do imaginário de que apenas encontraria interlocutores que fizessem parte do meu universo de pesquisa se eu fosse a uma unidade de saúde de um bairro mais “periférico”, onde supostamente eu encontraria mais pessoas negras e pobres. Por isso a escolha de uma localidade de classe média, porém, não de classe média alta.

De acordo com o Plano de Assistência Social do Município de Maceió (2014-2017) o bairro da Serraria possuía em 2010 uma renda estimada em 3.328, 89 reais por família. O bairro Jardim Petrópolis configurava a região de maior renda familiar, perfazendo uma média de salário de 10.635, 88 reais por família, e, na escala mais

¹IBGE. <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=270430>, acesso em 24 de fevereiro de 2017, às 22h00min horas.

desprovida de recursos situa-se o bairro Rio Novo com uma média salarial de 867,92 reais por unidade familiar. Obviamente isso não significa dizer que seja uma localidade desprovida de situações de pobreza, mas trata-se de uma região com particularidades no serviço de saúde, a começar pelo fato de apresentar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e não de uma USF (Unidade de Saúde da Família). O que caracteriza essa diferença de duas unidades que pertencem à atenção básica é a relação de ambas com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) conhecida popularmente como o antigo Programa de Saúde da Família (PSF). A UBS é, para melhor explicar, a unidade de saúde onde não contam na sua organização os agentes comunitários de saúde, enquanto as USFs são caracterizadas por pertencerem a ESF e, portanto, possuírem a quantidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e as ações características da estratégia como a obrigatoriedade de visitas domiciliares regulares aos pacientes portadores de necessidade de cuidado contínuo e de doenças crônicas inseridas nos programas do Ministério da Saúde (MS).

No bairro Serraria as pessoas circulam e interagem, sobretudo aos sábados e domingos ao redor de uma praça, onde se localizam brinquedos públicos de recreação infantil e pequenos bares e restaurantes de convívio social. Ao lado da praça e dos bares está um templo católico que se destina à memória de uma santa católica chamada Teresa de Lisieux ou como popularmente conhecida “Santa Teresinha do Menino Jesus”. As missas e horários de práticas de oração costumam ter muitos fiéis. Essa é a única paróquia do bairro que também possui diversas igrejas protestantes que recebem vários títulos ministeriais diferentes e que variam em tamanho e em quantidade de acesso aos fiéis. Ao fundo da igreja católica há um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), cuja responsabilidade é atender crianças que possuem transtornos e realidades psiquiátricas que necessitam de auxílio mais direcionado. Mas a maior característica do bairro é o conjunto habitacional José Tenório ou “Zé Tenório” como é popularmente conhecido, cujos prédios feitos em blocos e muito parecidos, dão ao menos na parte central do bairro, o aspecto de conjunto habitacional feito por programas públicos, como de fato o foi. Mas é preciso destacar que essas não são as únicas formas habitacionais existentes no bairro, que se apresentam variadas e possuem edificações de quase todos os tipos arquitetônicos.

Muito próximo à praça central e em uma rua de pouco movimento, estreita e cercada por árvores está a Unidade de Básica de Saúde Dr. José Tenório Lins. Minha impressão inicial ao entrar na unidade é de um ambiente organizado, porém com pouca segurança. O muro é baixo, não possui sistema de alarme ou filmagem, paredes brancas e portas esverdeadas compõem a aparência geral do espaço. Ao chegar ao prédio um largo portão de ferro, sempre aberto em dias da semana no horário comercial, dá acesso a um amplo estacionamento ao ar livre, com árvores grandes que circundam toda a área. Na visão da entrada uma porta de madeira dá acesso à sala de espera geral. Essa é a única recepção, onde vejo uma televisão que está sempre ligada na mesma emissora e voltada para um conjunto de cadeiras pretas acolchoadas divididas em três fileiras paralelas. Do lado esquerdo da televisão fica a recepção geral, um balcão de atendimento que possui um vidro transparente e separa os ambientes da sala e dos arquivos.

Em minha primeira visita à unidade fui bem recebida pelo então diretor, e ao me apresentar e explicar do que se tratava a pesquisa e o motivo pelo qual passaria a frequentá-la com mais frequência, ele me devolveu a pergunta e disse: *Você quer estudar saúde da população negra, mas, afinal, quem é negro no Brasil?* Essa pergunta permaneceu durante os dois anos de pesquisa como um eco na minha cabeça, pois eu achava ter a obrigação de saber respondê-la, e, por isso, eu a incluí no meu roteiro de entrevistas. Aqui o convívio passou por altos e baixos. Em alguns dias a recepção aparentemente amistosa e, após a mudança de gestão e a troca de alguns funcionários, a falta de empatia com a minha presença. Pessoas com as quais eu consegui conversar e outras com as quais eu nunca consegui iniciar um diálogo, embora tivesse tentado, talvez pelo ambiente muito formal e cercado de um sentido próprio que é sua característica de “lugar de passagem”, esse ambiente onde as pessoas passam para sanar uma necessidade muito pontual e depois vão embora, e só retornam, quando surge outra necessidade pontual. Diferente de um bar, de uma praça, e até do próprio bairro, apesar de as pessoas se conhecerem, a UBS não perde sua característica de ser uma “instituição de governo”.

Por isso, as pessoas pareciam esperar que minha presença na sala de recepção, durante o processo de observação participante, se devesse a espera por atendimento médico. Durante as visitas que fiz, não foi raro escutar frases do tipo: *Você quer tentar encaixe? Você veio fazer teste rápido, ou então, você está grávida?* Tais perguntas demonstravam para mim o desconforto com o fato de eu estar lá

“apenas para observar”. Isso reforça o caráter formal do ambiente, e a ideia de que sendo eu uma mulher, que estava sentada na sala de espera do atendimento médico, eu só poderia estar grávida, e, o quão decepcionante não era perceber que a razão não era exatamente essa. Afinal de contas, que tipo de pessoa sai de sua casa para ficar em uma unidade básica “fazendo nada”?

Mas a UBS não foi meu único lugar de pesquisa dentro de Maceió. Eu precisei frequentar outros espaços; queria que minha interpretação das ações para saúde da população negra não se restringisse à rotina de um serviço específico. Eu procurei a Secretaria de Saúde de Maceió e aqui também a formalidade está presente desde a sala da recepção, lugar de maior preocupação com a apresentação pessoal, pois, existem regras de vestimenta; aqui não se entra de bermuda. Lembro de um senhor que precisou vestir uma calça para ter acesso à entrada do serviço. Precisei cuidar para ir vestida de forma “composta” adequada as regras do setor. A dificuldade em conseguir entrevista aqui demandou possuir um contato ponte, uma vez que, embora o tratamento tenha sido sempre polido, educado e de muita discrição, ele não era suficiente para que eu conseguisse estabelecer o relacionamento de interlocução que eu precisaria.

Em Maceió, a unidade de saúde não é exatamente o lugar onde mais se fala de saúde da pessoa negra, mas os terreiros de candomblé, as universidades e os movimentos organizados. Na Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e na Universidade Tiradentes (UNIT), frequentei aulas, seminários e realizei entrevistas. São os ambientes de discussão e formação de pensamento, muito estimulados pela militância. Cheguei a entrar em contato com outras organizações como INEG (Instituto do Negro de Alagoas), Fundação Cultural Palmares e NEAB (Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros) que, apesar de não ter permanecido nesses ambientes, e de eles não trabalharem diretamente com o tema “saúde”, sua ação está direcionada a causa que é central a falar sobre a pessoa negra em Maceió, o racismo.

Por isso, apesar de não permanecer por muito tempo em contato direto com tais órgãos, consegui captar sua mensagem central, o que eles me informaram subjetivamente: que o principal elemento não era a “saúde” e sim o que estava envolto, o que poderia promovê-la ou prejudicá-la, a saber, a ausência ou presença do racismo em uma sociedade. Sendo assim, compreendi ser impossível pensar em saúde da população negra, sem pensar antes no racismo como uma questão central. Meus “nativos” estavam por toda a parte, e como eu não conseguiria estar

em todos os espaços também, precisei selecionar alguns lugares e o fiz de duas formas. Primeiro, por oportunidade e afinidade com colegas da área e segundo, por mapeamento dos lugares onde essa era uma pauta frequente. Acabei por identificar que esses espaços formavam uma rede interligada, onde cada grupo se comunicava com o outro a partir de relações de afinidade ou institucionais.

2.3 Interlocutores e grupos de relação

A escolha dos interlocutores para este trabalho em campo ocorreu primeiro a partir da definição do universo de pesquisa. Havia feito uma divisão de dois grupos de espaço no contexto urbano, o primeiro era a UBS e o segundo era o movimento negro, conforme o tempo passou, o trabalho de campo mostrou que o movimento negro não poderia ser acessado a partir de um lugar em específico, uma sede por exemplo, mas que ele, em sua unicidade, estava dividido em variadas expressões e enfoques, nesse caso, se eu decidisse usá-lo como um dos grupos, deveria me perguntar sobre que movimento negro eu estava falando. Ao passo que começo a enxergar melhor como se articulam as ações em prol da causa negra em Maceió, aloco os personagens desse segundo grupo no espaço maior dos militantes da causa negra.

A partir da observação do campo, e conforme iam aparecendo personagens que me ajudavam na tarefa de compreender como as coisas se articulam em Maceió, empenhei-me em separá-los em grupos, de acordo com o espaço onde os ia identificando. Nesse trabalho não está impressa a totalidade das organizações que falam sobre o objeto, nesse caso, a PNSIPN, em ocasião de sua grande heterogeneidade, mas aquelas que o próprio trabalho de campo mostrou como essenciais de ser apresentadas. Agora, para fins de melhor sistematização da apresentação dos argumentos do texto, aloco os interlocutores em três grupos distintos, cada um no espaço onde foi encontrado. No grupo A estão os usuários/pacientes da UBS, aqueles participantes das entrevistas e os que foram incluídos a partir da relação em campo. No grupo B estão os profissionais de saúde da UBS e os da Secretaria de Saúde e no Grupo C os interlocutores militantes da causa negra, aqui identificados através pseudônimos florais, assim retratados para não prejudicar sua identidade profissional ou pessoal.

Os personagens citados abaixo foram aqueles contatados no curso da pesquisa, cujas falas são evocadas ou não no decorrer do texto e foram divididos conforme o grupo no qual foram incluídos.

Quadro 1 - Interlocutores

Quadro A	Quadro B	Quadro C
Rosa — entrevista	Jasmim – enfermeira coordenação da atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde.	Acácia – jornalista, Fundação Cultural Palmares.
Violeta — entrevista	Zínia – Assistente Social na UBS.	Cravina – professora aposentada, pesquisadora da área da saúde da população negra e ativista do movimento negro.
Camila — entrevista	Amarílis – Auxiliar de Serviços Gerais (AUSEG) na UBS.	Delfínio – odontólogo, pesquisador da área da saúde da população negra.
Gérbera — entrevista	Íris – AUSEG na UBS	Dália – professora da UFAL, ex-integrante do NEAB.
Margarida - entrevista	Begônia – Enfermeira, funcionária da Secretaria Municipal de Saúde.	Coreopsis – psicólogo, membro da Associação de portadores de Anemia falciforme
	Camélia – Assistente Social da UBS	
	Gerânio-ex diretor da UBS.	
	Azaleia – Técnica de Enfermagem da UBS.	
	Anis – médico da UBS	
	Açucena-Psicóloga da UBS	
	Adelfa-Psicóloga da UBS	
	Zi-Auxiliar de farmácia da UBS	
Hortênciã – entrevista	Alecrim -Enfermeira da UBS	
Cravo – entrevista	Orquídea-Preceptora de enfermagem da UNIT. Lírio-Estagiário UNIT	
	Ciclame –Enfermeira Da UBS	

Fonte: Autora, 2017.

No caso do quadro acima os interlocutores que participam do grupo A, relacionam-se diretamente com os do grupo B a partir do vínculo institucional, enquanto os do grupo B podem relacionar-se entre si, a partir do vínculo institucional e também afetivo por ocasião da convivência prolongada. Os integrantes do grupo C e do grupo A não estabelecem algum vínculo de relacionamento, já entre os membros do grupo C existe uma inter-relação de afinidade por causa do mesmo objeto de reivindicação, que é o investimento na promoção da valorização da população negra em Alagoas. Agora no que concerne à relação dos grupos C e B seu relacionamento se dá através do vínculo institucional, nesse caso, especificamente do vínculo entre Secretaria de Saúde e universidades (UFAL; UNIT) e Associação de portadores de anemia falciforme e Secretaria Municipal de Saúde.

Quadro 2 - Dados socioeconômicos dos entrevistados

Nome / Pseudônimo	Idade	Escolaridade	Religião	Cor por autodeclaração	Situação Conjugal	Profissão
Rosa	49	Superior incompleto	Católica	Branca	Divorciada	Dona de casa
Hortência	22	Superior incompleto	Católica	Parda	Solteira	Estudante
Violeta	42	Ensino médio	Católica	Morena	Casada	Pensionista
Gérbera	62	Ensino fundamental	Católica	Branca	Viúva	Dona de casa
Margarida	53	Enino Fund. incompleto	Evangélica	Negra	Casada	Dona de casa
Cravo	31	Superior incompleto	Católico	Negro	Casado	Estudante
Jasmim	50	Pós-graduada	Católica/ espiritualista	Branca	Casada	Enfermeira
Zínia	57	Pós-graduada	Católica	Parda	Casada	Assistente Social
Amarílis	49	Ensino Médio incompleto	Católica	Parda	União estável	Auxiliar de de serviços gerais
Íris	32	Ensino Fund. incompleto	Católica	Parda	Solteira	Auxiliar de serviços gerais
Coreopsis	33	Pós-graduado	Católico	Negro	Casado	Psicólogo
Dália	58	Mestrado	Não tem	Parda	Solteira	Professora
Delfínio	34	Mestrando	Católico	Pardo	Solteiro	Odontólogo / Fisioterapeuta
Cravina	70	Pós-graduada	Candomblé	Negra nigérrima	Viúva	Aposentada

Fonte: Autora, 2017.

O contato com as pessoas selecionadas para as entrevistas com os usuários da UBS foi feito de forma aleatória, eu ia a unidade e conversava com pessoas diferentes, eu as abordava a partir de suas características físicas, queria ouvir pessoas de idades variadas e a aparência me norteava a quem abordar, nem todas as pessoas abordadas aceitaram participar das entrevistas, geralmente os motivos da negativa giravam em torno da pressa em ir embora. A escolha por entrevistar as auxiliares de serviços gerais ocorreu primeiro porque compreendo-as também como trabalhadoras da saúde e depois por causa da incerteza a respeito de quem havia pregado o cartaz na parede, assunto sobre o qual discorrerei adiante.

Os demais interlocutores que não fazem parte da unidade de saúde foram escolhidos a partir de sua representatividade em relação ao tema. De forma que escolhi um mestrando pesquisador da área da saúde da população negra e também profissional (odontólogo e fisioterapeuta), uma professora aposentada, membro do movimento negro e escritora, um profissional da saúde que convive com a doença falciforme e uma representante da Secretaria Municipal de Saúde, no setor que responde pelas ações da atenção básica no município. Essas últimas escolhas não foram aleatórias, foram feitas a partir de uma espécie de mapeamento das pessoas que falam sobre a política.

Agrupo dessa forma as informações substanciais ao entendimento dos argumentos construídos nas seções seguintes.

3 CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: PERCURSO HISTÓRICO E DESDOBRAMENTOS.

Naquilo que concerne ao modelo brasileiro de atenção à saúde, temos uma forma própria que visa à completude da assistência, o que comumente ouvimos chamar de *integralidade*. O mecanismo de desenvolvimento dos princípios e diretrizes do nosso sistema de saúde é basicamente através de políticas públicas que regem sequencialmente as ações nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal). O objetivo deste capítulo é apresentar como esse modelo assistencial é originado e se reformula ao longo do tempo, e em que momento ele se cruza com as ações mais específicas referidas à população negra e perpassam a questão central do racismo. Ele é inserido no início do texto para que o leitor possa compreender seu desenvolvimento no tocante à política de saúde para a população negra.

3.1 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no contexto do SUS

Todo o percurso histórico do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) é permeado pelas mudanças políticas e sociais que o Brasil atravessava à época de seu nascimento. Em meados de 1964, um golpe militar havia dado início a um novo regime no Brasil, estabelecendo um período de ditadura militar que aplicou forte repressão ao longo de vinte anos. Paiva e Teixeira (2014, p. 17) informam que tais ações serviram para a “desarticulação da participação social e repressão de toda e qualquer iniciativa que tivesse como fundo o ideário socialista”. A essa altura uma mudança de pensamento a respeito do modelo de saúde encontrado no Brasil nas décadas de 60 a 80 foi sendo gestada a partir das intersecções entre os teóricos das ciências sociais e da saúde. Os principais diálogos que fomentaram aos poucos o desejo pela reforma foram os que se referiam a três eixos temáticos, conforme explica Campos (2012) em seus escritos sobre saúde coletiva: 1) a saúde das pessoas como um interesse societário e a obrigação da sociedade de proteger e assegurar a saúde de seus membros; 2) que as condições sociais e econômicas têm um impacto crucial sobre a saúde e a doença e estas devem ser estudadas cientificamente; 3) que as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais, quanto médicas (CAMPOS, 2012, p. 20).

A essa altura a antropologia vinha colaborando para a relativização dos conceitos biomédicos, bem como para desvendar a estrutura dos mecanismos terapêuticos, evidenciando a interação entre o psicológico, o fisiológico e o social, bem como a importância de se considerar as especificidades culturais, as variadas formas de se definir saúde e doença e as diferentes ações terapêuticas presentes no cotidiano brasileiro que se opunham ao universalismo naturalista do saber médico. A esse respeito, Minayo reforça:

[...] as doenças, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva, mas que sua vivência pelas pessoas e pelos grupos sociais está intimamente relacionada com características organizacionais e culturais de cada sociedade. A doença além de sua configuração biológica é antes de tudo, uma personagem social (MINAYO, 2012, pág. 193).

A doença enquanto personagem social, estabelece ela mesma em sua natureza ontológica, um conjunto de relações que podem ser construídas e/ou alteradas a partir de um determinado diagnóstico, que pode partir de um médico ou de uma outra autoridade cultural². O aparecimento de uma moléstia pode aproximar ou distanciar pessoas e grupos, causar isolamento social, ser objeto de incitação de preconceito. Em outros casos, pode reconstruir a imagem que a comunidade tem sobre o doente, para o bem, no sentido de fomentar o sentimento de compaixão, ou para o lado negativo, ao incitar a repulsa e o julgamento. Por exemplo, nos casos de pacientes em tratamento do HIV/AIDS, pode-se construir uma imagem negativa e depreciativa sobre a personalidade do doente. A AIDS segundo Knauth (1998) “é vista sob perspectiva 'culpabilista', isto é, existe separação entre “culpados” e “vítimas” da doença” (1998, p.183), as mulheres tendem a ser socialmente ‘inocentadas’ da culpa quando são contaminadas por seus maridos. Já nos casos de câncer, é mais comum que apareça um sentimento de compaixão, nesse caso, tais sentimentos e ações são resultados de um julgamento sobre a boa e a má conduta da pessoa.

A antropologia vem colaborando, envolvendo-se, questionando os modelos de assistência à saúde, a forma de compreensão da construção do processo saúde-doença. Em conversa direta com a genética, vem refletindo sobre sistemas

²Chamamos de autoridade cultural, pessoas ou entidades religiosas, cuja existência exercem autoridade diagnóstica e terapêutica na comunidade.

alternativos de cura, processos rituais que por vezes foram descartados da construção do saber médico. Às vezes a passos lentos ou a passos maiores, ela vem colaborando para a desconstrução de paradigmas. Abriu-se através de diálogo com a saúde coletiva, espaço para a consideração das influências culturais nos processos de cuidado e recuperação da saúde, para a reflexão a respeito da sistematização da assistência baseada em evidências, e para repensar o fazer ciência. Esses estudos apresentam um conjunto de características teórico-metodológicas específicas que contrasta com os principais quadros de referência paradigmáticos que dominaram a história das ciências sociais em saúde (ALVES, 2006).

Essas especificidades dialogam, sobretudo, com o exame das diversas representações que os indivíduos são capazes de construir sobre o adoecer. Herzlich (2005) aponta para a necessidade de se analisar as representações de saúde e de doença, fora dos modelos médicos, seguindo uma lógica durkheimiana de pensamento social. O termo “representação social”, ou “representação coletiva” foi proposto, como é sabido, por Durkheim, que desejava enfatizar a especificidade e a primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual (ALVES, 2006). O que se pretende explicar que as pessoas se apoiam em conceitos, símbolos e estruturas interiorizadas, conforme os grupos sociais a que pertencem. Certas doenças firmam-se no imaginário coletivo, enquanto outras, os indivíduos, em função de suas experiências e contexto, podem elaborar ou reelaborar interpretações, apoiando-se em recursos coletivos (CANESQUI, 2003).

Ou seja, os atos individuais, de significação do “ser saudável” ou “ser doente” estão carregados de influência social, bem como marcados por experiências pessoais, e, portanto, não serão os mesmos para todas as pessoas, o que impossibilita a eficácia de um modelo universal de prescrição terapêutica, bem como questiona a eficácia do próprio modelo médico. O que Laplantine no ano de 1943 quis demonstrar sob um ângulo estruturalista, quando na segunda parte de sua obra “Antropologia da doença”, dedica-se ao argumento de que existem “formas elementares da doença”, com ênfase no modelo etiológico, onde aponta para as diferentes lógicas que direcionam os modelos etiológicos e terapêuticos da sociedade contemporânea que são irreduzíveis a uma lógica única (LAPLANTINE, 2010). A esse respeito, Canesqui (2003) diz que o resgate da historicidade dos sentidos ou significados das doenças, no longo alcance, é bastante plausível de ser

tentada, retirando dos estudos o seu caráter meramente sincrônico e o atrelamento exclusivo às perspectivas dos adoecidos, desde que são múltiplas as fontes produtoras de representações sobre saúde e doença na sociedade.

Para Alves e Rabelo (1998, p. 107), estes trabalhos sobre as representações e os significados sobre a saúde e a doença têm ampliado nosso entendimento das matrizes culturais sobre as quais se erguem os conjuntos de significados e ações relativos a saúde e doença, característicos de diferentes grupos sociais. Têm servido, em grande medida, de contraponto aos estudos epidemiológicos que tendem a tratar o tema “doença e cultura” em termos de uma relação externa, passível de formulação na linguagem de “fatores condicionantes”. Conforme Canesqui (1998), a antropologia feita no Brasil, especialmente na década de 80 tem produzido conhecimentos sobre os temas alimentação, saúde, doença, que afligem principalmente as classes trabalhadoras ou outras minorias. Isto é, são estudos preocupados em investigar e analisar de forma mais conscienciosa os distintos saberes e práticas de cura, bem como suas instituições e especialistas, além da preocupação em refletir sobre os confrontos e/ou complementaridade dos cuidados médicos com outras práticas de cura.

Essa contribuição da antropologia da saúde para a constante problematização da influência da ciência biomédica e de seu modelo de cura, dito “formal” na vida dos indivíduos, impactou a saúde da população negra subsidiando também a discussão da abertura do sistema de saúde e do profissional da área ao diálogo e interdisciplinaridade com os saberes populares afros brasileiros de cura. Tais saberes religiosos que podem ser vistos como rudimentares e sem efeito por parte da comunidade médica, adquire no contexto da PNSIPN espaço e incentivo ao considerar os benefícios culturais e simbólicos para a população negra.

Segundo a análise de Langdon (2014) a discussão sobre antropologia da saúde está organizada segundo dois eixos gerais, porém não exclusivos: a saúde como experiência e construção sociocultural, e a saúde como política. Ainda segundo a autora, a discussão entre saúde e cultura não é nova na antropologia, ainda que o tema como especialidade antropológica tenha emergido há menos de quatro décadas atrás – como visto com os autores citados anteriormente. No início do século XX, o inglês W.H.R. Rivers médico e antropólogo, pesquisou a medicina das culturas não europeias, então rotuladas como “primitivas”. Nos Estados Unidos, outro médico antropólogo, Erwin Ackerknecht, considerado fundador da antropologia

médica publicou vários artigos sobre a medicina primitiva a partir de uma perspectiva culturalista, argumentando que as ideias e práticas de saúde e doença estão relacionadas aos contextos culturais no qual se encontram e não estão limitadas aos processos biológicos (LANGDON, 2014, p. 02).

O segundo eixo, a saber, o da saúde como política, durante a década de 1980, e principalmente nos anos 1990, inicia-se nos Estados Unidos a “antropologia médica crítica”, visando a analisar os processos de saúde como consequências da globalização e de estruturas político-econômicas. Dentro do campo da antropologia da saúde, as condições de saúde e as práticas das pessoas foram reconhecidas como resultantes dos processos hegemônicos e das forças de poder, não de práticas culturais ou da falta de conhecimento. Esta perspectiva, inspirada pelos pensadores marxistas como os da Escola de Frankfurt, Gramsci, e os mais atuais como Seppilli, Bibeau, Fassine Menéndez, é a base de seu enfoque metodológico para pesquisa e interpretação. Seus interesses distanciam-se das indagações feitas pelos antropólogos que definiram seu papel como o de tradutores da cultura em projetos de saúde, e foram desenvolvidas junto à consolidação da saúde coletiva, à redemocratização e à reforma sanitária. (LANGDON, 2014, pg 04).

Antes da criação do SUS, não havia, dentro do campo das ciências da saúde um espaço de reflexão sobre a doença enquanto agente transformador de relações sociais, nem sobre a influência de autoridades religiosas nas condutas terapêuticas, apesar de essas existirem desde a constituição inicial do país, pois, a visão sobre saúde estava muito centrada na prática da clínica médica. Sobretudo a antropologia contribuiu para mostrar o valor do conhecimento nascido da vivência e da experiência, sempre que se encontra com a medicina e a saúde pública, reforçando a necessidade de contextualização dos sujeitos e que as relações de saúde são permeadas por intersubjetividade, pois estamos sempre em relação uns com os outros, o que foi e continua sendo pertinente sempre que a pauta da construção e desenvolvimento de um programa/sistema de atenção à saúde queira contemplar as necessidades da sociedade em geral.

Essa relação entre os campos da saúde e da antropologia abre um espaço interessante para se pensar o SUS que é um modelo de política de saúde recente se comparado aos anos de “descobrimento” do Brasil. Criado em 1989 e oficializado em lei no ano de 1990 com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência de saúde da população do país (CORDOBA, 2013), foi a aposta dos

movimentos sociais, políticos e universidades da época. Qualquer ação referente a melhorias na saúde brasileira no início do século XX por parte do governo, tinha a preocupação com a manutenção de uma boa imagem internacional, a fim de ampliar as oportunidades de bons negócios. Dessa época destaca-se a criação do Instituto de Saúde cuja finalidade era aplicar e disseminar conceitos de higiene para todas as pessoas, a iniciativa da criação do instituto ficou a cargo de Oswaldo Cruz.

Os principais problemas de saúde no início do século XX eram aqueles relacionados aos agravos infecciosos e condições precárias nas áreas de habitação, higiene, trabalho e alimentação, os chamados cortiços, uma vez que existiam grandes conglomerados populacionais e o saneamento básico era praticamente inexistente, tendo como marcas de epidemias as de febre amarela e malária (CORDOBA, 2013). Em janeiro de 1923 o decreto nº 4.682 que ficou conhecido como Lei Eloy Chaves, criou em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país uma caixa de aposentadorias e pensões para os respectivos funcionários, sendo esta a legislação que regularizava o direito a assistência médica para o trabalhador ferroviário e as pessoas da família que morassem embaixo do mesmo teto, bem como a compra de medicamentos e pensão por morte (IBRAHIM, 2008).

Entre 1930 e 1940, os doentes eram assistidos por clínicas privadas e a assistência hospitalar era feita nas Santas Casas, já em 1950 e 1960 vigorava o modelo hegemônico campanhista de prevenção e tratamento de doenças, visando ao combate das endemias e epidemias. Nesse período ocorre também o estabelecimento de uma rede privada de hospitais que se instalou no país a partir do vazio deixado pelo Estado. Ainda nos anos sessenta ocorre a aprovação da reforma universitária, quando ganha força a interdisciplinaridade na construção da saúde coletiva e expande-se o diálogo com as ciências sociais. A partir de 1964, no período do governo militar autoritário e caracterizado por políticas públicas centralizadoras, o modelo das caixas de aposentadorias e pensões (CAPs) foi substituído por uma nova forma de previdência social que incluía trabalhadores urbanos com vínculos formais. Basicamente tinha direito a assistência de saúde aqueles trabalhadores com vínculos formais e que tinham acesso à rede privada. Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e ocorre o crescimento do modelo hospitalocêntrico que garantia a rede privada um forte lucro (SILVA, 2001).

A primeira inserção de uma ideia de Ministério da Saúde aparece na década de trinta com a criação do Ministério da Educação (MEC), quando Getúlio Vargas chega ao poder. Uma vez que quando o MEC foi criado ele havia recebido o nome de *Ministério da Educação e Saúde Pública* e ficou responsável por desenvolver atividades de educação, saúde, esporte e meio ambiente, esse ministério foi desfeito no segundo mandato de Vargas. No ano de 1937, foi publicada a Lei nº 378 de 13 de janeiro que reorganizava o Ministério da Educação e Saúde, dentre as informações trazidas pelo texto estava a criação do Instituto Nacional de Saúde Pública (Art. 52) destinado a realizar, de modo sistemático e permanente, estudos, inquéritos e pesquisas sobre os assuntos de saúde pública. No artigo 90 da mesma lei foram instituídas as Conferências Nacionais de Saúde, destinadas a facilitar ao governo federal o conhecimento de atividades concernentes a educação e à saúde do país. Atualmente as conferências de saúde acontecem a cada quatro anos. (BRASIL, 1937).

Oficialmente o Ministério da Saúde foi criado através da Lei nº 1.920 de 25 de julho de 1953. O Art. 3º explica que ao Ministério da Saúde são transferidos todos os atuais órgãos e serviços do antigo Ministério da Educação e Saúde, atinentes à saúde e à criança, e desmembrados os que exerçam atividade em comum (BRASIL, 1953). Em 1977 o acesso ao serviço médico e odontológico foi ampliado aos trabalhadores urbanos e funcionários públicos através da Lei nº 6.439 de 1º de setembro de 1977 que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (BRASIL, 1977). No ano de 1982, como estratégia de disseminação de educação sanitária, foi sancionada a lei nº 7.051 de 06 de dezembro que incluiu entre as atribuições do Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL) a competência da difusão sistemática das noções de saúde, higiene e alimentação (BRASIL, 1982). Através dessas leis, o Estado brasileiro vai paulatinamente tomando a responsabilidade sobre a oferta de saúde e educação à população.

Ao passo que ia se constituindo todo um arcabouço de leis no país que avançavam para uma atuação cada vez mais constante do Estado no que tange às ações de saúde dirigidas à população, essas ações concentravam-se na prática da clínica médica e no controle de epidemias e prevenção de doenças, cuja principal arma de prevenção era a educação sanitária, a orientação a respeito da higiene e da transmissão de doenças. Segundo Sérgio Arouca (1941 – 2003) um dos expoentes da reforma sanitária:

O espaço para essa integração era o da Medicina Preventiva, movimento recém-criado no Brasil, que começou na Escola Paulista de Medicina, em Ribeirão Preto, e na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A idéia era que o Sistema de Saúde não precisava mudar em nada, que se poderia deixar as clínicas privadas e planos de saúde como estavam e que bastava mudar a mentalidade do médico. O movimento da Reforma Sanitária cria uma alternativa, que se abria para uma análise de esquerda marxista da saúde, na qual se rediscute o conceito saúde/doença e o processo de trabalho, em vez de se tratar apenas da relação médico/paciente. Discute-se a determinação social da doença e se introduz a noção de estrutura de sistema (AROUCA, 2003, p. 356).

O movimento da reforma sanitária surge como uma alternativa ao modelo que se aplicava nas décadas de 70 e 80, uma ampliação do olhar para a necessidade do indivíduo em sua integralidade. No caso do Brasil, surgiu em meados da década de 70, um movimento postulando a democratização da saúde, justamente em um período no qual, novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura. Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, culminando com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 (PAIM, 2008).

Ao se referir à complexidade da implantação do SUS, Minayo (2001, p. 27) diz que “a proposta do Sistema Único de Saúde é uma tentativa de resposta, de um dos mais exitosos movimentos sociais brasileiros que chegou a transformar a ordem social [...] ele é fruto de uma contra hegemonia” e acrescenta “em oposição a uma contra hegemonia que acompanhou toda a era republicana, na qual a oferta de serviços do setor sempre se pautou mais pela lógica de acumulação de capital do que pelas necessidades da população brasileira”.

O movimento da reforma sanitária, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, questionava o fato de a medicina preventiva não explicar através de sua prática teórica a mudança social. Dessa forma, a doença não poderia mais ser explicada apenas em seu desenvolvimento patológico, mas havia nela uma grande importância social e, portanto, seria necessário criar uma política que mudasse as relações sociais entre os profissionais de saúde e os “pacientes”.

Dentre os movimentos atuantes e que pressionaram para a criação de um novo modelo de atenção que pudesse contemplar a todo o contingente populacional do país, através de uma assistência livre de preconceitos e que se adequasse as necessidades de saúde de cada grupo, através da regionalização, está o movimento

negro que continuou sequencialmente a agir reclamando os direitos de assistência para a coletividade que representa.

No caminho de transição entre a atenção médica previdenciária e a reforma de saúde, até a reforma na constituição que culminaria com a criação do SUS, está a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada nos dias 17 a 21 de março de 1986 no governo e foi a primeira conferência nacional aberta a comunidade. Durante três dias 135 grupos de trabalho discutiram os temas: saúde como direito de todos, reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial, a separação da saúde da previdência social; ao final da conferência já se havia as bases do novo sistema de saúde do país (BRASIL, 1986). No ano seguinte à conferência, é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Nele são preconizadas as diretrizes de universalização e equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços, favorecendo a descentralização através dos distritos sanitários.

No seguinte ano, foi publicado o texto da Constituição Federativa do Brasil de 1988, dentre os princípios fundamentais desta constituição estão: a independência nacional, prevalência dos direitos humanos, autodeterminação dos povos e o repúdio ao terrorismo e ao racismo, e mais adiante, no artigo 5º é garantido o direito à liberdade de consciência e crença, o livre exercício de cultos religiosos e a proteção local aos cultos e as suas liturgias (BRASIL, 1988). Na seção II que corresponde a cultura, mais precisamente no artigo 215 fica estabelecido que o Estado protegerá as manifestações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras. Ainda nesta sessão, no artigo 196 fica decidido que a saúde passa ser “um direito de todos e dever do Estado” que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para a sua promoção, proteção e recuperação. E no artigo 198 a constituição cria o SUS e o define como uma rede regionalizada e hierarquizada que se organiza de acordo com as seguintes diretrizes: I descentralização em cada esfera do governo; II atendimento integral; III participação da comunidade.

Dentro da lei orgânica de saúde, estão expressas as diretrizes do artigo 198 da constituição e os princípios do SUS³, são eles:

³Os princípios norteiam a maneira como deve ser prestada a assistência no SUS.

Universalidade: todas as pessoas devem ter direito ao acesso à assistência à saúde nos três níveis de organização do serviço (atenção básica, secundária e terciária).

Integralidade: entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. O indivíduo terá acesso ao cuidado que necessita, seja na atenção básica, secundária ou terciária.

Igualdade: a assistência será prestada a todos, sem preconceitos ou privilégios.

Equidade: tem relação direta com os conceitos de igualdade e justiça e se evidencia no SUS pelo atendimento dos indivíduos de acordo com suas necessidades. O reconhecimento das diferentes realidades e condições de vida, a adequação da assistência de acordo com a realidade social da pessoa.

Descentralização: a distribuição das responsabilidades sobre a saúde do cidadão se dá nas três esferas governamentais (federal, estadual e municipal).

Hierarquização: a atenção básica é a porta de entrada do serviço de saúde que se divide em atenção básica, secundária e terciária, de acordo com o nível de complexidade da assistência.

A partir da criação do SUS, surge um novo entendimento do que seja saúde. Tal conceito é reformulado a partir dos avanços teóricos, das contribuições das ciências sociais e da nova perspectiva frente ao modelo de atenção que se aplicaria daí em diante no Brasil. Esse novo conceito é expresso no artigo 3º da lei orgânica de saúde nos seguintes termos: A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Esse artigo foi vetado posteriormente, assumindo o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) que informa que esta não se refere apenas à ausência de uma moléstia física, mas a definiu como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de enfermidade” (OMS, 1946).

Um ano após a publicação da lei orgânica do SUS, o Ministério da Saúde formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que tinha como objetivo inicial a tentativa de reduzir a mortalidade materno-infantil nas regiões norte

e nordeste. No ano de 1994 entra em vigor o Programa de Saúde da Família (PSF) cuja ênfase da nova proposta de atendimento está na integralidade da assistência, ou seja, na busca pela substituição do modelo hegemônico biomédico, no qual o paciente é visto de maneira fragmentada para uma avaliação holística, que o contemple de forma integral. Os agentes de saúde foram incorporados ao programa de saúde da família, ao lado de outros profissionais, a saber: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e odontólogo. As demais categorias profissionais (nutricionistas, fisioterapeutas e educador físico, entre outros) são incorporadas ao programa através da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) quando foi divulgada a portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a política também regulamenta a mudança de nomenclatura do antigo PSF que passa a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dentro da ESF estão as unidades principais, as Unidades de Saúde da Família (USF) conhecidas como a porta de entrada para a assistência integral, artífice principal da construção de vínculo entre a equipe e os usuários que deve estar presente em todas as cidades do país.

3.2 Os passos até a PNSIPN

Ao contextualizar o desenvolvimento do sistema de saúde no país, deve-se entender que até o seu surgimento era praticamente inexistente o diálogo a respeito da importância de uma política de saúde direcionada a melhoria da assistência à pessoa negra. No que tange as propostas de políticas de saúde para a população negra, elas possuem uma história recente no cenário político brasileiro. Segundo Laguardia (2006) em 1995 o Governo Federal instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI) composto por oito membros da sociedade civil vinculados ao Movimento Negro e oito representantes de ministérios federais, dentre os quais o Ministério da Saúde, com a função de elaborar, propor e promover políticas governamentais relacionadas à cidadania da população negra. Juntamente com a criação do Programa Nacional de Direitos Humanos, nesse mesmo ano, o governo brasileiro reconhece e formaliza a raça como critério para definição e direcionamento das políticas públicas. Nessa ocasião discutiu-se a respeito de ações para tratamento e prevenção da anemia falciforme o que culminou na criação do Programa de Anemia Falciforme (PAF) a partir da

primeira legislação brasileira através da Lei 12.352/97 realizada no Estado de São Paulo que instituiu o Programa de Prevenção e Assistência Integral a pessoas portadoras do traço falciforme e doença falciforme.

Mais tarde, no ano de 2001 ocorre a criação do Programa de Triagem Neonatal em que a anemia falciforme aparece como uma das doenças genéticas investigadas no popular “teste do pezinho” capaz de identificar se o recém-nascido possui a doença ou o traço falciforme. No momento em que é descoberta uma criança com traço falciforme, seus pais devem ser encaminhados para aconselhamento genético e devem ser informados pelo profissional quanto aos significados diferentes entre o portador do traço e o diagnosticado com a anemia falciforme, reverberando nas orientações sobre a saúde reprodutiva do casal e os riscos de futuros filhos desenvolverem a doença.

No ano de 2005 o Ministério da Saúde implanta oficialmente através da portaria nº1.018, de 1º de julho de 2005 o Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Este texto deixa claras as responsabilidades dos hemocentros no tratamento da pessoa com doença falciforme, bem como a importância da capacitação dos profissionais de saúde e a listagem das medicações que o SUS passa a ofertar para os usuários diagnosticados com a doença. A justificativa dada pelo programa para sua existência é a alta prevalência das doenças falciformes na população brasileira, entre as quais a anemia falciforme é majoritária (BRASIL, 2005).

A sequência das ações do governo federal enquanto política pública de saúde é a elaboração da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no ano de 2006 e publicação no ano de 2009. A PNSIPN é para os movimentos sociais como um grito de socorro e inconformidade diante dos disparates cometidos por profissionais de saúde no momento do atendimento e\ ou prestação de cuidados a pessoa negra, seja em âmbito ambulatorial, hospitalar, na atenção básica ou em instituições privadas. Esses “disparates” são interpretados no texto da PNSIPN como um reflexo de uma realidade social específica na qual as pessoas negras estão inseridas no contexto brasileiro, a saber, um arraigado e persistente preconceito racial, o que a PNSIPN chama de racismo institucional quando cometido dentro de uma instituição de saúde. A PNSIPN é uma política pública como várias outras existentes no SUS, que pretende ter caráter denunciador e intensão reparadora no tocante aos direitos da pessoa negra. Ela culmina em texto

e lei após estudos vários, a respeito das doenças que acometem o grupo e das disparidades étnico-raciais em relação à renda, moradia e trabalho.

Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população. As diretrizes gerais de funcionamento que a PNSIPN traz são as seguintes:

I – 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. II – Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde. III – Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra. IV – Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas. V- Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo. VI - Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades (BRASIL, 2013, p. 26).

As diretrizes gerais e a distribuição das responsabilidades nas três esferas de governo informam os meios pelos quais se deve trabalhar para ofertar a população negra do Brasil uma assistência de saúde que se adeque às suas necessidades. Para tanto, e para acompanhar o aparecimento de doenças em pessoas negras, a inclusão do quesito cor/raça nos formulários de atendimento e nos sistemas de notificação do MS passa a ser obrigatório. Além disso, os profissionais também são orientados a buscar o diálogo com o usuário negro a partir do entendimento dos sistemas terapêuticos de cura que são próprios das religiões de matriz africana, não devendo impor aos praticantes o uso de medicações ou tratamentos contrários à sua crença e buscando parceria com líderes religiosos a fim de estreitar os laços da Unidade de Saúde com os usuários do SUS na comunidade. Vale ressaltar que no texto da PNSIPN nada há de escrito sobre ser esta uma ação específica de USFs que estão presentes em comunidades quilombolas. Na verdade, de acordo com a PNSIPN, a assistência à pessoa negra deve estar presente em todos os níveis de atenção à saúde do SUS, sendo equânime, igualitária, integral e livre de racismo institucional.

No ano de 2017 o SUS completa 29 anos de existência. Apesar da participação ativa do movimento negro na construção do SUS, dezenove anos se passaram até que fosse implantado no sistema, uma política que reconhecesse os danos à saúde física e psicológica que o racismo e as condições sociais as quais a pessoa negra vem sendo exposta no Brasil ao longo dos séculos implicam. Um dia eu estava visitando minha interlocutora para entrevistá-la e lhe perguntei de suas memórias enquanto membro do movimento negro a esse respeito, ela respondeu:

Mas foram 10 anos de luta e de briga por essa política, aí depois eu comecei a militar com eles também né? Que eram essas pessoas, eu os conheci no começo das discussões, eles levaram para o fórum social né? E ali foram discussões vastíssimas (Cravina, grupo B).

A finalidade do SUS é alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde dos brasileiros. Já a PNSIPN tem como objetivo geral “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução de desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2013, p. 19).

De fato, os objetivos pretendidos em relação a PNSIPN são voltados para uma certa forma de abordar as questões referentes aos problemas de saúde no sistema público, funcionando através de leis e diretrizes que instrumentalizam e normatizam o cuidado. Embora esta discussão possa parecer deslocada ao introduzir de forma mais sistematizada o que vem a ser a PNSIPN, este escrito não visa reforçar ou transcrever apenas o histórico de elaboração e/ou implementação ou ainda da importância da existência de uma política afirmativa de saúde para a população negra, mas, ir para além disto, e ampliando o debate, repensar políticas públicas a partir do pensamento antropológico.

Recentemente o Estado de Alagoas lançou na capital alagoana, no dia vinte e nove de setembro de dois mil e dezesseis, a publicação no Diário Oficial do Estado de Alagoas, de uma portaria da Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas (SESAU) sob o nº. 224, de 13 de setembro de 2016, que institui o Comitê Técnico de Saúde da População Negra para atender as especificidades das demandas referentes à saúde de pessoas que se declaram pretas e pardas, com as seguintes atribuições: Propor, elaborar, acompanhar, fiscalizar e apoiar a implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra, articulando ações e trabalho das áreas voltadas a este segmento populacional em consonância com o Plano Estadual

de Saúde e legislação específica vigente (ALAGOAS, 2016). Sua principal característica é o fato de ser desenvolvida a partir dos princípios de igualdade e equidade e, de maneira especial, a partir deste último. O conceito de equidade em saúde, no entanto, propõe igualdade de acesso segundo as necessidades de cada um com o intuito de garantir direitos diferenciados (VIANNA *et al* 2001).

O princípio da equidade se assentou em reduzir a iniquidade (injustiça) de acesso e, com isso, fazer frente aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Para enfrentar as iniquidades em saúde, no entanto, é necessário que os governos atinjam através de políticas sociais mais amplas os determinantes estruturais de saúde, ou seja, aqueles que são procedentes da estratificação social (OMS, 2005 *apud* SANTOS, 2012). A regionalização de uma política pública que uma vez instituída a nível nacional torna a sua efetivação obrigatória aos serviços de atenção à saúde do país, está ordenada doutrinariamente através da descentralização, dessa forma, o plano estadual pode adequar sua estratégia a realidade regional. Sendo Alagoas um Estado que desponta historicamente como “lugar” de afirmação e luta pelos direitos da pessoa negra, de onde aparece um dos maiores e senão o maior líder negro do país, essa equidade na assistência que as políticas públicas anunciam e defendem, deve ser incorporada como quesito inegociável no campo da saúde.

3.3 Raça e racismo: uma questão central

Ao refletir sobre uma política pública que tem como marca principal o combate às situações de racismo, é preciso ressaltar que se trata de um documento que institui tomada de decisão e conjunto de atitudes direcionadas ao “fazer” saúde no Brasil. Ao especificar o contexto brasileiro de discussões sobre o preconceito racial e a construção da imagem da pessoa negra somos levados a resgatar dois momentos dos estudos sobre raça no país. O primeiro é o período referente a um movimento chamado de *racismo científico*, no começo do século XX, cristalizado através de duas obras magnas – *Os sertões* de Euclides da Cunha e *Casa Grande e Senzala* de Gilberto Freyre (VIEIRA, 2008, p. 14).

A diferença principal entre os teóricos desta primeira etapa está na defesa freyriana de que ao contrário do que se pensava mundo a fora, a mestiçagem não era um mal para o Brasil, mas um bem, o brasileiro é esta fusão entre três povos (indígenas, africanos e portugueses). Caracterizando uma lógica simples: “a mestiçagem através dos séculos criou um novo povo, os brasileiros, e um povo completamente misturado é a prova definitiva da falta de racismo no Brasil” (VIEIRA, 2008). Florestan Fernandes vai contrapor a questão ao conceituá-la como o *mito da democracia racial*, usado para enfeitar a realidade e fomentar o paradigma de normalidade às formas de desigualdade racial como componentes naturais de um contexto sociológico (FERNANDES, 1972). No entanto, essa premissa de resquício freyriano tem justificado ainda na atualidade os discursos a respeito da ausência de preconceito racial no país. É justamente a partir de análises de dados socioeconômicos e de caracterização de perfis de adoecimento que a PNSIPN vem contestar esse paradigma, ressaltando que no Brasil a negação da existência do racismo, acaba por dificultar o diálogo, pois “não há como negar que persiste ainda hoje, na nossa sociedade, um racismo silencioso e não declarado” (BRASIL, 2013, p. 5).

Essas problematizações esbarram em um conceito central que é o conceito de *raça* que etimologicamente, veio do italiano *razza*, que por sua vez veio do latim *ratio*, que significa sorte, categoria, espécie. Na história das ciências naturais, o conceito de raça foi primeiramente usado na Zoologia e na Botânica para classificar as espécies animais e vegetais. Foi neste sentido que o naturalista sueco, Carl Von Linné conhecido em Português como Lineu (1707-1778), o usou para classificar as

plantas em 24 raças ou classes, classificação hoje inteiramente abandonada. Como a maioria dos conceitos, o de raça tem seu campo semântico e uma dimensão temporal e espacial. No que tange ao contexto humano\social o conceito de raça, que começa a ser discutido no ano de 1684, a partir da publicação do médico francês François Bernier, intitulada “*Nova divisão da terra pelas diferentes espécies ou raças que a habitam*” é reforçado mais tarde, em 1758 pelo próprio Carl Von Linné, considerado o “pai da taxonomia moderna” funda o conceito das quatro raças, baseadas na geografia ou na pele, a saber, “*Americanus* (Homo sapiens americanus: vermelho, mau temperamento, subjugável); *Asiaticus* (Homo sapiens asiáticos: amarelo, melancólico e ganancioso); *Africanus* (Homo sapiens afer: preto, impassível e preguiçoso) e *Europeus* (branco, sério, forte)”. Essa diferenciação adquire maior expressão a partir da publicação do *Ensaio sobre as desigualdades das raças humanas* de Arthur de Gobineau, entre 1835 e 1855, em que era postulada a derivação da história da “dinâmica das raças” (SANTOS, 2014, pg.30).

O estudo das culturas e a problematização a respeito da noção de raças humanas que o culturalismo inicia (BOAS, 2004) é o pontapé para que reflexões antropológicas sobre a questão racial pudessem ser realizadas posteriormente. No contexto em que se insere essa pesquisa o estudo da questão da raça e das políticas públicas está em interação à medida que a PNSIPN é baseada no objetivo de combater o racismo institucional, os preconceitos e as moléstias que impactam a vida de uma população muito específica. Segundo Guimarães (1999) a redução do antirracismo ao antirracionalismo, e sua utilização para negar os fatos de discriminação e as desigualdades raciais, crescentes no país, “acabaram por formar uma ideologia racista, ou seja, uma justificativa da ordem discriminatória e das desigualdades raciais realmente existentes” (GUIMARÃES, 1999).

Em um artigo publicado no ano de 2016, a antropóloga Melissa Creary, reforça essa visão a respeito da divisão racial. Ao estudar as políticas públicas de saúde para pessoas negras do Brasil, ela argumenta a respeito da visão de seus interlocutores a distinção a partir da cor, quatro raças distintas “branco, pardo, moreno e preto” (CREARY, 2016). Tendo sido evocado o arsenal genético para enfatizar que do ponto de vista biológico, após as descobertas do projeto Genoma Humano, raças humanas não existem, vale pontuar que tal descoberta não extinguiu o racismo da sociedade.

O conhecimento biológico tendo sido reconhecido como irrefutável influencia diretamente o comportamento humano, de forma que é preciso argumentar que não se pode haver separação entre aquilo que é genético e aquilo que é social. Uma vez que o primeiro tem a capacidade de interferir no segundo. Creary argumenta ainda que se nos EUA raça está intrinsecamente ligada a informação genética, no Brasil esse tipo de informação mistura-se com uma classificação a partir da cor do indivíduo. As políticas públicas de saúde do nosso país em relação a pessoa negra, são duplamente influenciadas, argumento eu, hora pelo conhecimento biológico, ora pela classificação social, isto depende de quem responde à pergunta.

3.4 Racismo e saúde

Tomamos a noção de doença como fenômeno tanto clínico quanto sociológico de Minayo (1991) para nos referir ao princípio fundante da PNSIPN, o de que o arraigado preconceito racial no Brasil produz condições sociais precárias e conseqüentemente uma série de doenças que prejudicam a saúde da população negra (BRASIL, 2013) e que são correlatas com um fenômeno sociológico específico. Essas doenças seriam a consequência não apenas genética, mas social de um contexto de subordinação e preconceito no qual os negros no Brasil estão inseridos.

A PNSIPN traz uma pequena gama de números que apontam para os danos que a desigualdade social e o “racismo silencioso e não declarado” causam à pessoa negra. São os óbitos precoces; as péssimas condições de vida e trabalho; as diversas formas de violência; a diferença de raça e cor para o risco de morte por tuberculose, quando os negros morrem 2,5 vezes mais que os brancos por tuberculose. Aponta ainda que o risco de uma pessoa negra morrer por causa externa é 56% maior que de uma pessoa branca. No caso do homem negro, o risco é 70 % maior que o de um homem branco.

Em sequência aponta outros números: o índice de gravidez na adolescência é maior em pessoas negras; o risco de uma criança preta ou parda morrer até cinco anos por causas infecciosas e parasitárias é 60 % maior do que o de uma criança branca; a maior porcentagem de nascidos vivos prematuros foi registrada entre pretos e indígenas, além das doenças e agravos que diversos estudiosos classificam como de prevalência entre negros, com características biológicas como é o caso da

anemia falciforme, a deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, a foliculite, estas consideradas geneticamente determinadas. Soma-se a este número a desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DSTs\HIV, transtornos mentais, depressão, estresse, câncer, o diabetes melito, as miomatoses e a hipertensão arterial sistêmica e outras (BRASIL, 2013, p. 13).

Contudo ao apontar os dados a respeito das doenças incidentes na população negra, essa estratégia de intervenção do governo aparece como que formadora de consenso, onde todos os negros se enxergariam da forma como são retratados no texto da política. Porém é preciso considerar que ao propor uma abordagem qualitativa para avaliação, a antropologia introduz de forma positiva a importância do “subjetivo” em qualquer abordagem do social, oferecendo instrumentos para sua apreensão. Segundo Minayo (1991) desta forma, enquanto opera ao nível dos significados a antropologia (nas suas mais diversas correntes) passa a questionar, pela contribuição que dá, os fundamentos do positivismo sociológico. Sem negar a possibilidade de quantificar determinados dados da realidade, aponta para o problema fundamental das ciências sociais, que é o caráter específico de seu objetivo, que é sujeito e que se recusa peremptoriamente a se revelar apenas em número ou a se igualar com sua própria aparência. Enquanto a PNSIPN é “fruto” da pressão dos movimentos sociais, oficializada pelo MS, ela também constrói consenso sobre a saúde da pessoa negra: 1) que pessoas negras desenvolvem doenças a partir de sua especificidade biológica; 2) que as outras doenças incidentes na população negra são fruto da desigualdade social, influenciadas pelos determinantes sociais de saúde. 3) que no Brasil vigora um profundo e arraigado preconceito racial. Na pesquisa de campo, os itens 1 e 2 foram encarados pela maioria dos entrevistados, aqueles que não tinham conhecimento da existência da PNSIPN, como inimaginável, partindo da ideia de que “somos todos iguais” e possuímos a mesma capacidade de desenvolvimento de doenças, enfocando que o ato de dizer que pessoas negras desenvolvem doenças específicas, refletiria uma posição racista. Por outro lado, as quatro pessoas que se mostraram favoráveis aos itens 1 e 2 classificaram-nas como *doenças de negro* ou, em outro caso, *doenças de preto*, duas dessas pessoas eram negras, militantes do movimento negro, todas conheciam a PNSIPN e reivindicavam seus direitos de atendimento equânime em saúde. Já o terceiro item aparece como um provável consenso, exceto, por um acontecimento espontâneo no curso da pesquisa.

Certa vez, estando eu em conversa com uma amiga, estudante da área da saúde, com a qual havia dialogado muitas vezes sobre meu estudo e sobre a existência da PNSIPN, lembro que não falávamos em específico sobre o assunto, quando ela me disse a seguinte frase:

Minha professora, estava a dar aulas e nos disse que agora tudo era racismo, a gente fala de saúde da população negra, mas ela acha que somos todos iguais, antigamente brincávamos com nossos colegas de escola sem que isso fosse encarado como racismo ou bullying.

Em sua locução ela estava concordando com a opinião da professora. O aparecimento imediato de um assunto fora do contexto foi para mim o código da informação que ela pretendia expressar. Por isso, é preciso ressaltar que, em primeiro lugar, nem todos os que tiverem conhecimento sobre a PNSIPN necessariamente concordarão com os itens acima. Em segundo lugar, que o princípio da igualdade parece ser mais conhecido que o da equidade.

Na fala seguinte, de Delfino, podemos observar uma opinião contrastante:

Em odontologia, por exemplo, eu já citei anteriormente as extrações, são feitas mais extrações dentárias em pessoas negras que em pessoas brancas, isso é uma coisa que é referendado já em outros estudos e eu pude observar também isso na prática, hum... talvez pelo próprio preconceito, pelo próprio pré-conceito mesmo. Existe também a questão da anestesia, de erroneamente você entender que o próprio paciente negro ele teria um pouco mais de, de... um limiar de dor maior, então ele aguentaria mais esse tipo de procedimento, então você, não atender bem a essa queixa, da mesma forma que outro tipo de paciente, existe isso também. (Delfino, grupo C)

Na fala de Delfino que também é odontólogo, ele partilha um pouco sobre o que ele critica na prática empírica de sua profissão, a pessoa negra teria um “limiar de dor maior” e por tanto, aguentaria um procedimento sem anestesia, em minha leitura isso se daria pela ideia que por algum motivo se criou de que o corpo negro, mais propriamente seus dentes, eram mais fortes que os das outras pessoas. Nesse caso, esse corpo teria características biológicas que justificariam tal senso comum na odontologia. Para além deste evento, é necessário considerar que o racismo, nesse caso, só existe sob a captação da existência de um corpo e não qualquer corpo, mas aquele cuja característica principal seja a cor escura.

Antes de ter um carro, uma casa, uma faculdade, acesso ao conhecimento ou qualquer coisa que exerça valor ou status no âmbito social, o indivíduo é um corpo negro, que comunica um conjunto de informações sobre sua história e suas características fundamentais. Na frase “tudo hoje é racismo” está implícita a interpretação de que antigamente poderíamos “brincar” com o fato de alguém ser ou possuir este corpo negro sem que isso nos imputasse qualquer tipo de embaraço, ao contrário dos dias atuais, onde as pessoas devem trabalhar-se para usar o termo “afrodescendente” no lugar de negro, julgando que ao chamar alguém assim, estaria sendo ofensivo, esta justificativa eu escutei na sala de espera da UBS certa vez. O fato de as pessoas precisarem “trabalhar-se” para dizer as palavras certas evidencia que há um possível desencontro entre o que se diz e o que se pensa.

O corpo negro, uma vez tendo sido interpretado como objeto econômico, moeda de lucro, e depois como problema social de saúde, quando se acreditava que as doenças transmissíveis se aglomeravam nele (CANDIOTTO e D’ESPÍNDOLA, 2012, p. 09). Ou ainda quando se cria a ideia que a degeneração do homem traduzida no perfil criminoso poderia ser entendida sob a medição e interpretação dos números da circunferência do crânio dos homens cujos corpos eram negros, só foi assim interpretado por causa de um discurso-verdade construído por quem possuía o poder de fala, o conhecimento biomédico e o governo.

O corpo é então o alvo principal do poder, o lugar onde ele primeiro encontra poder de exercício e só o encontra porque passa por uma relação de dominação-exploração, onde o produtor do discurso-verdade possui o poder sobre o explorado. Este investimento político do corpo, diz Foucault (2000) está “ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica: é numa boa proporção como força de produção, que o corpo é investido por relações de poder e de dominação” (2000, p. 25). Ele se refere a um determinado histórico e mostra como essa apreciação muda passando de um interesse econômico a um processo mais amplo de subjetivação. As políticas públicas são instrumentos de governo capazes de promover a regulação não de um corpo, mas de uma coletividade, produzindo um adestramento dos comportamentos e falas; elas regulam a vida e o corpo social (CANDIOTTO; D’ESPÍNDOLA, 2012, p. 30).

Para Rabinow e Rose (2006, pg. 40) as concepções de raça formaram “um prisma não apenas para a imaginação da nação, mas também para o controle político da saúde e da vitalidade nacional, e da competitividade internacional”.

Porém, mesmo que após a segunda guerra mundial os discursos racistas oficiais caíram em descrédito, em 1963, por exemplo, com *Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial* que adotou como uma de suas premissas “que qualquer doutrina de diferenciação ou superioridade racial é cientificamente falsa, moralmente condenável, socialmente injusta e perigosa, e que não há justificativa para a discriminação racial, seja na teoria seja na prática” (RABINOW; ROSE, 2006, p. 40). Ainda assim, o preconceito racial continua a existir nas práticas das relações sociais, uma vez que, embora no Brasil, a legislação tenha adotado um posicionamento antirracista e condene o racismo, este continua a se reproduzir no cotidiano social a partir da identificação do corpo negro.

3.5 Eu não vejo muitos negros aqui: a invisibilidade como questão

Considerando os dados populacionais de Maceió e do bairro Serraria, bem como a demonstração do quantitativo de pretos e pardos que somam em Maceió uma maioria da população que se considera negra, através do quesito cor\raça por auto declaração, é curioso perceber como essa questão da saúde da população negra e do racismo é abordada na unidade de saúde. Ao conversar sobre o fluxo de pessoas na unidade e mencionar meu interesse pela saúde da população negra, certa vez Camélia me diz que aquela era uma boa unidade para pesquisar, pois “*havia muitos negros ali*”, sobretudo pela manhã. Os estabelecimentos de saúde costumam ter mais atendimentos no período matutino, mas isso não deve ser considerado regra. Mas a opinião de Camélia não é consenso. Ao contrário dela, a maioria dos outros funcionários da unidade respondem-me a essa indagação com a frase: “*Olha, eu não vejo muitos negros aqui*” ou (no caso de Açucena-grupo B) “*Talvez você devesse procurar um bairro mais periférico*” ou ainda “*é que aqui não é comunidade quilombola*, parecem representar que os profissionais acreditam que em todos os bairros existem pessoas negras, mas que naquele bairro ou naquela UBS eles eram uma população menor.

Houve um fato de exceção, uma das psicólogas conta que apesar de não costumar receber pacientes com demandas de tratamento mental oriundas de questões raciais, lembra-se de uma moça adolescente que mencionava sua tristeza e desarranjo interiores ocasionados por processos preconceituosos e hostis em referência a sua cor negra, a seu cabelo cacheado e também ao fato de estar “acima

do peso”. Eu lhe pergunto se ela nota alguma relação entre o racismo e o aparecimento de alguma queixa específica no consultório e ela me responde:

Agora que você mencionou esse tema de saúde da pessoa negra, eu me lembrei de uma moça, ela ficou comigo um tempo, sendo acompanhada por um processo depressivo que ela desenvolveu após meses a procura de emprego, mas não conseguia. Nós fizemos o tratamento porque ela ligou seu sofrimento ao preconceito que sofria por sua cor e por ser gordinha. (Adelfa –grupo B)

Sublinho essa exceção em relação aos contatos com os outros interlocutores, apesar de admitir nunca ter ouvido falar em uma política pública de saúde da população negra, enfatizando que este não é um tema corriqueiro no processo de formação profissional, a interlocutora se lembra, como de relance que, de fato, já houve um episódio e o relaciona com a fala de a “paciente” ter sido exposta a episódios de preconceito.

O desconhecimento de uma “saúde da população negra” e de uma política de saúde que deva ser desenvolvida dentro do contexto da UBS é algo claro nesse primeiro momento de troca. Tomando os critérios rotineiros de um posto de saúde, o mais comum deles é o registro do quesito cor/raça nos boletins e/ou prontuários do setor. Muitos dos profissionais o fazem sem o conhecimento de que essa também é uma demanda referente às reivindicações dos movimentos sociais por reconhecimento das disparidades em saúde. A introdução do quesito cor dentro dos quadros estatísticos e epidemiológicos do SUS configura um dos direcionamentos para a efetivação da PNSIPN na atenção básica.

Mas uma pergunta que precisa ser feita é: de quem eu falo quando cito que vejo uma pessoa negra? Em minha primeira visita à UBS lembro-me de me apresentar ao diretor da unidade (grupo B) e informar o motivo de minha pesquisa e logo recebo a pergunta que me desconcertou: *Mas, afinal, quem é negro no Brasil?* Eu respondi na ocasião que de acordo com o IBGE seria o quantitativo de pretos e pardos, e então ele me disse; *pois é, essa não é uma resposta fácil.* Eu me vi na obrigação de ter uma resposta coerente, mas não tinha, passei a me perguntar se de fato eu precisava ter. Ser branco ou ser preto no Brasil não parece ser uma categoria de critérios definidos e estabelecidos e é por isso que se diz que a PNSIPN tem caráter afirmativo e depende da autodeclaração da pessoa, mas, ao

mesmo tempo, passa pelo olhar e a assimilação pessoal dos que a operacionam⁴. Ela passa não só pelo contato interpessoal, mas também pelos inúmeros formulários que precisam ser preenchidos pelos profissionais de saúde e que servem para o MS acompanhar epidemiológica e estatisticamente como andam as unidades de saúde, os estados e, por fim, o país, alimentando os bancos de dados dos sistemas de informação.

Fonseca e Scalco (2015, p. 21) analisam que essas informações “são organizadas e acessadas para responder a certas demandas de governo de identificação”. Fazem parte do que as autoras chamaram de “tecnologias de governo” usadas para conhecer bem o perfil dessa população a quem essa ou aquela política se direciona. E assim, quando se tem indicadores sociais suficientes para justificar uma intervenção, cria-se um programa ou política. A PNSIPN não é diferente, ela traz em suas justificativas muitos indicadores de risco social e perfil de adoecimento da população negra que visam a justificar a urgência de sua criação. Tais indicadores parecem transparecer os efeitos danosos do preconceito e do racismo institucional (oriundo deste). Trata-se de uma “população negra”, um grupo de pessoas que passam a apresentar não só características físicas muito parecidas, mas estatisticamente, perfis socioeconômicos, e doenças mais prevalentes. A falta de recursos, a falta de saúde, a falta de lugar social, inaugura uma “população negra” que precisa da intervenção do Estado para recuperar um lugar perdido na sociedade, ou, lendo de outra forma, para se criar um lugar que nunca existiu.

A questão é que por causa do ideal de branqueamento, no Brasil, ninguém é apenas branco, ou preto, ou pardo, mas recebe também outras nomenclaturas de cor como “morena clara”, “morena cor de canela”, “mulata”. Algumas pessoas enxergam negras apenas as pessoas cuja cor de pele se assemelhe ao tom mais escuro, enquanto outras enxergam negras pessoas de cabelos encaracolados e de pele “morena”. Trata-se de uma infinidade de maneiras de olhar para o outro e classificá-lo. Na fala dos entrevistados, transcritas nas informações do quadro de dados socioeconômicos algumas respostas não se enquadram nos padrões raciais do IBGE, alguém respondeu “sou morena” e outra “sou preta nigérrima”. Lembro-me das ocasiões e dos semblantes. A primeira se define como morena porque diz saber que não é branca, não se acha tão clara a ponto de ser parda e nem tão escura a

⁴Neste caso, os funcionários da UBS.

ponto de ser negra. Era uma funcionária da UBS; trabalha nos serviços de limpeza através de uma empresa terceirizada e ficou desconcertada quando eu perguntei. Já a resposta da segunda, tem a intenção de afirmar um pertencimento, uma ligação a um ancestral africano comum que lhe dá orgulho de sua cor.

Rosa (grupo A) me respondeu em entrevista como ela vê quem é negro

Branca é eu, gente da pele clara e cabelo liso, mesmo se o cabelo não for liso, mas se a pele for clara. Agora negro, é a cor do meu marido, preto retinto, da cor de pinche, do olho e do nariz feio e do cabelo de bucha, aí é preto, mas a gente ama assim mesmo. Agora moreno é da cor da minha filha, eu tenho uma filha morena, ela tem a pele mais clara que o pai dela e ela tem o cabelo liso, mesmo que seja esticado, mas é liso, então essa não é negra. Na minha casa tem as três raças, eu sou branca, minha filha é morena, e meu marido é preto, preto mesmo, de verdade, e a gente não tem problema nenhum com isso.

Nessa fala, aparecem alguns elementos importantes para a análise. Primeiro referente ao cabelo, o cabelo liso aparece aqui como um efeito branqueador da pessoa, onde o fato de a filha ter o cabelo liso, ainda que esticado, a deixa mais clara, morena. O segundo elemento de análise se refere ao “nariz feio” e “mas a gente ama assim mesmo” inferiorizam a pessoa que na interpretação da interlocutora não é bonita, “mas a gente ama assim mesmo”. Ou seja, apesar de ser negro, ou apesar de ser feio.

Outro aspecto é a introdução do elemento raça. Se em termos biológicos o conceito de raça não existe, na fala de minha entrevistada ele existe e está baseada na cor, e não só a raça branca ou preta, mas uma terceira raça, que ela define como morena. A conjunção adversativa, “mas” que expressa oposição, é usada nesse ponto como reforçadora da visão negativa que está sendo atribuída ao *negro, de cabelo de bucha, olho e nariz feio*. Já na frase “e a gente não tem problema nenhum com isso”, lembro-me de sua feição quando me disse, ela parou um pouco, e olhou para cima, como que tentando acessar alguma informação perdida, como que encontrando um modo de deixar claro, que apesar do que tinha me dito, não considera isso racismo, porque ama a pessoa mesmo assim, apesar da “feitura”.

A pergunta sobre como vemos o é negro no Brasil não é recente e transparece uma problemática muito maior do que a cor, pois tem a ver com história e construção de categorias. Refere-se a fala evocada sobre si ou sobre o outro; tem relação com identidade. Conforme afirma Kabenguele Munanga sobre essa questão:

Parece simples definir quem é negro no Brasil. Mas, num país que desenvolveu o desejo de branqueamento, não é fácil apresentar uma definição de quem é negro ou não. Há pessoas negras que introjetaram o ideal de branqueamento e não se consideram como negras. Assim, a questão da identidade do negro é um processo doloroso. Os conceitos de negro e de branco têm um fundamento etno-semântico, político e ideológico, mas não um conteúdo biológico. Politicamente, os que atuam nos movimentos negros organizados qualificam como negra qualquer pessoa que tenha essa aparência. É uma qualificação política que se aproxima da definição norte-americana. Nos EUA não existe pardo, mulato ou mestiço e qualquer descendente de negro pode simplesmente se apresentar como negro. Portanto, por mais que tenha uma aparência de branco, a pessoa pode se declarar como negro. (MUNANGA, 2004, p. 2)

Entre a indagação “quem é negro no Brasil?” e a expressão “não vejo muitos negros aqui” há uma lacuna de invisibilidade a respeito de definir quem é esse *outro* a quem eu devo ofertar um cuidado. Ofertar uma assistência de saúde através de uma política pública que me diz que tal cuidado precisa estar isento de racismo institucional, de discriminação, que essa assistência carece de ser igualitária e equânime não são categorias de assistência sinônimas. Esse “outro” pode significar para um apenas mais um número de cartão SUS a compor seu formulário de produção, ou uma receita a mais no monte do receituário. Também pode ser uma gestante a mais, um caso de Anemia Falciforme, ou pode significar um amigo, um interlocutor, um paciente ou um cliente.

Agora, como papel da antropologia contemporânea é preciso compreender como se formam os espaços complexos de produção de identidades étnico raciais, os processos de racialização e naturalização (ou biologização) das diferenças (PINHO; SANSONE, 2008). O Estado continua influenciando na produção de uma identidade para grupos específicos através das políticas públicas. A expressão política pública é uma polissemia. No interior dessa polissemia, sentidos e significados se articulam a partir de processos sociais da experimentação e das interações situadas na cultura e no processo interacional histórico (GOMES; KNAUTH, 2012). A questão a se perguntar quando se pensa sobre políticas públicas de saúde, é como uma política que se formula a nível nacional, tem significado no contexto local. Trata-se, portanto, de pensar políticas públicas de saúde como um campo de discursos e práticas, saberes e poderes, atravessado, concomitantemente, por dimensões regulatórias e disciplinares, e dimensões participativas e emancipatórias (FERREIRA NETO, 2009).

Souza Lima e Castro (2008) inserem o conceito de políticas governamentais para se compreender a ação do governo sobre determinada população e tal perspectiva conversa com a ideia de governamentalidade já inserida por Foucault. Para os autores elas devem ser entendidas como:

Planos, ações e tecnologias de governo formuladas não só desde organizações administrativas de Estados Nacionais, mas também a partir de diferentes modalidades de organizações não redutíveis àquelas que estão definidas em termos jurídico e administrativos enquanto partícipes de administrações públicas nacionais (SOUZA LIMA; CASTRO, 2008, p. 269)

A ideia de considerar que a PNSIPN faça parte de uma gama de políticas governamentais pode ser reafirmada ao ler o prefácio e a introdução do texto, onde é relatado o pacto entre movimento negro, Ministério da Saúde (MS) e demais órgãos responsáveis por sua criação.

3.6 Um cartaz invisível

Um fato curioso e instigante em campo foi o aparecimento de um cartaz (ver anexo 2) na parede central da UBS. Esse pôster de combate ao racismo apareceu fixado na sala de espera da unidade após minha inserção em campo. Na arte do pôster está uma enfermeira, negra, cabelos crespos curtos, vestindo jaleco branco em um corredor de uma instituição de saúde, sua mão faz um sinal impositivo, o dedo indicador levemente afastado do centro dos lábios, tem o intuito de dizer ao leitor que ele não deve se calar diante do racismo em estabelecimentos de saúde, nele está escrita a frase “Não fique em silêncio, racismo faz mal à saúde”. O cartaz parece querer ir de encontro aos populares cartazes com pedido de silêncio, em tempos passados muito comuns nos serviços de saúde, cujo pedido de “silêncio” era repassado através da figura de uma enfermeira vestida de branco e chapéu com cruz vermelha no meio, para emitir exatamente, a mensagem contrária “não se cale”.

Por alguns dias, estive interessada em observar como as pessoas reagiam ao dispositivo de divulgação (uma vez que os cartazes são as estratégias de prevenção mais características das UBSs). Quais os usos que as equipes dele faziam, quem o pregou e mediante qual motivação? Ao observar a reação das pessoas, notei que elas não conversavam sobre ele, mas que costumavam olhá-lo algumas vezes seguidas. Ao lado desse cartaz estavam outros cartazes de prevenção comuns em

unidades de atenção básica, como aqueles de informação sobre hanseníase, ou ainda os de incentivo a prevenção de câncer de colo de útero, e um uma parede inteira de cartazes e frases de prevenção ao suicídio.

Eu realizei uma verdadeira peregrinação à procura dos usos do cartaz. Cada profissional com quem conversei me indicou outro, que me indicou outro e por último cheguei aos estudantes e suas preceptoras (Grupo B) que me disseram: *Não, não pregamos não, só trabalhamos com palestras usando os de suicídio e os de câncer*, seguidos da frase: *Que cartaz? Nunca vi não esse cartaz*. Comecei a me perguntar como era possível que de todos os cartazes expostos na recepção daquele lugar apenas esse não fosse visto e que todas essas pessoas não o tivessem percebido, não era só a invisibilidade da política que me intrigava, mas também a invisibilidade do cartaz. Em minha peregrinação para encontrar quem o tivesse fixado, acabei não encontrando o responsável. Falei com o diretor, com os funcionários da farmácia, as assistentes sociais, as enfermeiras, a odontóloga, funcionários da recepção e, por fim, com as auxiliares da limpeza e absolutamente ninguém sabia como ele tinha ido parar ali. Deduzi que ele não se fixou sozinho e que algum aluno, de uma turma que já não estava em estágio, nos intervalos de tempo em que eu não fui a UBS, por razões que até a finalização do campo eu não pude descobrir.

O fato é que também não pareceu ter havido quaisquer usos dele como comumente se faz com esses dispositivos de prevenção do tipo de palestras e salas de espera. Mas isso não se estranharia se considerarmos que se trata de uma pauta que não faz parte das políticas básicas de assistência que costumam receber bastante atenção no serviço de saúde. Eu voltei a perguntar a Zínia, passado algum tempo da primeira vez que havíamos conversado sobre o assunto, e ela não se lembrava que havia aquele cartaz ali. Assim, eu resolvi perguntar às pessoas que eu já havia indagado se elas tinham visto o cartaz e para minha surpresa, elas haviam simplesmente esquecido que ele havia sido pregado.

Eu interagi a esse respeito com estudantes, enfermeiras e outros funcionários da unidade e lembro de que apenas uma auxiliar de limpeza dele se lembrou. As pessoas costumavam lembrar-se dos outros, mas desses especificamente não, até que em uma ocasião de convívio, dentro da sala da enfermagem, estavam três alunos de estágio da UNIT que me contavam que conheciam a PNSIPN porque essa era uma disciplina online, ao perguntar se havia sido eles os responsáveis pela fixação do cartaz na parede e ao me responderem dizendo que não se lembravam

de tê-lo visto. Enumeraram os cartazes que haviam confeccionado, um que tomava toda uma parede sobre suicídio e outro de prevenção ao câncer de mama. Foi então que do meio de uma risada de canto de lábio, saiu a célebre frase proferida por Lírio: *Oxe, e é um cartaz invisível?*

Partindo desse princípio, do da existência de um elemento de comunicação visual que fora uma vez classificado como invisível, aquele por qual todos passam, mas que ninguém vê, resolvi ampliar sua importância dentro da pesquisa. Passei a usá-lo nas entrevistas e nas conversas informais dentro da unidade e fora dela também. Eu o mostrava às pessoas e perguntava qual a informação que o cartaz comunicava a elas; obtive respostas diferentes. A resposta mais comum era a leitura rápida, para os que não se atinham aos detalhes de que ali, de fato, havia uma enfermeira pedindo silêncio, pois, apesar de o dedo indicador da modelo da foto está lateralizado e não no centro, esse deslocamento de centímetros não alterava a interpretação, sobretudo, pelo destaque da palavra silêncio.

Na tentativa de não ser taxativa em minha interpretação eu apresentei o cartaz a todas as pessoas que pude, para ouvir delas quais as suas impressões. Estando elas na unidade ou não, eu carregava a foto comigo para onde fosse. A primeira vez que perguntei sobre ele a alguém, foi numa tarde, dentro da unidade, na sala de espera da recepção geral. Estávamos eu e mais duas pessoas sentadas exatamente em frente a ele. Estávamos conversando sobre coisas rotineiras, comentando sobre a novela do *Vale a pena ver de novo*. Aproveitei a oportunidade daquele vínculo momentâneo para indagar ao homem e a mulher que estavam a conversar comigo o que era esse cartaz. A resposta foi rápida: *é uma enfermeira pedindo silêncio* me disse o homem que aparentava ter meia idade, usava bermuda quadriculada e segurava na mão alguns papéis. A senhora, mais idosa, disse que não sabia ler, mas que aquilo ali, *era uma mulher com a mão na boca*. Enquanto prestávamos atenção no cartaz, eles olharam mais atentamente. Ele olhou espremendo os olhos e começou a soletrar as palavras, no final, confirmou: *É pra não ficar em silêncio*, e a senhora acrescentou, *se é pra não ficar em silêncio, porque é que ela tá com a mão na boca?* Naquele dia eu intervi e expliquei a eles do que se tratava, a partir de então essa se tornou uma questão que iria me perseguir durante o resto da pesquisa de campo.

Cartaz 1 – Conscientização contra o racismo



Fonte: Brasil.Ministério da Saúde, 2017.

As interpretações daquela imagem foram as mais variadas, mesmo entre pessoas que sabiam ler ou que conhecem a PNSIPN. E por isso, com o objetivo de analisar mais detidamente essas percepções, apresentarei algumas respostas que obtive à pergunta direta sobre o cartaz.

Coreopsis – grupo C: Olhando rápido eu vejo que o negro que chegou a unidade de saúde em busca do atendimento, ele tem direito de esperar e ficar calado. Eu acho isso pela forma impositiva da palavra silêncio que está maior, a figura de imediato para quem é negro é como se ele estivesse se olhando no espelho e ele está dizendo a grande frase, silêncio, aguarde, espere. É a minha visão inicial, as outras informações acabam se perdendo porque são menores, a caixa de texto é menor. A figura da mulher é impositiva.

Dália - grupo C: Eu vejo uma mulher vestida de branco, provavelmente trabalha na área da saúde e ela está com o dedo assim perto da boca, para mim talvez ela queira me dizer alguma coisa, mas ela não está pedindo silêncio, parece que ela está me fazendo uma indagação, não colocando o silêncio como imposição

Jasmim – grupo B: Eu acho que é como se ela tivesse sem voz, agora o dedo dela de lado, acho que ela está pedindo vez, se o dedo tivesse no centro ela estaria pedindo silêncio, mas como está do lado, ela está pedindo vez. Só quem é negro vai saber o que ela sente, só quem é negro vai saber porque ela está pedindo vez.

Gérbera – grupo A: Não sei se você está entendendo, pelo que eu tô entendendo, ela tá pedindo pra ninguém criticar, porque tem muita gente, que você sabe né? Critica porque ela é negra e o dedo dela tá pedindo silêncio, para não criticar.

Hortênciã – grupo A: Ela é uma doutora né? Se fosse outra pessoa vestida de outra forma, não dava nem valor, uma pessoa dessa passando na rua, vestida de branco, olha e pensa, olha aquilo ali é uma doutora, uma enfermeira. Mas se passar vestida normal, não dá um real de valor. Eu vejo ela pedindo silêncio, aí a gente quer ler para entender, aí ela está pedindo silêncio por causa da cor, por causa do racismo, porque as pessoas maltratam muito né?

Violeta – grupo B: Eu nunca digo que a pessoa é negra, digo moreninha, morena clara, mas negra não, porque eu acho que ofende. Eu sempre vejo esse cartaz, sempre tô limpando ali e leio, eu sempre vejo, ele tá pedindo silêncio no ambiente, né?

Gérbera – grupo B: Mulher eu acho que ele tá pedindo que o racismo acabe né? Eu acho isso tão chato né? Todos nós somos filhos de Deus. Eu acho esse cartaz importante, deveria estar em todos os lugares e não só na unidade de saúde.

Acima, os fragmentos das respostas demonstram quão heterogêneas são as formas de assimilar a mensagem expressa através desse elemento de divulgação de uma ideia a respeito do racismo institucional. Obviamente que após as entrevistas, todas as pessoas passam a captar a mensagem original que o elemento pretende emitir. Tais respostas são dadas a partir de uma observação rápida de sua imagem, exceto no caso de violeta, que diz sempre ver o cartaz quando está limpando o posto de saúde e interpreta como se no cartaz a enfermeira negra estivesse *pedindo silêncio no ambiente*.

Tive acesso a um vídeo disponível na internet que usa a imagem do cartaz para repassar a mensagem de que o leitor não deve se calar diante do racismo e denunciar. O vídeo foi lançado em 2014 pelo Ministério da Saúde junto com o cartaz e consegue demonstrar com um pouco mais de clareza a intenção da ação. No

momento do lançamento da campanha o Conselho Federal de Medicina (CFM) lançou uma nota aos serviços de informação se posicionando contrário à campanha, afirmando ser esta uma atitude racista. Segundo o trecho da nota, o CFM repudiou a campanha alegando que o Ministério da Saúde está driblando o foco do problema, que, para eles, é a falta de estrutura do SUS, que atinge pacientes de todas as raças. O conselho ainda disse que, pelo Código de Ética Médica, estes profissionais não podem diferenciar pacientes por razão de herança genética⁵.

O pensamento que parecer circular o posicionamento do CFM é de que a ciência é tudo aquilo que se pode ser provado a partir da experiência prática. Se do ponto de vista biológico, raças humanas não existem, o assunto em torno de um racismo institucional dentro dos setores de saúde estaria superado e sem lugar para questionamentos. Santos e Ferreira Neto (2011) exploram essa perspectiva a respeito do peso que os estudos de ancestralidade genética carregam enquanto criadores de novas identidades, a partir de um ideal de ancestralidade comum que ressignifica a história do indivíduo. Neste caso, raça aparece como um negócio lucrativo que alimenta uma “indústria de parentescos” e terminam afirmando que os brasileiros são racialmente inclassificáveis, devido a tamanha mistura de genes. Se são inclassificáveis é porque estão misturados e se estão misturados já não seriam diferentes. É daqui que parte o equívoco, da noção de igualdade. É daqui que parte também o discurso “temos mais com o que nos preocupar”, somos todos humanos. “Certamente, a humanidade do futuro não acreditará em raças mais do que acreditamos hoje em bruxaria” (Pena, 2006).

É necessário ressaltar que a decisão do CFM não reflete o posicionamento de todos os profissionais da medicina sobre o tema, embora seja um conselho de classe. Mas, deve-se considerar que tal recusa a campanha fala a respeito de uma visão da falta de necessidade de investir em estudos/eventos contra o racismo dentro de unidades de saúde. Visão compartilhada por alguns dos profissionais de saúde com os quais tive contato durante a pesquisa, a de que o racismo é pauta desnecessária nas unidades de saúde. Lembro-me do médico ao final do expediente, quando lhe questionei a respeito de uma provável conversa sobre o assunto. Ele não aceitou, respondeu sorrindo que não participa de pesquisas de

⁵Nota retirada da página <https://www.geledes.org.br/campanha-contra-racismo-no-sus-da-voz-quem-sofre-preconceito-diz-ong/>. Em 12 de novembro de 2017.

mestrado. E curiosamente, não foi sua recusa a participar da pesquisa que me chamou atenção, pois quando saía para encontrar interlocutores, ia preparada para o “não”, mas o sorriso de canto ao anunciar o título da pesquisa “Saúde da população negra”, eu entendi que não era exatamente algo que lhe interessasse.

4 UMA POLÍTICA DESCONHECIDA?

Uma vez apresentada a organização dos interlocutores da pesquisa de campo (seção I) e depois de descrever os elementos do campo que despontam para análise, como a invisibilidade da pessoa negra e do cartaz, neste capítulo é feita a apresentação dos argumentos referentes a invisibilidade do objeto central da pesquisa que é a própria PNSIPN. Será discutido seu desconhecimento entre os interlocutores e seu caráter aparentemente desnecessário no contexto de um país miscigenado, onde, conforme argumentam os interlocutores, “somos todos iguais”. Essa é a característica que, pensam eles, deve ser evidenciada no serviço de saúde. O arremate do capítulo e da análise da pesquisa se concentra na discussão a respeito de ser essa uma política produzida para fazer viver ou deixar viver a população negra, usando os termos foucaultianos. Enquanto instrumento de promoção da saúde, a política em questão propõe uma mudança no comportamento dos profissionais de saúde, sendo então também um instrumento de regulação de conduta. Cabe no segundo tópico do capítulo a apresentação do pensamento de Michel Foucault a respeito dos conceitos de biopolítica e biopoder e de como tais conceitos são atualizados por Rose e Rabinow para pensar o Estado e sua influência, enquanto agente de poder que legitima direitos e deveres através do Ministério da Saúde.

Pensando no que foi dito anteriormente, enquanto se divulgam os recursos midiáticos e esses parecem conseguir produzir alguma conscientização sobre o combate ao racismo institucional e a promoção da saúde da população negra. Na Unidade de Saúde Dr. José Tenório nem o cartaz fixado na parede, nem todas essas estratégias midiáticas foram suficientes para que alguém, seja o profissional ou o usuário, respondesse afirmativamente a seguinte pergunta: Você já ouviu falar na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? A resposta emitida é sempre a mesma, e se resume em um rápido e constrangido “não”.

Quando comecei a pesquisar sobre as ações de saúde da população negra em Maceió por parte do governo, fiquei bastante animada. Encontrei notas e reportagens que demonstravam que aqui havia ações e departamentos preocupados com o assunto. Pensei que seria fácil identificar interlocutores, que as falas seriam muito bem ensaiadas e que não haveria tanta resistência. Ao passo que fui adentrando os espaços de interlocução, percebi que a palavra que melhor poderia

definir a assistência em saúde para a população negra em Maceió era “silêncio”. Um profundo, às vezes grande e às vezes breve silêncio para pensar na resposta. Esse silêncio se referia ao desconhecimento do que exatamente era essa política, e do que é racismo institucional e de qual é o papel da assistência primária no tocante a ela.

Qual a razão do silêncio e porque o constrangimento? Interpreto que seja o constrangimento de não saber responder por que não conhece, porque não viu na universidade, porque não foi instrumentalizado pela secretaria sobre a importância do assunto ou porque não julga ser este um tema tão importante assim, essas foram algumas das justificativas. Na sala de espera, ouvi respostas como a da mulher sentada com sua criança recém-nascida, jovem universitária que me disse *somos todos iguais, acho que ninguém fica doente porque é negro, acho que existe preconceito e ele precisa acabar* (Hortência/grupo A). Na sala da assistente social outra resposta: *somos todos iguais, sei que os negros sofrem mais de hipertensão, não é? Aqui eu trato todo mundo igual, não se deve discriminar ninguém pela cor* (Zínia/grupo B). Na fala da responsável pela atenção básica do município a mesma resposta, *somos todos iguais*; o que reflete o pensamento de que “não existe necessidade de uma política específica dentro do SUS, porque somos todos iguais”.

Para o profissional de saúde, seria um trabalho a mais, uma política a mais para dar conta, uma demanda extra no calendário apertado de compromissos anuais, já superlotados com outubro rosa, novembro azul, e outras campanhas. Isso para aqueles que não tiveram sequer acesso ao conhecimento de que a política existe, e não são poucos. Dentro da USF, a imprecisão, o não, a invisibilidade de um cartaz pregado na parede central do qual ninguém se lembra e que ninguém vê. No espaço do governo em Maceió, o desconhecimento sobre a quem compete às ações da política; entre os usuários a curiosidade, a autoprojeção que o cartaz pode fazer em pessoas negras que veem seu próprio rosto refletido naquele instrumento de combate ao racismo. Certa vez Coreopsis (Grupo C), me disse, *eu me vejo no cartaz, eles me dizem para eu sentar e esperar em silêncio*. Sim, há um desconhecimento a respeito da PNSIPN nos espaços de interlocução frequentados, com exceção dos espaços universitários (o que não significa dizer que em todos os outros espaços universitários e até nestes mesmos haja uma ciência em massa dos termos da política) e dos movimentos sociais. A questão é: como se pode promover

o combate ao racismo institucional dentro das instituições de saúde, se não falamos sobre isso, porque sequer sabemos o que é isso?

Ao tocar no assunto e fazer perguntas como “então, gostaria que você me falasse de seu percurso profissional”, ou ainda “A minha pesquisa se relaciona com a saúde da população negra” não foi incomum observar olhos assustados e até curiosos diante do tema. Esta é a reação dos estagiários de enfermagem ao mencionar que estudo a PNSIPN, quando dizem “*Não, não conhecemos não*” e Lírio (grupo B) acrescenta “*isso é bem a cara de antropólogo mesmo, estudar essas coisas*”. O fato de ser a cara de antropólogo estudar “essas coisas” reverbera como os estudantes enxergam a questão da saúde da população negra.

Em primeiro lugar, é preciso explicar quem são esses acadêmicos, são enfermeiros do último ano da graduação, que, não obstante isso expressam claramente que não conhecem o assunto, muito embora estejam “quase formados”. Em segundo lugar o diálogo soa como que uma separação daquilo que compete ao profissional da saúde ou não, o assunto referente ao racismo e todos os seus desdobramentos, seria próprio da análise social antropológica. Nesse instante, eu fiz o esforço de me colocar no lugar desses estudantes e me perguntar o que eu responderia se estivesse na mesma posição que eles, se em algum momento da época de graduação eu não tivesse ouvido falar sobre o assunto, e concluí que eu provavelmente responderia algo parecido. E porque responderia? Porque parece muito lógico que as pessoas são todas iguais perante o SUS e que não há discriminação na assistência, sendo ilógico pensar que algum profissional da saúde que seja ético, iria ser racista.

Coreopsis, cujo pseudônimo roubei de uma flor, é um homem negro, profissional da saúde, que me disse em entrevista que essa era uma questão de *humanização e ética*, que aquele profissional humanizado e ético não cometeria racismo institucional. A necessidade de humanização da assistência, muito difundida após o lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH) – humanizaSUS pelo Ministério da Saúde no ano de 2003, com a finalidade de provocar mudanças na forma de cuidar das pessoas e melhorar a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários no SUS foi assim pensada para

Construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si” (BRASIL, 2013, pg. 07).

Considerando que existem forças atuantes nas relações entre gestores e profissionais e profissionais e usuários, onde o gestor possui o poder frente ao usuário e o profissional, e este último frente ao usuário, através do seu conhecimento e do serviço que pode ofertar, a proposta é que todos se esforcem coletivamente para que o cuidado em saúde seja eficaz e atenda as diferentes necessidades. Porém, vale enfatizar que, sendo o racismo algo anterior à formação profissional, como uma forma de percepção do outro que o indivíduo pode desenvolver ainda na infância, arrisco dizer que o fato de alguém ser “humanizado e ético” não o faz um indivíduo não racista, mas, antes o faz, um indivíduo treinado para não sê-lo ou para não parecer sê-lo. Talvez por isso, a frase “isso é bem a cara de antropólogo” indica que essa não é uma política pública comum, e parece não ser, pois trata de um problema que é anterior à formação acadêmica. Para pensá-la é preciso compreender a raiz ontológica do racismo, coisa pouco explorada na maioria dos cursos da saúde.

Certa vez, Camélia (grupo B), uma assistente social muito simpática com quem tive boas conversas, se referiu ao tema geral da saúde da população negra dizendo “*é, eles têm muito mais pressão arterial e diabetes né? E tem também anemia falciforme*”. O que chama atenção na fala de Camélia é que ela se reporta ao outro, através do pronome “eles” para designar “aquele grupo ao qual eu não pertencço” e que é mais doente de hipertensão, ou aquele grupo no qual pensamos primeiro quando nos referimos a anemia falciforme (AF). No campo da saúde pública, a ênfase na anemia falciforme como doença étnico-racial apoia-se em três aspectos relacionados a essa patologia que caracterizariam uma maior suscetibilidade da população negra e parda: origem geográfica, etiologia genética e as estatísticas de prevalência. (LAGUARDIA, 2006, p. 247)

Refletindo sobre a associação da AF como uma “doença negra” ou um “mal exclusivo” dos negros, lembro-me da fala de Zí (grupo B), ao perguntá-la se existem medicações específicas para a população negra na farmácia da UBS. Ela me responde que não, ressaltando o caráter de farmácia pequena por tratar-se de uma UBS e não de uma USF e acrescenta “*essas medicações mais especializadas você*

poderá obter informações com a farmacêutica, pois aqui temos apenas as medicações mais gerais dos programas, como diabetes e hipertensão, mas pra ‘anemia’ só vamos ter mesmo o sulfato ferroso”. Obviamente meu interesse ao perguntar não era obter uma lista de remédios, mas observar o que as pessoas dizem quando questionadas a respeito de uma “especificidade” que não faz parte dos programas de conhecimento geral, como a saúde da mulher, do idoso, da criança ou a saúde mental.

A anemia falciforme é uma doença de significado social marcante, e recebe em sua base empírica o título de “doença de negro”. É uma moléstia que traz sérios agravos a saúde da pessoa que com ela convive, e em Maceió seu centro de referência é o HEMOAL. Foi a partir dos estudos sobre as bases genéticas da AF em 1949 de Linus Pauling, publicado na revista *Science* onde foi publicado o resultado da análise de sangue de portadores da doença falciforme, na qual constataram, mediante eletroforese, que a hemoglobina desses pacientes migrava mais lenta do que a do adulto normal e concluíram que a diferença se devia a uma alteração dessa molécula, o que resultou no título do trabalho “Anemia falciforme, uma doença molecular” (ROCHA, 2004). A partir desse “achado” de Pauling, outras descobertas no campo biológico foram aparecendo, até a definição dos efeitos sistêmicos⁶ que se desenvolviam no corpo do doente. A AF aparece em quase todos os relatos do campo, sobre seus efeitos na vida da pessoa que com ela convive, segue a fala de alguém que a conhece de perto.

Passei por diversas situações referentes à doença falciforme, situações essas clínicas, tipo, oito cirurgias: a primeira foi um AVC que eu tive com quatorze anos de idade, que esse AVC eu tive quarenta e cinco dias, hospitalizado, fiquei em coma na UTI e aí precisei fazer uma cirurgia de cabeça; depois complicações da própria doença eu tive problemas de baço, vesícula que também foram resolvidas com cirurgia, problemas de intestino também resolvida com cirurgia e as últimas eu comecei a apresentar mais um agravo da doença que foi as necroses assépticas, e aí hoje eu tenho prótese na cabeça do fêmur esquerda e a direita eu fiz um outro tratamento com célula tronco que não foi aqui em Alagoas, foi na Bahia. E aí, nesse decorrer de história eu comecei a buscar maiores informações sobre a doença falciforme, primeiro claro por causa dos meus pais que me deram esse pontapé, mostrando que é uma doença, mas que não é o fim. É uma coisa que eu preciso entender a cada dia mais pra eu ter uma melhor qualidade de vida, minha mãe,

⁶Nos sistemas do corpo humano.

estuda muito e gosta de ler muito sobre a doença e assim eu continuei (Coreopsis/ grupo C).

A PNSIPN é também, por assim dizer, um desdobramento do Programa de Anemia Falciforme, que no Brasil, inaugurou o subcampo da saúde da população negra. Quanto às complicações sistêmicas expressas na fala de Coreopsis, elas são de conhecimento médico-científico, muito embora, este conhecimento não pareça suficiente para tornar visível no âmbito institucional os direitos da pessoa negra e nem a própria PNSIPN. Vemos nessa fala, retirada da entrevista que aconteceu na biblioteca da UFAL, o relato de alguém que precisou se empoderar de conhecimento sobre o assunto para melhorar sua qualidade de vida, e que a partir desse conhecimento, começa a transmitir também para outros a necessidade de se falar sobre Anemia falciforme para além das suas bases genéticas, mas, o que ela representa no cotidiano de quem convive com a doença e que precisou migrar para outro Estado para conseguir realizar um tratamento que Alagoas não ofertava.

Nessa mesma tarde de entrevista eu o perguntei se ele mesmo já havia sofrido racismo institucional, ele respondeu que muito na infância, na escola, porque os professores não entendiam bem a doença, e acrescentou que o racismo institucional se manifestava muito nos momentos da dor que a doença causava.

Hoje, infelizmente apesar de o SUS ser universal as pessoas que trabalham não têm essa consciência, aí infelizmente quando o doente falciforme vai a busca do seu tratamento existe essa diferenciação e esse preconceito. Enfim, o acesso para aquele que é negro e que é pobre é muito mais difícil. Quando o doente falciforme busca o atendimento no lugar de referência eu estou no céu, as pessoas sabem o que é a doença, entendem que eu vim do interior muitas vezes chacoalhando em um carro morrendo de dor. Fora isso, preciso do HGE, e quando chego lá sentindo a dor perguntam: veio de onde? Vim do município X, já fez a ficha? Trouxe o cartão SUS? Fizeram o que lá? Mandaram por quê? O doente falciforme ele precisa demais de remédio para dor e que medicamento é esse, é um tramal, uma morfina, são medicamentos que estão em outro patamar e aí, o cara chega em uma unidade de saúde e ele precisa ir semanalmente lá por causa da dor e quando chega lá ele já chega: Dr. Não quero dipirona não, eu preciso da morfina, e ele escuta: chegou o viciado de novo. A gente tem algumas situações onde unidades de saúde tem documentos junto aos conselhos de classe se negando a atender fulano ou sicrano.

A dor na pessoa com AF é muito significativa e subjetiva, e sua causa sistêmica resultado segundo Lobo (2007, p 247) da “obstrução da microcirculação causada pelo afoiçamento das hemácias”. Lobo ressalta ainda que muitos pacientes,

embora sintam dor severa, mantêm atividades que parecem incompatíveis com a imagem esperada do paciente com dor intensa, como assistir televisão ou falar ao telefone. Isso, frequentemente é percebido como um exagero na dor que é informada. Entretanto, o exercício dessas atividades representa um mecanismo de distração adotado com a finalidade de suportar melhor essa condição que acompanha o paciente ao longo de sua vida.

O que a fala de meu interlocutor expressa é o desconhecimento desse fator referente às crises de dor, ele reclama do profissional de saúde que desconfia da intensidade de sua dor, se levamos em consideração que uma pessoa com AF não irá apenas uma ou duas vezes ao serviço de saúde, mas em muitas ocasiões, a desconfiança em relação a intensidade de sua dor pode acabar por tornar mais desconcertante e conflituosa sua procura por ajuda médica. *Apesar de o SUS ser universal*, acrescenta ele, existe esse preconceito, a discriminação e o preconceito racial é aqui, verbalizado como algo que se sente no momento em que o usuário negro e com diagnóstico de AF procura ajuda e é olhado com desconfiança.

Dessa forma, ao passo que no que se refere a PNSIPN, foi comum na pesquisa, a justificativa de que o profissional da saúde deve tratar todos iguais, uma vez que o SUS é um sistema universal e os seres humanos são iguais independente de sua cor ou raça, porém, se a dor na doença falciforme se apresenta de forma e intensidade variada a partir da subjetividade de quem a sente, o profissional de saúde não poderia “tratar todo mundo igual” como se ela fosse também uma dor universal.

A PNSIPN tem o princípio da equidade como um forte aliado para justificar sua existência, de forma a relativizar as demandas particulares do indivíduo, oferecendo uma assistência que se adeque as necessidades de cada usuário e da coletividade na qual ele está inserido, mas a questão da saúde da população negra não está apenas na falta de verbalização na pesquisa sobre a existência do princípio da equidade em detrimento do de igualdade, mas no que a fala dessa pretensa igualdade significa quando se dirige à saúde “deles”, eles que são negros e são diferentes de mim, mas que eu afirmo ser iguais a mim. Penso nisso quando releio a frase *eles têm mais hipertensão, não é? Dita* por uma profissional da saúde e ao passo que releio a fala de Cravina, uma senhora negra, de 70 anos, atuante no movimento negro, quando ao falar de sua história de vida comenta a respeito de sua saúde: *nós que somos negros, temos mais pressão alta*. O “nós” nesse caso,

representa pertencimento, se refere “aquele que é igual a mim”, tem a minha cor, um ancestral comum que nos faz ter características biológicas semelhantes e que nos aproxima, em certa medida, nos tornando iguais.

Agora, quanto a fragilidade com que os profissionais de saúde lidam com a questão da saúde da população negra, Azaléa (grupo B) oferece um tanto espontaneamente sua explicação para a falta de manejo das diretrizes específicas de atendimento a pessoa negra na unidade. *É que aqui em Maceió, tem os treinamentos, mas é só lá na secretaria, e não chega aqui pra nós não. Além do mais, aqui não somos PSF, então não tem educação em saúde.* O fato de “não ser PSF” parece significar o deslocamento com outras “obrigações profissionais” que se julga ter dentro da UBS, e é uma fala bastante proferida no contexto da pesquisa. Outra referência pode ser feita à ação que a SESAU desenvolve no momento em que cria um Comitê Técnico específico para assuntos referentes à saúde da população negra, mas que no momento se expressa na fala “*não chega aqui pra nós*” como que uma desconexão do trabalho em rede que o SUS deve desenvolver de acordo com suas diretrizes. A interpretação que fiz ao ouvir essa fala pela primeira vez foi que a “política que me instrumentaliza para cuidar desse outro que é diferenciado por ser negro não chegou ao meu conhecimento porque o órgão competente não me repassou”. Trata-se da noção de que o saber fazer depende de o saber aprender, ambos os papéis possuem atores muito bem definidos: o governo através das educações continuadas ensina, o profissional aprende e repassa e se não repassa é porque não foi ensinado, numa relação de retroalimentação. Mas é preciso considerar aqueles que mesmo “orientados” não praticam os “ensinamentos”.

Outra coisa a se considerar é o contexto urbano no qual a UBS se situa, não sendo uma unidade de assistência à população quilombola. A preocupação em disseminar e esmiuçar os princípios e diretrizes da PNSIPN, além de desconhecidos, seriam desnecessários. O fato é que considerando que tal política pública foi lançada para efetivação no sistema de saúde no ano de 2009, no contexto do campo ela permanece desconhecida, em contraste com o atual momento alagoano de criação não só de um Comitê Técnico de Saúde da População Negra como de uma Política Estadual voltada para esse público. Esse momento é ainda mais interessante, pois demonstra a análise de uma estratégia que está em processo de implementação. O último ponto que quero destacar é que se comparada a políticas

recentes como a de saúde do homem e também de difícil efetividade, a PNSIPN parece passar por um processo mais geral de invisibilidade.

Cada fala ou discurso produzido é feito a partir de um lugar que aqui podemos dividir em três. O primeiro é o lugar do usuário, o segundo do profissional da saúde e o terceiro do militante da causa negra. O primeiro é feito a partir do lugar de alguém que deixou coisas em casa para fazer e foi esperar, geralmente muitas horas, a depender do seu horário de chegada, que aguarda que haja resolutividade para sua demanda. Às vezes se encontra ansioso, abatido ou preocupado com as respostas que pode encontrar após o atendimento. Estas pessoas costumam ser mais acessíveis a conversa e ter menos cuidado com o que fala, porque não estão sob pressão para dar uma resposta que justifique sua atuação enquanto profissional. As falas, então, costumam não ter muitas cerimônias e expressam sua opinião sobre a questão com mais naturalidade, porém, também aqui há uma tentativa de se defender, e de se esforçar por não parecer racista e nem preconceituoso. Seria um erro de análise, supor que todos os usuários desconhecem a política e que todos desconhecem a existência de alguma doença considerada prevalente em pessoas negras, pois, lembro-me de ouvir a seguinte fala, *a política eu não conheço, mas sei que tem doenças que negros têm mais*, era uma senhora, técnica de enfermagem, cujo ex-marido era negro (*Rosa – grupo A*) e que procurava atendimento aquele dia.

No segundo grupo, estão os profissionais de saúde. Para estes, as respostas foram bem mais inquietantes, em primeiro lugar pelo desconforto de admitir não saber sobre o assunto e em segundo lugar pela responsabilidade de ter que emitir uma fala que não o traia enquanto profissional. O lugar de fala aqui é de alguém que julga ter a responsabilidade de verbalizar com coerência sobre qualquer assunto. A respeito do desconhecimento da política a estratégia discursiva imediata é reportar aos órgãos de governo a responsabilidade por disseminar a informação, na tentativa de eximir-se de alguma culpa que este profissional julga ter ao admitir não conhecer sobre. Nesse grupo da rede, os suspiros, a pausa para pensar, o desconcerto, o desconforto momentâneo com a minha presença enquanto alguém que veio bagunçar um pouco sua própria interpretação da assistência foram bem mais presentes que nos outros grupos.

O terceiro grupo da rede é composto por pessoas que faziam questão de falar sobre, que conhecem a política, a defendem, e que demonstram mais empatia com a minha presença. Mas ainda aqui há uma estratégia de discurso, no sentido de usar

sua fala para promover algo que julga importante. Em alguns casos, sua fala se concentra em demonstrar como tem trabalhado para a promoção da saúde da população negra e combate ao racismo e quais as fragilidades nesse aspecto em Maceió.

Por isso, o discurso produzido pelos diferentes interlocutores expressa sentidos sobre determinado objeto de estudo a partir do seu lugar de fala. Para Foucault, o discurso é uma realidade material, a realidade de uma coisa escrita ou falada (FOUCAULT, 2012, p. 8) no ato de sua locução e para cumprir o propósito a qual se destina. Todo o discurso possui regras e é alimentado pelo desejo de produzir verdades. Em Foucault a linguagem torna-se um conceito filosófico importante na medida em que, a partir do pensamento moderno, passa a considerá-la como elemento estruturador da relação do homem com o real (AZEVEDO, 2013). A articulação do que dizemos, pensamos e fazemos expressa a linguagem. Posso então, pensar que um negro é alguém diferente de mim, situando-o como aquele outro, por cujo universo eu não círculo, emitir a fala de que eu e ele somos iguais e agir de uma forma ou de outra, a depender do momento e do estímulo.

Sendo assim, o interlocutor ao expressar a frase “somos todos iguais” pode estar pensando diferente e falando exatamente o contrário do que pensa, ou seja, o que ele acha que se espera que ele fale. O discurso produzido pode ser controlado, selecionado e organizado a partir do fim a que ele se destina (FOUCAULT, 2012, p. 8), por isso ao passo que na rede de relações o grupo C seleciona e organiza sua fala a partir de uma intenção de ganho de espaço e defesa de direitos, pois, o discurso não é apenas aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar (FOUCAULT, 2012, p. 10). Os grupos A e B selecionam e organizam suas falas a partir de seus lugares de conhecimento respectivamente o dos que são impactados pela pergunta (grupo A) e dos que deveriam saber a resposta (grupo B). O ponto de intersecção nos discursos emitidos por todos os grupos da rede é que é necessário controlar o seu pensamento para que ao dizer sua opinião sobre o assunto seja claro no tocante ao afirmar que ser racista é feio. Um fato a se considerar é que, enquanto todos os entrevistados admitiram que o racismo é algo ruim e que o país é racista, configurando um prejuízo para a população negra, nenhum deles admitiu ser ou ter sido racista.

Se a PNSIPN segue conhecida no Brasil, em Maceió, no serviço de saúde, este é um assunto cercado de dúvidas e passa por adequação. E uma política pública, uma vez desconhecida, não é capaz de cumprir o objetivo a qual se propõe o de reconhecer e afirmar as reivindicações de determinado grupo. Não é possível sequer que sejam produzidos discursos, que tendo sido fruto da própria PNSIPN, sejam validados como verdade, mesmo que divulgados por um órgão que organiza e descreve o que é prioridade em saúde e o que não é como o Ministério da Saúde.

Ao passo que o poder de fiscalizar e assegurar a assistência à saúde do brasileiro é segundo nossa constituição um “dever do Estado e direito de todos” e tendo o Estado e seu órgãos representativos o poder de dar ênfase a determinada questão e de normatizar o cuidado em saúde, e se apesar da publicação textual da PNSIPN e do incentivo de divulgação nas mídias digitais ela permanece na invisibilidade na capital alagoana, é porque a descentralização das ações de saúde no tocante ao assunto não está sendo tão incisiva assim, ou, por outro lado, as ações de disseminação da informação por parte de quem tem poder de fala, nesse caso, o ministério da saúde, não são absorvidas pelos agentes que devem fazer com que os direitos da população negra sejam conhecidos, porque esses mesmos agentes têm suas convicções individuais, que estão embasadas na convicção coletiva da imagem que se criou sobre a pessoa negra no Brasil.

Por isso, a invisibilidade está também presente na política e não apenas no cartaz, ela está presente na pessoa negra e em suas necessidades que não são reconhecidas pelos demais porque existe uma desarticulação entre o que se fala e o que se pensa. Essa desarticulação está impressa nas diversas interpretações do princípio de igualdade, uma vez que somos todos iguais, e temos a mesma matéria biológica e as mesmas possibilidades humanas, porque deveríamos investir tempo em uma política de saúde para negros se eles são iguais a nós? Não estaríamos nós sendo preconceituosos ao admitir a existência de tal política? Não estaríamos inferiorizando ainda mais a pessoa negra?

Esses foram alguns dos questionamentos que ouvi em campo, fruto do esquecimento não por acaso, da existência de outro princípio do SUS que é o de equidade. Na prática, o princípio de equidade, não costumou ser lembrado na fala dos interlocutores, se não é lembrado pelos usuários da UBS é porque os princípios doutrinários do SUS costumam ser matéria muito específica do campo da saúde, algo reservado a formação acadêmica, cuja necessidade de divulgação aos usuários

“leigos” não costuma ser encorajada, por outro lado, aqueles que fazem parte do grupo dos que estudam saúde, embora possa ter tido acesso a essa parte da legislação do sistema de saúde, desenvolvem, penso eu, um mecanismo de seleção daquilo que lhe parece mais lógico quanto ao funcionamento do serviço.

Essa tendência a supervalorizar um princípio em detrimento do outro, implica em um descompasso no atendimento, uma vez que sendo a equidade fundamental para as ações de saúde da população negra, o esquecimento desse princípio compromete não só o direito à saúde enuncia a PNSIPN e que ela visa garantir, mas interfere na percepção individual daquele que o Ministério da Saúde aponta como principal responsável pela assistência em saúde, o profissional, pois na lógica da política pública é ele o responsável por fazer valer os direitos da pessoa negra.

Porém, é necessário ressaltar outro ponto, se no contexto do SUS e da PNSIPN a participação da comunidade é primordial para que a assistência seja eficaz e livre de preconceitos, e cabe ao trabalhador da saúde compartilhar o conhecimento que promoverá a participação comunitária, este trabalhador recebe uma espécie de culpa dupla pelo provável insucesso na promoção da saúde da população negra no campo, isto é, no entanto uma culpa injusta que ofusca o real motivo do conflito que a questão da saúde da população negra parece fomentar.

Vale ressaltar que na pesquisa de campo, não se apresentou um contexto de profissionais de saúde brancos que prestam cuidados a usuários negros, mas, também trabalhadores negros que atendem brancos e negros, e que estão ocupando dois lugares, o primeiro de ser negro e o segundo de ser profissional, um, no entanto, não exclui o outro, esses profissionais negros da pesquisa (Zí, Acácia, Cravina, Coreopsis), ao falar sobre a saúde da população negra, não usaram o pronome “eles” em sua fala, mas “nós”, bem como também ao entrevistar o estudante da área da saúde que procurava atendimento na UBS (Cravo – grupo A) jovem negro de 31 anos, ao afirmar seu desconhecimento sobre uma política de saúde para pessoas negras, verbalizou: *acho necessário falar sobre o racismo nas unidades sim, seja a pessoa parda como você ou negra como eu, somos todos iguais. Essa fala é dita em um contexto muito pessoal de alguém que se sente afetado pelo racismo e que deseja que ele finde, mas do ponto de vista de alguém que está concluindo uma graduação na área de saúde, ainda aqui, não houve uma menção ao princípio da equidade.*

Mas, não só na palavra é possível reconhecer que há uma invisibilidade que circunda a saúde da população negra. Também no silêncio é possível percebê-la. Ao tentar entrevistar médicos, não tive êxito com nenhum deles. Estavam sempre muito ocupados e cercados de demandas e este assunto parecia não os interessar. Certa vez, em tentativa de entrevista, um médico me disse a seguinte frase: *eu não gosto de pesquisas de mestrado, nem de entrevistas* (Anis – grupo B). Ele o fez sorrindo, foi gentil, mas curto e rápido. Nesse caso, o silêncio, e a recusa vão para além de uma exaustiva demanda de pacientes. Eles se expressam nas relações de poder dentro do serviço de saúde, daqueles que por possuírem todo o conhecimento e, por conseguinte, toda a verdade sobre a terapêutica, não precisam exercitar diálogo com profissionais de outra área.

Nesse caso, nem da saúde era, afinal, o que saberia uma mestrandia em antropologia sobre sua prática e sua imensa fila de pacientes? Com isto não quero dizer que todos os profissionais de medicina sejam partidários do mesmo comportamento, mas, no caso específico do campo, a sensação de não ter interesse em falar sobre o assunto me comunicou mais do que se tivessem dito algo a respeito. Não significa que os profissionais de saúde que não conhecem a política sejam pessoas e trabalhadores ruins, ou que sejam todos racistas despreocupados com a causa negra. Na verdade, eles são o fruto do que se passa no imaginário social, eles não reconhecem a diferença, embora saibam que existe.

A PNSIPN cumpre a função de pretender regular comportamentos, à medida que trata da vida da pessoa negra, de suas necessidades “específicas”, de seu lugar social. Mas, trata também da vida do trabalhador de saúde, de seu comportamento humano e profissional e de uma pretensa mudança de mentalidade e hábito no cotidiano das instituições de saúde.

4.1 O papel do Estado: pensando o biopoder

Na sessão anterior me dediquei a pensar a própria PNSIPN e sua invisibilidade dentro do trabalho de campo. Foi dito que ela visa impactar não só a saúde da pessoa negra, que a partir de sua existência (da PNSIPN) poderá ser mais bem atendido no momento da procura do serviço. Essa lei apoia-se em dados de estudos que a própria política lança mão em sua redação no momento de proceder a sua justificativa, tais informações eu apresentei também aqui de forma resumida ao

longo dos primeiros capítulos do texto. Esses dados são interpretados na política como embasamento para a conclusão de que a população negra, através de processos sociais injustos, tem sua qualidade de vida e saúde prejudicadas; a pobreza propicia doenças infecciosas e parasitárias; o racismo desenvolve processos psicológicos que abalam a saúde mental, partos dificultosos, incidência da hipertensão arterial e anemia falciforme, identificadas por alguns dos interlocutores como “doenças de negro” e por último, entre uma infinidade de fatores, a violência fruto do preconceito e dos processos injustos de organização da sociedade brasileira, que reflete diretamente na sociedade maceioense.

O objetivo da PNSIPN e dos grupos que batalharam por sua criação é de evitar que a pessoa negra morra. Afirmo isto, pois, uma qualidade de vida inadequada pode favorecer o advento da morte prematura ou desassistida por inúmeras razões, seja por ocasião do agravo de doenças que se reforçam na falta de atendimento dentro do SUS, tal prestação de cuidado pode ser abalada pela quebra na construção de vínculo entre usuário e unidade de saúde (hospitalar, ambulatorial ou UBS) que o racismo promove, ou ainda pela exposição a violência por local de habitação inóspito, por preconceito racial, pelas condições precárias de trabalho ou falta dele, ou por quaisquer outros dos determinantes sociais da saúde. O fato é que se todos esses agravos propiciam a morte da pessoa negra, a PNSIPN, visa eliminá-los para evitar que ela ocorra ou quando não se pode evitá-la para que seja garantida a dignidade da pessoa e o direito ao tratamento adequado. É nesse contexto, de “fazer viver” que se insere a política pública. Os conceitos de “fazer viver” e “deixar morrer” são oriundos da análise foucaultiana de como o poder pode interferir em um dos dois processos a partir da justificativa de fazê-lo pensando no bem comum.

No seu discurso, *A vontade do saber*, contido no livro História da sexualidade I, publicado em 1978, Michel Foucault (1988) discorre sobre o direito sobre a morte e poder sobre a vida. Ele faz menção ao poder soberano e como oriundo da noção familiar do pai enquanto aquele que detém o direito sobre filhos e escravos podia lhes retirar a vida, já que lhe havia dado. O autor uma vez tendo apresentado como o direito à vida e a morte é atenuado a partir desse poder, avança em sua análise e vai aos poucos se afastando da noção de poder soberano para se aproximar de um novo poder, o de possuir o direito de “causar a morte ou deixar viver” (FOUCAULT, 1988, p.129), a partir do “bem comum”, como exemplo do que acontecia nas guerras

do século XVIII e no episódio do holocausto judeu, “populações inteiras são levadas à destruição mútua em nome da necessidade de viver” (FOUCAULT, 1988, p.133), uma nova configuração de poder emerge, o poder político, que sob a função de gerir as vidas, controla o conjunto de pessoas a partir de um ideal, difundido como comum, o de que uns morram, para outros viverem.

Foucault avança um pouco em sua explicação sobre a mudança na configuração do poder e insere o conceito de bio-poder, ou poder sobre a vida, aquele que tendo uma vez ditado quem vive e quem morre agora se concentra não apenas em “deixar viver”, mas em “fazer viver”. A partir de um discurso-verdade produzido no plano do conhecimento médico/biológico, o poder passa a ocupar-se do controle dos corpos através de um discurso centrado no fazer viver a partir do investimento no conhecimento e na promoção e no suporte dos processos biológicos, que o autor descreve como o âmbito do nível de saúde: “a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma bio-política da população” (FOUCAULT, 1988, p.131). O biopoder é o poder que investe na vida e que, segundo Foucault visa a “produzir forças, fazê-las crescer e ordená-las, mais do que barrá-las, dobrá-las ou destruí-las. [...] um poder que gere a vida e se ordena em função de seus reclamos”. Como diz Foucault (1988, p.151), “agora é sobre a vida e ao longo de todo o seu desenrolar que o poder estabelece seus pontos de fixação”.

O termo "biopolítica" designa a maneira pela qual o poder tende a se transformar, entre o fim do século XVIII e o começo do século XIX, a fim de governar não somente os indivíduos por meio de um certo número de procedimentos disciplinares, mas o conjunto dos viventes constituídos em população: a biopolítica - por meio dos biopoderes locais – se ocupará, portanto, da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade etc., na medida em que elas se tornaram preocupações políticas.

A biopolítica representa uma “grande medicina social” que se aplica à população a fim de governar a vida: a vida faz, portanto, parte do campo do poder. Não se trata mais de redomesticar e de vigiar os corpos dos indivíduos, mas de gerir as “populações”, instituindo verdadeiros programas de administração da saúde, da higiene etc. (REVEL, 2005, p. 26).

A norma corresponde à aparição de um bio-poder, isto é, de um poder sobre a vida e das formas de governamentalidade que a ela estão ligadas: o modelo jurídico da sociedade, elaborado entre os séculos XVII e XVIII, sucumbe a um modelo médico, em sentido amplo, e assiste-se ao nascimento de uma verdadeira "medicina social" que se ocupa de campos de intervenção que vão bem além do doente e da doença. O estabelecimento de um aparelho de medicalização coletiva que gere as "populações" por meio da instituição de mecanismo de administração médica, de controle da saúde, da demografia, da higiene ou da alimentação, permite aplicar à sociedade toda uma distinção permanente entre o normal e o patológico e impor um sistema de normalização dos comportamentos e das existências, dos trabalhos e dos afetos: Por pensamento medicalizado, eu entendo uma maneira de perceber as coisas que se organiza em torno da norma (FOUCAULT, 1977, p. 65).

A partir da complexidade conferida por Foucault, em especial às discussões sobre poder e governo, outros planos de observação são apontados como possibilidades de interpretação das políticas públicas, não só na sua concepção e constituição, mas também em seu funcionamento e em seu papel de construção de "mundos da política pública". Configura-se, no caso, uma espécie de *analítica do poder*, para usar um termo do próprio Foucault, para a análise das políticas públicas (PORTO, 2014, p. 361). Nesse sentido, revelar tal ordem significaria descrever as regras instituídas, os efeitos das mesmas sobre o comportamento dos indivíduos, os potenciais limitadores e organizadores das convenções, as técnicas e os instrumentos de governo e controle que assumem posição central nessa forma de perceber o poder. Assim, Foucault confere também certo destaque aos instrumentos que remontariam ao que ele denomina como "*uma ordem do governo*" (DREYFUS; RABINOW, 2010, p. 288).

Em seu artigo onde fala a respeito de uma antropologia das políticas públicas, Porto (2014) argumenta que para Foucault, a expressão do poder, em termos das práticas cotidianas e do funcionamento dos dispositivos organizadores das relações, é produtora de "sentidos de verdade". A normalização de uma determinada prática (e poderíamos aqui pensar em práticas político-administrativas no âmbito da concepção e gestão de políticas públicas) induz a formação de crenças através da estruturação de discursos que se estabelecem em processos de disputa pela verdade.

Foucault se pergunta, com preocupação a tais discursos e sua relação com a dimensão do poder, "*qual é esse tipo de poder capaz de produzir discursos de verdade que são, numa sociedade como a nossa, dotados de efeitos tão potentes?*"

(FOUCAULT, 2010, p. 22). No caso, o discurso não seria apenas um veículo pelo qual são retratados os fatos, mas, sobretudo um objeto de disputa política, algo que os grupos desejam se apropriar para colocar em operação determinada visão de mundo coadunada a determinadas práticas ordenadoras das relações entre os indivíduos e grupos sociais.

Paul Rabinow e Nicolas Rose (2006) vão tratar dos conceitos de biopolítica e de biopoder, desenvolvido por Foucault, mas atualizando o debate e trazendo-o para a configuração social atual. Ao analisarem biopoder os autores referem os tópicos de sua pesquisa atual, enfocando três sessões que nos parecem condensar algumas das linhas biopolíticas da força ativa hoje: raça, reprodução e medicina genômica. Esses teóricos auxiliam a situar o contexto antropológico das pesquisas em políticas públicas. Tais conceitos podem ser aplicados em outras áreas que são correlatas a PNSIPN, como mencionado, a reprodução e a genética, sobretudo quando se estuda Anemia Falciforme e um discurso sobre a pessoa negra através da presença falciforme (DINIZ, 2007).

Para Foucault (2010) o exercício do biopoder depende do estabelecimento das normas, essas “regras” forjam as ações dos indivíduos sociais. A norma na lógica foucaultiana “é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar.” (FOUCAULT, 2010, p. 302). No discurso que intitulou “Em defesa da sociedade” o autor denuncia os mecanismos da biopolítica (a política da vida), usando o exemplo da guerra. Foucault demonstra como a separação entre raças justifica quem vive e quem morre em determinada sociedade. O domínio do biopoder adentra de forma tão eficaz, sobretudo, através da norma no cotidiano da população que se consegue justificar os motivos pelos quais se vive e se morre, o que se dá através de um discurso de proteção da sociedade e da vida. Isto nos permite refletir acerca das formas através das quais a vida é valorada, aquela que mais vale e que precisa ser preservada e aquela que nada significa perante os interesses de se manter a “ordem social”. Todas as ações de domínio do biopoder se estabelecem através de discursos sutis de defesa e proteção da sociedade.

O racismo, responsável pelo discernimento sobre qual corpo, (ou vida) deverá ser preservada ou sacrificada é nessa obra uma categoria através da qual o governo justificava seus mecanismos de guerra. Naquele caso, o racismo definia quem merecia morrer, agora a PNSIPN parece ser uma política governamental de

preservação da vida. A necessidade de “preservar” ou promover a saúde (vida) da população negra pode ser lida como a reiteração de uma fragilidade social cujas bases se apoiam no preconceito por cor\raça. Se em vários momentos do passado foi a partir da raça que se elegeu quem morre, é a partir dela que se cria uma política para valoração e promoção de uma saúde “integral”⁷ da população negra.

Rabinow e Rose (2006, p.23) avançam um pouco mais e asseguram que “toda a política contemporânea é biopolítica, pois é uma forma de poder que regula a vida social”. No contexto da saúde, a linguagem médica também é poder, o poder aqui é conferido, não a uma pessoa, mas a uma linguagem, um discurso-verdade. A medicina é talvez o lugar mais antigo onde se pode observar o jogo de verdade, do poder e da ética em relação ao sujeito, e às possibilidades de uma vida boa, ou como os gregos teriam dito, uma vida florescente. (RABINOW e ROSE, p. 32). O discurso médico/biológico tem a característica de dar ao Estado respaldo para interferir nas relações sociais, a partir de um conhecimento que favorece o “bem comum”, essa “verdade” é usada pelo governo para gerir a população. Anteriormente citei que ao falar do poder soberano Foucault se desloca da primeira autoridade onde o poder era expresso, a saber, autoridade familiar, até chegar nessa nova configuração de poder político.

Outro autor, Jacques Donzelot, no livro “A polícia das famílias” (1980) no capítulo sobre o governo através das famílias corrobora esse poder familiar, onde o chefe da casa (homem, pai, patrão) era encarado como autoridade soberana sobre os outros membros. O antigo governo das famílias segue em transição e cede lugar a um governo através das famílias, no qual um “Estado organizador da felicidade dos cidadãos, dispensando assistência, trabalho, educação e saúde a todos” (DONZELOT, 1980, p.47) exerce o múnus de controlar o comportamento coletivo. Nesta perspectiva, o Estado intervém na vida da população, através das estratégias médico-higienistas, quando se pretende lutar contra os riscos de uma destruição da sociedade através do enfraquecimento físico e moral da população.

Para, além disto, é preciso pensar na própria PNSIPN como um mecanismo de normatização de direitos e deveres, no qual a pessoa negra passa a ter direitos oficiais no serviço de saúde e o trabalhador uma carga de deveres nova, e

⁷No sentido da definição de saúde da OMS como um “completo estado de bem-estar social”, integral, pois visa não apenas o corpo, mas a alma e as necessidades sociais da pessoa negra.

fundamentalmente, o dever de não ser racista. Tal formulação é possível quando pensamos nas biopolíticas atuais. Destarte, Rose e Rabinow (2006) inferem que agora é necessário ter uma descrição mais sofisticada de poder, na configuração do biopoder contemporâneo, o “fazer viver” tem sido central.

O Corpo negro e nele inscrita a cor, produz identidade, e esta está centrada em uma informação biológica que é naturalizada (M'CHAREK, 2010), dando a este corpo um caráter de fragilidade biológica, uma vez que se parece mais suscetível ao desenvolvimento de algumas doenças, essa fragilidade se traduz social, porque interfere diretamente nas relações humanas. Esses dados são interpretados na política como embasamento para a conclusão de que a população negra, através de processos sociais injustos, tem sua qualidade de vida e saúde prejudicadas; a pobreza propicia doenças infecciosas e parasitárias; o racismo desenvolve processos psicológicos que abalam a saúde mental, partos dificultosos, incidência da hipertensão arterial, entre outros.

Como diz Foucault (1988, p.151), “agora é sobre a vida e ao longo de todo o seu desenrolar que o poder estabelece seus pontos de fixação”. Em seu artigo a respeito do chamado “Erro HeLa”, M'Charek (2014) aborda um conhecido fato de exploração genética, no qual uma rede de estudos se cria “em nome da ciência” para dar vida a um conjunto de células que passam a intervir nas relações humanas e causar prejuízos à saúde. Outro exemplo do quanto raça e biologia se misturam e impactam os mecanismos de relação humana na sociedade. A justificativa é de se melhorar a assistência à saúde a partir do conhecimento adquirido do estudo, mas que em nome disto, fez morrer.

A análise que Foucault faz no séc. XIX é pertinente da realidade da época, agora, na nova atualização do biopoder, os teóricos afirmam que outros grupos têm também operado pela lógica do biopoder, médicos, feministas, pesquisadores sociais e grupos de pressão (2006, p.37), usam do conhecimento para desenvolver estratégias no âmbito das biopolíticas, para também “fazer viver”, dessa forma, o biopoder não é algo privativo do Estado, partindo do princípio que o conhecimento gera novo comportamento, mas o Estado, dentro do Ministério da Saúde, através da criação de novas políticas públicas, é acessado como mecanismo de apoio, sobretudo legal, para a normatização do direito à saúde da pessoa negra. Dessa forma, uma biopolítica pode ser desenvolvida a partir de uma estratégia de governo, (de cima para baixo), ou a partir de grupos organizados que através do

conhecimento científico o pressionam para apoiá-los. No caso da PNSIPN, havendo um mecanismo social organizado para “deixar morrer”, a política pública se dirige aos profissionais de saúde, normatizando mudança de conduta profissional, tal mudança está pautada na justificativa de “fazer viver” a população negra.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer de toda a investigação ao redor do tema da saúde da população negra, estive preocupada em compreender o que as pessoas pensam quando se referem ao assunto. Ao procurar em vários lugares dentro de Maceió, interlocutores com os quais pudesse conversar sobre o objeto, me dediquei a absorver o máximo das informações contrastantes que surgiram, a fim de não emitir opinião baseada apenas na fala de um grupo, seja do grupo dos que pensam a política e a defendem, seja dos profissionais de saúde ou usuários.

No entanto, antes de prosseguir nos apontamentos a respeito dos dados construídos a partir do trabalho de campo, é necessário salientar como a especificidade de minha formação acadêmica foi importante para que eu pudesse pensar a pesquisa. Em primeiro lugar eu era uma enfermeira tentando não parecer uma enfermeira, o tempo inteiro, preocupada em como fazer para não misturar as coisas, que inevitavelmente já estavam misturadas. Minha escolha em não me identificar como enfermeira para que eu pudesse assimilar melhor qual o trabalho de uma antropóloga e assim me transformar em uma, me mostrou que eu não poderia desaprender o que eu já sabia a respeito do funcionamento do serviço, ou o que significavam os formulários que as pessoas seguravam, sem que eu precisasse perguntar. De alguma maneira isso me adiantou um pouco as coisas em campo, assim como o sentimento de familiaridade que eu nutria pela unidade de saúde, que era um lugar em que eu gostava de ficar.

Em segundo lugar, a especificidade da formação de um enfermeiro que estudava Antropologia despertava curiosidade na maioria dos profissionais da saúde, fazendo com que quisessem saber o porquê da escolha. A pesquisa introduziu o conhecimento da existência da PNSIPN, conforme ia conversando com as pessoas, sobretudo aquelas que nunca haviam ouvido falar sobre o assunto. Uma intervenção sem premeditação que julgo favorável a minha intenção de fomentar o debate sobre a necessidade de se falar sobre a saúde da população negra.

Ao abandonar o objetivo de proceder à pesquisa em uma comunidade quilombola e optar por Maceió, imaginava ser esse o lugar de maior expressão no tocante a promoção da saúde do objeto que buscava investigar. Porém, apesar de haver na cidade uma importante movimentação por parte dos movimentos sociais e

universidades, naquilo que diz respeito às instâncias do Ministério da Saúde, pude constatar que há um desconhecimento quase geral a respeito da existência da PNSIPN, sobretudo dos profissionais da ponta⁸.

Naquilo que se refere aos princípios do SUS, foi perceptível a tendência ao esquecimento do princípio da equidade em detrimento do princípio da igualdade. Esse princípio foi usado por alguns interlocutores como razão principal pela qual a saúde da população negra seria um subtema dentro da saúde, um tanto desnecessário, pois, no contexto da assistência todos seriam iguais. Porém, a respeito das “doenças de negro” uma categoria trazida pelos interlocutores da pesquisa para designar as doenças mais incidentes da população negra. Ela representa uma busca às origens genéticas que fundamentam a razão de tais doenças existirem.

Essa “especificidade” genética da população negra do Brasil é um dos argumentos usados para explicar a incidência elevada de certas doenças, de forma que a partir desses dados se reivindica um lugar de debate sobre as necessidades de saúde da população negra e conseqüentemente a criação de uma política pública. Ao afirmar que existem doenças mais prevalentes em pessoas negras ou específicas dessa população, abre-se duas possibilidades de análise. A primeira é a de que é necessário divulgar estas informações para que, havendo a promoção da saúde, a população negra viva mais e melhor. Em segundo lugar, considera-se que há um risco de que a frase “doença de negro” adquira no cenário social um tom pejorativo.

Na maneira como foi verbalizado pelos interlocutores da pesquisa, as doenças que mais acometem a população negra são entendidas como o que define a saúde para o grupo. Leio isto como “devemos trabalhar para que se melhore a assistência à pessoa negra porque eles adoecem mais”. Na pesquisa de campo mal se conhecia a respeito do tema e quando algo foi colocado, era sempre em referência aos tipos e números de doença. Por outro lado, indico que, ao contrário do que apresenta a PNSIPN, não é o racismo institucional o ponto no qual as pessoas se concentram, mas na característica genética, a marca biológica que reivindica cuidados. Ao tocar no assunto das doenças que mais acometem a

⁸Profissionais da ponta é um jargão usado comumente entre os profissionais de saúde para designar aqueles que trabalham na assistência direta ao paciente.

população negra, é ao biológico que os interlocutores se reportam. Contudo, a associação da saúde da população negra com suas características biológicas, dissociadas de sua relação com os determinantes sociais da saúde, e das mais variadas interpretações culturais esvai o racismo e a invisibilidade na formação do debate sobre a saúde da população negra, enquadrando a pessoa negra como “aquela que adocece mais que eu, porque é geneticamente diferente de mim”.

A discussão sobre a miscigenação brasileira escondida na pergunta “quem é negro no Brasil?” Trouxe à tona outra questão: como pode ele ser diferente de mim se somos todos misturados? Para compreender isso, é necessário acessar o conhecimento de como as pessoas interpretam o negro. Embora se diga, segundo o IBGE, que pretos e pardos somam o total de negros no Brasil na pesquisa, não há um peso genético ao definir quem é negro ou branco – as características físicas, além da cor o elemento definidor. Lembremos as palavras de Rosa (grupo A) que define negro como alguém do “cabelo de bucha, do nariz feio e da cor de pinche”. Dessa forma, apesar de se dizer que “somos todos negros no Brasil” por causa da mistura genética, ao se referir as doenças mais incidentes, as pessoas não se enxergam dentro do “grupo de risco”, pois acessam a categoria cor, para definir quem é negro e não a categoria biológica.

A questão da invisibilidade que perpassa toda a pesquisa, seja da pessoa negra que circula na UBS, seja do cartaz, é reflexo da invisibilidade social que acompanha a pessoa negra. Uma invisibilidade geral que se apresenta nos três tópicos – na pessoa, no cartaz e na política. Outro aspecto de invisibilidade refere-se ao caso de anemia falciforme citado. Embora seja uma doença conhecida, o interlocutor reclama do desconhecimento a respeito das crises de dor e de sua dificuldade para que os profissionais de saúde que não fazem parte do centro de referência compreendam o que lhe acontece e aos outros que convivem com a doença.

A partir de Foucault, compreendi a política de saúde da população negra como uma biopolítica, cuja função gira em torno de gerir a vida do grupo ao qual se destina que se torna possível a partir de um poder do Estado sobre a vida, um biopoder. Seguindo Rabinow e Rose no pensamento de que “toda a política contemporânea é biopolítica, pois é uma forma de poder que regula a vida social”. No caso da PNSIPN esse poder se exerce em consonância com a participação

social que significa que a biopolítica implica nesses dois níveis: uma ação de governo que não se efetiva se não for internalizada pela população amplamente.

O caminho não encerra aqui, ele não é uma apologia a PNSIPN, mas estas considerações são deixadas para nos fazer repensá-la e ir para além dela, como uma contribuição da antropologia aos estudos de raça, saúde e políticas públicas. Para fazer pensar o que significa uma política pública na contemporaneidade.

REFERENCIAS

ALAGOAS. Portaria nº 224, de 13 de setembro de 2016. **Diário Oficial do Estado de Alagoas**. Maceió, 29 set. 2016.

AROUCA, S. Entrevista: Sérgio Arouca. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 2, p. 355-361, 2003.

ALVES, P. C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, 2006.

_____; RABELLO, M. C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: _____. (Org.). **Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998.

AZEVEDO, S. D. Formação discursiva e discurso em Michel Foucault. **Filogenese**, v. 6, n. 2, 2013. Disponível em: <<https://www.marilia.unesp.br/Home/Revistas/Eletronicas/FILOGENESE/saraazevedo.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

_____. Estatuto da igualdade racial (2010). **Estatuto da igualdade racial**: Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, e legislação correlata. 4. ed. Brasília, DF : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. (Série legislação ; n. 171)

_____. Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da educação e Saúde Pública. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 15 jan. 1937. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L0378.htm>. Acesso em: 15 jul. 2017.

_____. Lei nº 1.920 de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 jul. 1953. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm>. Acesso em: 9 ago. 2017.

_____. Lei nº 6.439 de 1º de setembro de 1977. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 25 set. 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BRASIL. Lei nº 7.051 de 06 de dezembro de 1982. Inclui entre as atribuições do MOBRAL a difusão de rudimentos de educação sanitária. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 7 dez. 1982. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7051.htm>. Acesso em: 3 ago. 2017.

_____. Portaria nº1.018, de 1º de julho de 2005: Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Integral as Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 4 jul. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude legis/gm/2005/prt1018_01_07_2005.html>. Acesso em: 2 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. **Relatório final...** Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília, DF, 2013.

BOAS, F. **Raça e Progresso**. In: CASTRO C. (Org.). **Antropologia cultural**. Rio de Janeiro, J. Zahar, 2004.

CANESQUI, A. M. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 8, p.109-124, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CANDIOTTO, C.; D'ESPÍNDOLA, T. S. **Biopoder e racismo político: uma análise a partir de michel foucault**. Revista Internacional Interdisciplinar, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 20-38, jul./dez. 2012.

CLIFFORD, J. **A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX**. In: GONÇALVES, J. R.(Org.). Tradução de Patricia Farias, Rio de Janeiro: UFRJ, 1998.

CORDOBA, E. **SUS e ESF- Sistema Único de Saúde e Estratégia de Saúde da Família**. São Paulo: Rideel, 2013.

CREARY, M. S. Biocultural citizenship and embodying exceptionalism: Biopolitics for sickle cell disease in Brazil. **Social Science and Medicine**, n.199, p. 123-131, 2016.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Tradução de M. T. da Costa Albuquerque; revisão técnica de J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DINIZ, D.; GUEDES, C. Um caso de discriminação genética: o traço falciforme no Brasil. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 501-520, 2007.

FERNANDES, F. **O negro no mundo dos brancos**. São Paulo: Difusão Europeia dos Livros, 1972.

FERREIRA NETO, J. L. Apontamentos sobre Promoção da Saúde e Biopoder. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 18, n. 3, p. 456-466, 2009.

FONSECA, C.; SCALCO, L. M. A biografia dos documentos: uma antropologia das tecnologias de identificação. In: FONSECA, C.; MACHADO, H. (Org.). **Ciência, identificação e tecnologias de governo**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2015, p. 20-37.

FOUCAULT, M. 89 curso de 14 de janeiro de 1976. In: _____. **Microfísica dei Potere: interventi politici**. Turin: Einaudi, 1977.

_____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: M. Fontes, 2010.

_____. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhom Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. Michel Foucault entrevistado por Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow. In: H. DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p. 253-278.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989

_____. **A ordem do discurso**. 21. edição, São Paulo: Edições Loyola, 2012.

_____. **Vigiar e punir**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

GOMES, M. P. **Antropologia: ciência do homem: filosofia da cultura**. São Paulo: Contexto, 2015.

GOMES, R.; KNAUTH, D. K. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17 n.10, out. 2012.

GUIMARÃES, A. S. **Racismo e anti-racismo no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1999.

IBRAHIM, F. Z. **Manual de direito previdenciário**. 12. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. 2017. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=270430>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

KNAUTH, D. R. Morte masculina: homens portadores do vírus da AIDS sob a perspectiva feminina. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

LAGUARDIA, J. No fio da navalha: anemia falciforme, raça e as implicações no cuidado à saúde. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p.336, jan./abr. 2006.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. Tradução de Valter Lellis Siqueira. 4. ed. São Paulo: M. Fontes, 2010.

LIMA, E. M. et al. **Plano municipal de assistência social de Maceió 2014-2017**. Maceió: Secretaria Municipal de Assistência social de Maceió, 2014.

LOBO, C.; MARRA, V. N.; Silva, R. M. G. Crises dolorosas na doença falciforme. **Revista Brasileira de Hematologia e Hematoterapia**, v. 29, n. 3, p. 247-258. 2007.

MINAYO, M. C. de S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 233-238, 1991.

_____. Contribuições da antropologia para o pensar e fazer saúde. In: **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

_____. Prefácio da obra. In: _____. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e práticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

MENÉNDEZ, E. L. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p.185-207, 2003.

MUNANGA, K. A difícil tarefa de definir quem é negro no Brasil. **Revista Estudos Avançados**, v. 18, n. 50, 2004.

_____. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: SEMINÁRIO NACIONAL RELAÇÕES RACIAIS E EDUCAÇÃO, 3., 2003, Rio de Janeiro. **Palestra....** Rio de Janeiro, 2003.

M'CHAREK, A. Fragile differences, relational effects: Stories about the materiality of race and sex. **European Journal of Women's Studies**, v. 17, n. 4, p. 1-16, 2010.

_____. Race, time and folded objects: the hela error. **Theory, Culture & Society**, v. 31, n. 6, p. 29-56, Nov. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Constituição (1946). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** Nova York, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMSOrganiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-dasaude-omsw-ho.html>>. Acesso em: 1 ago. 2017.

OLIVEIRA, R. C. **O trabalho do antropólogo**. 2. ed. São Paulo: UNESP; Brasília: Paralelo, 2000.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Rev. História, Ciências, Saúde de Maguinhos**, Rio de Janeiro, v .21, 2014.

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

PINHO, O.; SANSONE, L. (Org.). **Raça**: novas perspectivas antropológicas. 2. ed. Salvador: ABA, EDUFBA–, 2008.

PORTO, J. R. S. Uma analítica do poder para as políticas públicas: Foucault e a contribuição da Anthropology of Public Policy. **Estud. Soc. e Agric.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2014.

RABINOW, P.; Rose, N. O conceito de biopoder hoje. **Revista de Ciências Sociais**, n. 24, abr. 2006.

REVEL, J. **Michel Foucault**: conceitos essenciais. Tradução de Maria do Rosário Gregolin. São Paulo: Claraluz, 2005.

ROCHA, A. L. C.; ECKERT, C. Etnografia: saberes e práticas. In: PINTO, C. R. J.; GUAZZELLI, C. A. B. **Ciências humanas**: pesquisa e método. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008.

ROCHA, H. H. G. **Anemia Falciforme**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

SANTOS, R. V.; GASPAR NETO, V. V. Biorrevelações: testes de ancestralidade genética em perspectiva antropológica comparada. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 17, n. 35, p. 227-255, jan./jun. 2011.

SANTOS, R. D. O. **A saúde da mulher negra**: considerações preliminares sobre suas determinações ontológicas. Arapiraca: Universidade Federal de Alagoas, 2014.

SANTOS, R. G. S. **Atenção primária à saúde da população negra**: perspectiva do enfermeiro na cidade de Nova Iguaçu-RJ : uma análise compreensiva. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, S. F. da. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUZA LIMA, A. C.; MACEDO E CASTRO, J. P. **Política(s) pública(s)**. 2008. In: SANSONE, L.; PINHO, O. (Ed.). Raça: novas perspectivas antropológicas. Salvador; Brasília: EdUFBA; ABA. (no prelo).

VIANNA, S. M. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília, DF, Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

VIEIRA, V. R. **Democracia racial, do discurso a realidade**: caminhos para a superação das desigualdades sociorraciais brasileiras. São Paulo: Paulus, 2008.

ANEXOS

Anexo A – Foto do Mapa do Bairro Serraria.



Fonte: <<http://www.bairrosdemaceio.net>>. Portal da Gazeta de Alagoas

Anexo B – Autorização da Secretaria de Saúde para a realização da pesquisa.



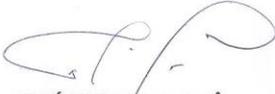

ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO MOTIVADA

PROCESSO Nº	05800.93990/2016 MINUTA 62
INTERESSADO	Pedro Francisco Guedes do Nascimento
ASSUNTO	SOLICITA PESQUISA PARA A ALUNA EM ANEXO

Gabinete do Secretário Municipal de Saúde em 13/12/2016

- Autoriza-se Roberta Dayanne de Oliveira Santos, da Universidade Federal de Alagoas, a pesquisa intitulada: "Os sentidos da política nacional de saúde integral da população negra em Maceió: Uma contribuição antropológica".
- A pesquisa será realizada na Unidade Básica de Saúde José Tenório Lins em Maceió-AL. Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo qualitativa.
- A referida pesquisa contará com o acompanhamento das respectivas Coordenações desta Secretaria envolvida. Tendo a pesquisadora que apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho.



JOSÉ THOMAZ NONÔ
Secretário Municipal de Saúde

Rua Dias Cabral, nº569, Sala 407, Centro, CEP 57020-250
 Maceió/AL - Fone: (082)3315-5163
www.maceio.al.gov.br/sms/



PREFEITURA DE MACEIÓ
SAÚDE

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Eu, tendo sido convidad(o,a) a participar como voluntári(o,a) do estudo: *A construção de um discurso sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: contribuições antropológicas*, recebi d(o,a) Sr(a). Roberta Dayanne de Oliveira Santos, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

Que o estudo se destina a compreender um pouco melhor sobre esse tema, através da escuta da opinião das pessoas sobre uma política pública de saúde destinada a pessoas negras. A importância deste estudo é justamente por visar realizar uma construção de dados onde os entrevistados possam falar livremente sobre o tema, para que assim possamos compreender o que eles entendem por saúde da população negra. Os resultados que se desejam alcançar não podem ser mensurados com exatidão por se tratar de um estudo etnográfico que vai sendo construído conforme os interlocutores (pessoas que são entrevistadas) vão colocando seu ponto de vista, mas o que se deseja é compreender que discursos são produzidos sobre a política de saúde integral da população negra na cidade de Maceió. Esse estudo começará em dois mil e dezesseis e terminará em dois mil e dezessete.

O estudo será feito da seguinte maneira: é um estudo etnográfico, os dados serão construídos a partir de entrevistas semi-estruturadas, onde você poderá responder perguntas, livremente, conforme for se lembrando de coisas a respeito do assunto, as entrevistas também serão gravadas em áudio que será transcrito pelo pesquisador para análise da pesquisa.

Que eu participarei das seguintes etapas: apresentação do pesquisador, apresentação e explicação do TCLE e entrevista.

Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: desconforto emocional ao recordar história de vida.

Que deverei contar com a seguinte assistência: poderei procurar a pesquisadora caso sinta algum desconforto ou queira sanar alguma dúvida.

Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são a contribuição com o avanço dos estudos sobre políticas públicas de saúde dentro da antropologia.

Que eu serei informado do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a

Contato de urgência: Sr(a).

Domicílio: (rua, praça, conjunto)

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os interessados no estudo e com nome fictício.

- Que eu não serei ressarcido (a) financeiramente por essa pesquisa.
 Que eu receberei uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Endereço d(os,as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Endereço: Instituto de Ciências Sociais (ICS), PPGAS.

Bloco: /Nº: /Complemento: Tabuleiro dos Martins

Bairro: /CEP/Cidade: Campus A. C. Simões, Cidade Universitária.

Telefones p/contato: 99617-90 27

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio da Reitoria, 1º Andar , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041

Maceió,

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do(s) esponsável(eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

Anexo D – ROTEIRO DE ENTREVISTA (pessoas contatadas na Unidade de Saúde da Família)

1) Dados sócio demográficos

Nome	
Idade	
Situação conjugal E tempo de relaciona- Mento.	
Religião	
Filhos? Escolaridade: Profissão: Quem mora na casa:	

2) Conte-me como chegou até aqui. Você vem sempre ao posto? Faz algum tratamento específico?

3) O que você acha do atendimento aqui do posto?

4) Você se considera negro? Você acha que há diferença de tratamento entre negros e brancos nos serviços de saúde?

5) Você já ouviu falar em PNSIPN? (EXPLICAR O QUE É)

6) O que você acha disso?

7) Você acredita que existem doenças específicas que só pessoas negras têm?

ROTEIRO DE ENTREVISTA (para profissionais de saúde e militantes)

1) Dados sociodemográficos

Nome	
Idade	
Situação conjugal E tempo de relaciona- Mento.	
Religião	
Filhos? Escolaridade: Profissão: Quem mora na casa:	

- 2) Conte-me como chegou até aqui. Você já tinha conhecimento sobre a PNSIPN?
- 3) O que você sabe sobre a PNSIPN?
- 4) O que você entende sobre a importância de uma política de saúde para pessoas negras? Acha que os profissionais de saúde conhecem as iniciativas públicas?
- 5) Você já fez algum trabalho com população negra, se referindo a saúde, ou lutas contra o preconceito?
- 6) O que você gostaria de dizer sobre políticas públicas de saúde em Maceió?
- 7) Você já teve algum curso para manuseio e aplicação da PNSIPN? Acha que a diferença entre negros e brancos em relação ao cuidado?
- 8) Você acha que existem doenças específicas para pessoas negras?